

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS
Silvania Carla de Melo Pinel Machado

MANUAL DE MÉTODOS E TÉCNICAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM
AMBIENTES REAIS DE PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Belo Horizonte

2019

Silvania Carla de Melo Pinel Machado

**MANUAL DE MÉTODOS E TÉCNICAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM
AMBIENTES REAIS DE PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado
Profissional em Ensino em Saúde da Universidade
José do Rosário Vellano para obtenção do título de
Mestra em Ensino em Saúde.
Orientadora: Ruth Borges Dias**

Belo Horizonte

2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

61-057(043.3)

M180m Machado, Silvânia Carla de Melo Pinel.

Manual de métodos e técnicas de ensino-aprendizagem em ambientes reais de prática na Atenção Primária à Saúde [manuscrito] / Silvânia Carla de Melo Pinel Machado. – Belo Horizonte, 2019. 116f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2019.

Orientadora : Prof^a. Ruth Borges Dias

1. Educação Médica. 2. Ensino em cenários reais de prática. 3. Ensino-serviço-comunidade. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Dias, Ruth Borges. II. Título.

Bibliotecária responsável: Kely A. Alves CRB6/2401



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano Dozza

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano Dozza

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretor de Pesquisa e Pós-graduação

Laura Helena Órfão

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

Certificado de Aprovação

"MANUAL DE MÉTODOS E TÉCNICAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM AMBIENTES REAIS DE PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"

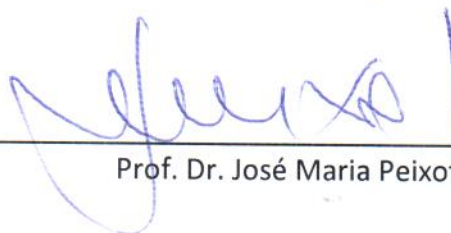
AUTOR: Sylvania Carla de Melo Pinel Machado

ORIENTADOR: Prof. Esp. Ruth Borges Dias

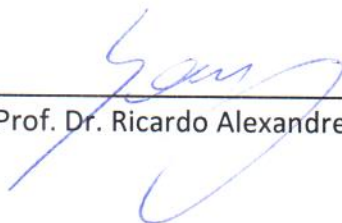
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Prof. Esp. Ruth Borges Dias

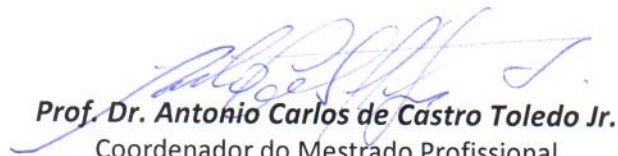


Prof. Dr. José Maria Peixoto



Prof. Dr. Ricardo Alexandre de Souza

Belo Horizonte, 02 de setembro de 2019.



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.
Coordenador do Mestrado Profissional
Em Ensino em Saúde
UNIFENAS

Dedico ao meu esposo Ivan e aos meus filhos Yolanda e Ivan Arthur pela compreensão, apoio e incentivo durante esses dois anos de minha “ausência”.

Dedico também aos meus pais, cunhada e especialmente ao meu irmão, que muitas vezes me socorreu nos devaneios acadêmicos.

Dedico principalmente à força divina, Deus, que nunca nos abandona.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Ruth Borges Dias, pela educação e motivação transmitidas durante esses anos e, principalmente, pelas orientações e diálogos sempre frutíferos e incentivadores.

Agradeço ao professor Antônio Carlos de Castro Toledo Júnior a idealização do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, e à UNIFENAS o desenvolvimento do projeto que nos propiciou mudanças em nossas práticas de Ensino, tornando-nos melhores docentes.

Agradeço ao corpo docente do curso que nos ensinou a “Aprender a Aprender”, sempre dispostos a ouvir e incentivar. Não posso esquecer nossa secretária Keyla, que nunca mediu esforços para nos atender.

E, por fim, a todos os novos amigos que fiz durante esses anos, em especial às mestras Janaína e Rayle pelo incentivo durante minhas fases de “boqueio criativo”.

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua
própriaprodução ou a sua criação.

Paulo Freire

RESUMO

A reformulação curricular do ensino médico brasileiro preconiza a inserção do aluno em contextos reais de prática de ensino em complexidade crescente de aprendizado, a partir do primeiro período do curso. Tal recomendação prioriza a Atenção Primária à Saúde e seus ambientes de trabalho como local privilegiado do aprendizado, através da integração ensino-serviço-comunidade. As vivências práticas de aprendizado em locais de serviços de saúde desde os primeiros anos do curso aproximam o aprendiz das realidades do cotidiano profissional podendo ajudando-los na aquisição do conhecimento técnico e na construção de uma identidade médica condizentes com as necessidades sociais. Um dos desafios da docência médica nos campos de prática após as Diretrizes Curriculares Nacionais diz respeito a quais metodologias de ensino utilizar para o aluno do período pré clínico, que tem como objetivo de aprendizado a aquisição de habilidades de comunicação, gerência, liderança, ética e responsabilidade social. Para os períodos clínicos esta tarefa é um pouco mais fácil, pois a grande maioria das metodologias de ensino prático é direcionada ao período clínico do ensino, onde entra nos objetivos de aprendizado a aquisição de habilidades técnicas. Métodos que estimulem a reflexão como “O Arco de Maguerez” e “Aprendizado Baseado em Problemas” são indicados para estes primeiros anos de curso. Para os anos finais, onde existe a necessidade de práticas específicas da profissão médica, são indicados métodos como “SNAPPS” e “*One-Minute Preceptor*”. Outro desafio é a escolha dos métodos avaliativos, pois são norteadores e garantem a eficácia do processo ensino-aprendizagem desde que corretamente aplicados, ou seja, que não reflitam apenas o aprendizado cognitivo, pois este não reflete a aprendizagem adquirida. Assim o objetivo desse manual é descrever modelos e estratégias de ensino aprendizagem, selecionados aleatoriamente, mencionados por autores e Institutos de Ensino Superior com base na possibilidade de execução em vários cenários reais de prática norteado o docente em seu dia a dia profissional.

Palavras-chave: Educação Médica. Ensino em Cenários Reais de Prática. Ensino-Serviço-Comunidade. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The curricular reformulation of the Brazilian medical education recommends the insertion of the student in real contexts of teaching practice in increasing complexity of learning, since the very first semester. This recommendation prioritizes Primary Health Care and its work environments as a privileged place of learning through the teaching-service-community integration. Practical learning experiences in health care facilities since the early years of the course bring the learner closer to the realities of professional life and can help them in the acquisition of technical knowledge and the construction of a medical identity consistent with social needs. Based on to the National Curriculum Guideline, one of the medical teaching challenges in the practice fields concerns which teaching methodologies among pre-clinical student. In such a context, learning objective is the acquisition of communication skills, management, leadership, ethics and social responsibility. For clinical periods the task is a little easier, because majority of practical teaching methodologies are directed to the clinical period of teaching. In pre-clinical moment learning is related to acquisition of technical skills. Methods that stimulate reflection such as “The Arc of Maguerez” and “Problem-Based Learning” are recommended for these early years of study. In final years, there is a need for specific medical professional practices, methods such as “SNAPPS” and “One-Minute Preceptor” are indicated. Another challenge is the choice of evaluative methods, as they are guiding and guarantee the effectiveness of the teaching-learning process as long as they are correctly applied, that is, they do not reflect only cognitive learning, as it does not reflect the acquired learning. Thus handbook resulted from this thesis aims to describe randomly selected models and strategies of teaching and learning, mentioned by authors and Institutes of Higher Education based on the possibility of execution in various real practice scenarios guided by the teacher in his daily professional life.

Keywords: Medical Education. Teaching in Real Practice Scenarios. Teaching-Service-Community. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Ciclo de Aprendizagem de Kolb	19
Figura 2 - Três Gerações de Reformas Educacionais.....	26
Figura 3 - Desafios emergentes para os sistemas de saúde.....	27
Figura 4 - Recomendações para as reformas e ações educacionais.....	28
Figura 5 - Modelo de Estrutura de Sistemas.....	29
Figura 6 - A árvore WONKA: Competências essenciais e características da MFC	50
Figura 7 - Pirâmide de Miller.....	60
Figura 8 - Esquemática do Arco de Maguerez.....	63
Figura 9 - Modelo conceitual em átomo dos atributos da competência médica.....	83
Quadro 1 - Descrição do Perfil do Egresso proposto pelas DCN's 2014.....	37
Quadro 2 - Da atenção médica primária à atenção primária à saúde.....	40
Quadro 3 - Principais estratégias para superar os desafios na Graduação.....	48
Quadro 4 - Os 15 temas relevantes para o ensino da Medicina de Família.....	50
Quadro 5 - Instrumento R.E.FL.E.C.T.	76
Quadro 6 - Passos para a realização do feedback	79
Quadro 7 - Competências e Descritores avaliadas na aplicação do Mini-CEX.....	80
Quadro 8 - Modelo de EPA para a Competência Atenção à Saúde Individual.....	84
Quadro 9 - Prerrogativas relacionadas aos níveis de supervisão.....	85
Quadro 10 - Comparação entre os métodos de ensino utilizados nos cenários reais de prática do ensino médico.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária á Saúde
ABP	Aprendizado Baseado em Problemas
DCN	Diretriz Curriculas Nacional
EBC	Ensino Baseado na Comunidade
EURACT	European Academy for teachers in General Practice/Family Medicine Academia Europeia de professores em Medicina de Família
IES	Instituições de Ensino Superior
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MINI-CEX	Mini-exercício Clínico Avaliativo
OMP	Preceptoria em um Minuto
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Justificativa.....	14
1.2	Objetivos.....	15
1.2.1	<i>Objetivo geral.....</i>	15
1.2.2	<i>Objetivos específicos.....</i>	16
1.3	Metodologia	16
2	O ENSINO EM CENÁRIOS REAIS DE PRÁTICA – EMBASAMENTO TEÓRICO E REFORMAS EDUCACIONAIS	18
2.1	Fundamentação Teórica do ensino em Cenários Reais.....	18
2.1.1	<i>Teóricos da Aprendizagem Experiencial.....</i>	18
2.1.2	<i>Influências das Teorias Socioculturais sobre as Teorias Experienciais</i>	20
2.1.3	<i>Teorias da Aprendizagem Significativa.....</i>	23
2.1.4	<i>Aplicação das Teorias à Aprendizagem em Cenários Reais de Prática.....</i>	24
2.2	As Reformas no Ensino Médico.....	25
2.2.1	<i>As mudanças na Educação em Saúde embasadas nos Sistemas de Saúde...</i>	25
2.2.2	<i>As Reformas Curriculares do Ensino Médico Brasileiro.....</i>	31
2.2.3	<i>Conceitos de Atenção Primária à Saúde.....</i>	39
2.2.4	<i>Os Cenários de Ensino Médico da Atenção Primária à Saúde.....</i>	41
2.2.5	<i>Potencialidades e fragilidades na inserção ensino-serviço-comunidade.....</i>	46
2.2.6	<i>A Formação Generalista e o Papel da Medicina de Família e Comunidade dentro da Diretriz Curricular.</i>	49
2.2.6.1	<i>Descrição das Atividades Pertinentes ao Ensino da Medicina de Família e Comunidade no Âmbito da Graduação</i>	50
2.3	O perfil do docente em cenários de prática da APS	55
3	METODOLOGIAS DE ENSINO APRENDIZAGEM EM AMBIENTES REAIS DE PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	59
3.1	Metodologias de ensino para habilidades de comunicação, gerência, liderança, ética e responsabilidade social.....	60
3.1.1	<i>Problematização com o “Arco de Magueres”.....</i>	62
3.1.2	<i>Aprendizado baseado em projetos – ABP</i>	64
3.2	Metodologias de ensino para competências clínicas	66

3.2.1	<i>SNAPPS</i>	67
3.2.2	<i>One–Minute Preceptor (OMP)</i>	69
3.2.3	<i>Agendamento em Ondas” de Ferenchick modificado</i>	71
3.3	Métodos avaliativos	72
3.3.1	<i>Portfólio reflexivo</i>	74
3.3.2	<i>Feedback</i>	78
3.3.3	<i>Miniexercício clínico avaliativo – MINI-CEX</i>	79
3.3.4	<i>Avaliação Conceitual Itemizada</i>	81
3.3.5	<i>Avaliação de Competências</i>	82
3.3.6	<i>Entrustable Professional Activity – EPAs</i>	83
3.4	Aplicação Comparativa entre os métodos de ensino aprendizagem	86
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	90
	ANEXOS	98

1 INTRODUÇÃO

No último século vários movimentos evidenciaram a necessidade da reorientação dos serviços de saúde. Este processo global iniciou-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, na União Soviética, em 1978. A partir dessa iniciativa, outros movimentos foram organizados, periodicamente, em função da ampliação das ações em saúde, com a inserção de novos elementos e avanços significativos nas políticas de saúde em diversos países. As reivindicações elaboradas por esse movimento mundial propunham um deslocamento do enfoque aos cuidados de saúde, de uma perspectiva hospitalocêntrica para a Atenção Primária à Saúde (APS). Todos esses movimentos valorizaram a prevenção de doenças, a promoção à saúde e o trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2002), indicando a necessidade de mudar não só as estratégias dos serviços de saúde, mas também a forma como esses trabalhadores eram treinados.

Segundo Soranz e Pisco (2017) as propostas de reorientação dos serviços de saúde objetivam o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde, a satisfação dos usuários e dos profissionais da saúde, proporcionando incrementos na eficiência e eficácia dos serviços de modo contínuo. O fortalecimento da APS atende a tais propósitos, pois a mesma apresenta como atributos essenciais o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade, acrescidos ainda de orientação familiar, comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). No Brasil essa influência internacional culminou com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Paralela a esse contexto das políticas de saúde também havia uma revolução ocorrendo na educação em saúde. As mudanças nesta última foram oriundas tanto dos avanços tecnológicos quanto dos novos perfis exigidos dos egressos de cursos desta área. O efeito imediato foi que instituições de ensino tiveram de repensar seu papel na formação de novos profissionais, identificando a necessidade de um egresso capaz de atender às novas demandas da sociedade tanto de ordem epidemiológica quanto política, social e econômica.

O Brasil aderiu às reformas educacionais e, em 2001, aprovou as DCN's – Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde. O documento de autoria do Ministério da Educação (MEC) e apoiado pelo Ministério da Saúde (MS), teve o intuito de estabelecer princípios para formação de profissionais qualificados a contribuir para a consolidação do SUS. As DCN's surgiram como sínteses programáticas possíveis à formação de profissionais, que incorporam aspectos estruturais de um sistema de saúde legalmente implantado há mais de uma década, mas que recebia e, ainda recebe, profissionais quase avessos aos seus princípios (MOREIRA; DIAS, 2015).

As DCN's para os cursos de medicina foram instituídas pela Resolução CNE/CES n° 4, de 7 de Novembro de 2001, formando o primeiro conjunto de direcionamentos para a graduação em Medicina no Brasil, onde foram definidos os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de médicos, servindo de base para a organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001). A expectativa com essas diretrizes era aproximar o perfil de competências necessárias aos médicos que atendessem aos novos processos de trabalho instalados com a criação do SUS, pois os profissionais formados no modelo biomédico, vigente até então, apresentavam dificuldades para atuar no novo contexto.

As propostas estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares do Ensino Médico (DCN's), instituíram a inserção precoce do aluno em cenários diversificados de ensino-aprendizagem e enfatizaram o papel desempenhado pela atenção básica nesse processo (NOGUEIRA, 2009). Segundo Almeida-Filho (2011), durante o processo de implementação das DCN's as faculdades se mostravam reticentes, pois tais medidas mudariam os paradigmas do treinamento médico, desde um modelo regido por forças orientadas para especializações e alta tecnologia médica, para um outro orientado para as necessidades da atenção primária.

Respondendo a questionamentos referentes ao desenvolvimento de competências necessárias ao exercício da prática médica pelos egressos formados sob as diretrizes de 2001 formularam-se as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, na tentativa de suprir as prováveis lacunas do aprendizado (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018). As novas diretrizes reafirmam, conforme preconizado na diretriz anterior, que o médico deve ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, dentro de princípios éticos. Diferentemente, o novo documento acrescenta a importância de habilidades para lidarem com os determinantes sociais ao pacote

de competências médica, sendo o egresso um profissional promotor da saúde integral do ser humano e capaz de trabalhar em equipe. O documento também destaca a necessidade de utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional. (BRASIL, 2014b).

Os diferentes cenários de ensino-aprendizado exigidos pela DCN, podem ser traduzidos em cenários reais de prática na atenção primária e constituem o foco dessa dissertação. Esses cenários reais quando tomados como espaço didático e de formação têm o potencial de: (a) ampliar a visão do egresso sobre os serviços de saúde; (b) fortalecer as relações entre o Ensino, os Serviços de Saúde e a Comunidade; (c) melhorar a qualidade da atenção à saúde dispensada a população; (d) desenvolver futuros profissionais médicos habilitados a abordar e prevenir problemas de saúde comuns às comunidades assistidas; e, por fim, (e) formar sujeitos aptos a intervirem positivamente na realidade local existente.

Baseados fundamentalmente no diagnóstico de doenças, entende-se que os métodos de ensinamentos tradicionais não são suficientemente adequados às novas propostas de formação médica ou aos novos cenários de prática. A razão é que estes métodos relegam preceitos educacionais importantes e, muitas vezes, colocam os estudantes em papel secundário no aprendizado (CHEMELLO; MANFRÓI; MACHADO, 2009). Como argumentam Irby, Cooke e O'Brien (2010, p. 223):

[...] O treinamento médico é inflexível, excessivamente longo e não centrado no aluno. A educação clínica para estudantes e residentes enfatiza excessivamente o domínio dos fatos, a experiência clínica no paciente internado, a supervisão por professores clínicos que têm cada vez menos tempo para ensinar e hospitais com capacidade marginal ou sem disposição para apoiar a missão de ensino. Observamos conexões deficientes entre conhecimento formal e aprendizagem experiencial gerando ineficiência da assistência médica, falhas na segurança do paciente que resultam em atenção inadequada às populações sem efetivamente causar melhorias da qualidade da assistência. Os alunos não têm uma visão holística da experiência do paciente e não entendem os papéis sociais mais amplos dos médicos [...] (IRBY; COOKE; O'BRIEN, 2010, p. 223).

A inserção dos discentes em campos de práticas logo ao início da formação profissional como preconizado pelas Diretrizes Curriculares, pode ser embasado por algumas teorias da educação que afirmam que o aprendizado é fruto da interação com o meio social. A escolha de métodos

de ensino específicos para cada período deve ser especificada no Plano Pedagógico Curricular institucional, levando em consideração as competências cognitivas e habilidades técnicas adquiridas pelos alunos de forma hierarquizada.

Na literatura encontramos metodologias consolidadas para o ensino clínico em ambientes ambulatoriais e hospitalares (a exemplo do SNAPP'S e *One-Minute Preceptor*) e para suas avaliações (MINI-CEX e outros). Tais métodos também são úteis em ambientes da APS, mas em períodos que os alunos necessitem adquirir habilidades técnicas, ou seja, os anos clínicos. Na esteira de todo o processo de formação médica, ainda são poucos os estudos que descrevem metodologias validadas para o ensino-aprendizagem no cenário de prática nos anos pré-clínicos do ensino médico, como descrito por Vieira et al. (2007). Em particular, são escassas publicações científicas que especifiquem e avaliem modelos de inserção da APS no currículo baseado em competências a serem desenvolvidas (SILVA et al., 2018).

Para Silva et al. (2018), o corpo docente necessita de ferramentas adequadas, que o auxiliem a planejar, implementar e avaliar o aprendizado nos novos cenários, integrando ensino, serviço e comunidade. Vale ressaltar que, por ser um campo em desenvolvimento, há considerável falta de profissionais capacitados para o processo de ensino-aprendizado direcionado a esses novos cenários de ensino médico. Investir na capacitação de preceptores/professores é fundamental para que conduzam o processo educativo de forma adequada e efetiva. Assim, a melhor atuação do corpo docente nos cenários reais de prática reflete diretamente no aproveitamento pedagógico do discente em campo e, indiretamente, na melhoria dos cuidados prestados às comunidades assistidas e, conseqüentemente, melhorias na saúde das mesmas.

1.1 Justificativa

O processo de periodização acadêmica é extremamente importante na determinação da qualidade técnica dos futuros profissionais, pois estabelece um sistema progressivo de organização do conhecimento, das atitudes e competências a serem desenvolvidas ao longo da graduação médica. Com as exigências para a formação de um egresso comprometido dizem respeito não só à atenção em saúde, mas também, com a gestão e a educação permanente, tornou-se necessário um redesenho metodológico, tal como estabelecido pelas DCN's de 2014. Esse processo de reorganização da prática educacional deve inserir os alunos na Atenção Primária e em serviços de saúde da Rede Assistencial que produzam ambientes relevantes de

aprendizagem desde os primeiros anos da graduação.

O ensino prático centrado no instrutor e baseado na imitação das vivências individuais foi, durante muitos anos, o método de ensino dominante na educação médica. Os novos cenários de aprendizado exigem métodos e técnicas de ensino que proporcionem aos alunos um ambiente de experiências autênticas, que estimulem o pensamento crítico, a solução de problemas e a aplicação do conhecimento, capacitando os aprendizes para as vivências da profissão. Para isso, aspectos importantes do aprendizado devem se levados em consideração como: o quê ensinar, porquê ensinar e como ensinar; que nada mais são do quê o conteúdo programático, os objetivos e estratégias do ensino.

A partir das contribuições da Pedagogia Crítica e do conceito de relevância social das universidades, também se reconhece que as questões de aprendizagem, além de significativas para os estudantes, devem também ser significativas do ponto de vista social, porque somente assim são capazes de propiciar a produção de conhecimento e a conformação de um perfil profissional que dialogue com a realidade social, com os problemas e com as políticas de saúde do país.

Essas transformações implicam mudanças na forma de organização do trabalho docente, nos processos de ensino-aprendizagem e nos procedimentos avaliativos da graduação médica, suscitando questionamentos aos docentes de campos de prática sendo um deles: Como “ensinar” o aluno médico em um ambiente de serviço de saúde de modo a tornar o aluno ativo em seu aprendizado e não sendo apenas um modelo profissional? A busca de respostas a estes questionamentos “como ensinar”, foi a base para essa dissertação que traz um manual com algumas sugestões de metodologias utilizadas no cenário nacional e internacional, aplicáveis aos ambientes de ensino médico previstos na Diretriz Curricular Nacional, tanto ao período clínico, já consolidadas, quanto ao período pré clínico, que ainda carecem de maiores estudos.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- Construir um roteiro de práticas educacionais no contexto dos Cenários Reais de Prática da Atenção Primária à Saúde para o Ensino Médico preconizado pelas

políticas educacionais específicas para a área.

1.2.2 Objetivos específicos

- Contextualizar as necessidades de novas metodologias de ensino em cenários reais a partir das orientações DCN 2014;
- Problematizar o ensino centrado na comunidade como estratégia de formação para a prática médica na Atenção Primária à saúde;
- Caracterizar potencialidades e fragilidades na inserção ensino-serviço-comunidade;
- Selecionar metodologias de ensino que possam ser utilizadas na graduação médica nos cenários reais de prática
- Reunir métodos de avaliação que possam ser utilizados em cenários reais de prática do ensino médico.

1.3 Metodologia

Essa pesquisa corresponde a uma revisão narrativa da literatura sobre os aspectos metodológicos do ensino-aprendizagem em ambientes reais de prática na Atenção Primária à Saúde para a formação médica, conforme recomendados pela Diretriz Curricular Nacional do Ensino Médico (DCN) de 2014.

Como argumentado por Bernado, Nobre e Jatene (2004), enquanto técnica de reconstrução de um determinado debate, as revisões narrativas se propõem a uma leitura ampla e descritiva de um determinado tópico, considerando a pertinência de um determinado aspecto contextual ou ponto de vista. A partir dessa categoria de revisão bibliográfica e documental, os critérios para eleição do material e mesmo as fontes são secundárias, centrando-se o trabalho na mineração das fontes, sua interpretação e análise crítica por parte do autor. No contexto da proposta de pesquisa aqui apresentada, a revisão narrativa de literatura permite a imersão e atualização em um campo temático, de forma densa e qualificanda, ainda que não seja possível a recomposição dos procedimentos investigativos adotados.

Foram realizadas buscas de artigos com os seguintes descritores: “educação médica”, “ensino em serviço”, “atenção primária à saúde”. A pesquisa pelos descritores considerou como variável linguística o material encontrado em português e seus correspondentes em inglês e espanhol. As bases bibliográficas eletrônicas adotadas foram: Medline (interface PubMed), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic LibraryOnline), além de consulta aos *sites* oficiais do Ministério da Educação e de entidades de classe nacionais – Associação Médica Brasileira (AMB); Conselho Federal de Medicina (CFM); Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) – e internacionais – Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), UK General Medical Council. Também foram realizadas leituras de livros-textos, teses, documentos e pesquisas na literatura cinzenta, como projetos de cursos de escolas médicas nacionais sobre o ensino médico em cenários de prática da Atenção Primária à Saúde.

2 O ENSINO EM CENÁRIOS REAIS DE PRÁTICA – EMBASAMENTO TEÓRICO E REFORMAS EDUCACIONAIS

2.1 Fundamentação Teórica do ensino em Cenários Reais

A utilização de cenários reais de prática como local privilegiado de ensino- aprendizagem fundamenta-se na metodologia do Aprendizado em Serviço (*Service- Learning*), que é embasada em algumas teorias educacionais, como a Aprendizagem Experiencial. Diferentes teorias de aprendizagem estão ligadas a diferentes visões filosóficas da natureza do conhecimento, assim, o princípio filosófico que sustenta a aprendizagem experiencial é o "construtivismo". A educação, dessa perspectiva, é um processo de transformação individual, o que significa que não pode haver conhecimento absoluto divorciado da pessoa que o adquire (YARDLEY; TEUNISSEN; DORNAN, 2012).

Outra teoria que embasa o ensino em cenários reais é a do Aprendizado Social, que alcançou grande destaque no tempo recente dentro da educação médica, alterando a compreensão da aprendizagem experiencial. A teoria do aprendizado social muda o foco dos processos de internalização, considerando que as vivências em ambientes culturais e sociais são integrantes essenciais nos processos de aprendizagem. A teoria sociointeracionista considera a aprendizagem experiencial essencialmente como um fenômeno da interação entre o indivíduo e seu contexto social.

2.1.1 Teóricos da Aprendizagem Experiencial

O Ciclo de Aprendizado de Kolb (1984) está fortemente associado à aprendizagem experiencial e descreve como os aprendizes levam experiências do mundo externo para seus mundos privados de pensamento e emoções e daí constroem novos conhecimentos. Com base nesta teoria, os sujeitos interpretam experiências, atribuem um significado pessoal e planejam novas ações em resposta a suas interpretações. Kolb, um dos principais expoentes nessa abordagem, divide o aprendizado em quatro fases (FIG. 1).

Transportada a sugestão de Kolb para o ensino em cenários reais poderiam, por interpretação pessoal, cada uma destas fases ser definida da seguinte forma:

- 1) Experiência Concreta: vivência do aluno no ambiente real de prática
- 2) Observação Reflexiva: os aprendizes refletem e dão sentido às experiências vividas
- 3) Conceitualização Abstrata: identificam as experiências passíveis de aprendizado, formulam um aprendizado, avaliam o que “sabem” e o que necessitam “saber” e então assimilam o novo aprendizado aos conhecimentos existentes.
- 4) Experimentação Ativa: através de interpretações dos novos aprendizados adquiridos, os alunos veem aplicações práticas e planejam utilizá-las em novos contextos.

Figura 1 - Ciclo de Aprendizagem de Kolb



Fonte: Yardley, Teunissen e Dornan (2012)

Faz-se necessário em todas as fases do ciclo o apoio de um orientador, que é figurado pelo professor ou preceptor, pois os aprendizes podem não ser capazes de compreender adequadamente suas experiências. Evoluindo por todas as fases do ciclo de Kolb o aluno poderá alcançar um aprendizado profissional, gerando conhecimentos específicos da área e construindo uma identidade profissional apropriada, com significado pessoal.

John Dewey conceituou a experiência como um foco organizado para a aprendizagem e o desenvolvimento ao longo da vida (YARDLEY; TEUNISSEN; DORNAN, 2012). Ele acreditava que o engajamento ativo e a interação com um meio envolvente ajudavam os alunos a obter conhecimentos aplicáveis e não abstratos. As necessidades dos estudantes devem ser o ponto de partida para organizar a educação com base em experiências significativas. Ele argumentou que, para que a educação seja mais eficaz, o conteúdo deve ser apresentado de uma forma que permita ao aluno relacionar informações e experiências anteriores. O papel dos professores não é transferir conhecimentos e verdades, mas orientar e auxiliar os alunos a

trabalharem ativamente através de experiências significativas.

Knowles et al. (1980) é citado como teórico do Aprendizado Experiencial, principalmente devido à andragogia, conceito de educação voltado para adultos. Tal conceito define que os adultos aprendem melhor quando podem colaborar em parcerias com professores; é capaz de aproveitar as experiências vivenciadas, o que ajuda a identificar necessidades pessoais de aprendizagem. A aprendizagem deve ser relevante para suas vidas atuais centrada no problema e não no sujeito, e a motivação interna leva-os a aprender de forma autônoma. Juntos, esses elementos sugerem que o potencial de aprender com novas experiências será influenciado pelo aprendizado de experiências anteriores e suas preocupações atuais sensibilizam os alunos para o que estão vivenciando.

De modo geral, teóricos construtivistas experienciais, como Lewin, Piaget e outros, sustentam que o aprendizado é mais efetivo, provavelmente levando a mudanças comportamentais, quando a experiência, principalmente experiências problemáticas, são associadas à pesquisa e envolvem as pessoas no processo de aprendizado. Este envolvimento é mais provável que ocorra quando o exercício de alguma função dependa da aquisição de algum conhecimento ou competência. Ilustrativo disso são os programas profissionais, espaços nos quais o aprendizado frutífero geralmente não começa até que a pessoa esteja no exercício do trabalho (OSTERMAN; KOTTKAMP; 1993).

2.1.2 Influências das Teorias Socioculturais sobre as Teorias Experienciais

O sociointeracionismo, também conhecido como teoria Sociocultural ou Histórico- Cultural, é uma abordagem teórica que postula a progressividade do conhecimento. Em outros termos, primeiro se dá o desenvolvimento cognitivo através do relacionamento com o outro, para depois ser internalizado individualmente. Assim o conhecimento é construído e concretizado progressivamente, dependentes da interação do indivíduo com o meio social ao qual pertence. A teoria pressupõe práticas educativas diferenciadas que impreterivelmente trazem dinamismo, mobilidade, ludicidade e estímulos à cognição. Nessa esfera o professor age como alguém que conduz ao aprendizado, incentivando a curiosidade e a vontade de aprender.

Vygotsky, considerado o “pai” de tal teoria, através de pesquisas que reorganizaram a compreensão da relação entre cognição e aprendizagem, argumentava que aprender deve ser percebido como um processo social e cultural, e não individual. Ou seja, em vez de considerar

os indivíduos como ponto de partida, o autor considerava que as interações sociais e culturais eram de fundamental importância para o entendimento da aprendizagem. O aprendiz é capaz de construir o seu conhecimento por meio do seu convívio social e da interação com outras pessoas. Vygotsky construiu conceitos embasados nesse pensamento e, entre eles, o de “Zona de Desenvolvimento Proximal”, espaço metafórico que defini o potencial adicional de aprendizado resultante da interação com outros agentes e estruturas, ou seja, à “região” ou “distância” entre aquilo que o aluno já sabe, que já foi assimilado, isto é, aquilo que ele consegue fazer sozinho, daquilo que pode vir a aprender ou a fazer com a ajuda de outras pessoas, denominado desenvolvimento potencial (YARDLEY; TEUNISSEN; DORNAN, 2012).

A zona de desenvolvimento proximal é um importante instrumento para educadores, pois identifica não só o desenvolvimento real (aquilo que o aluno já aprendeu), como também o desenvolvimento potencial (aquilo que o aluno é capaz de realizar com auxílio), sendo a atuação docente centrada na segunda situação. De uma certa forma no Brasil Paulo Freire, representa essa teoria pois acreditava que o estudante trazia consigo uma gama de conhecimentos, frutos de seu meio cultural e social, cabendo ao educador ajudá-los a identificar e organizar esse conhecimento.

Paulo Freire traz a educação problematizadora baseando-se na indissociabilidade dos contextos e das histórias de vida na formação de sujeitos, que ocorre por meio do diálogo e da relação entre alunos e professores. Freire enfatiza que ambos, professores e alunos, são transformados no processo da ação educativa e aprendem ao mesmo tempo em que ensinam, sendo que o reconhecimento dos contextos e histórias de vida neste diálogo se desdobra em ação emancipadora. A educação problematizadora busca estimular a consciência crítica da realidade e a postura ativa de alunos e professores no processo ensino-aprendizagem, de forma que não haja uma negação ou desvalorização do mundo que os influencia. Em busca da autonomia na educação, Freire preconiza a estratégia da ação-reflexão-ação, utilizando como ferramentas o estímulo à curiosidade, à postura ativa e à experimentação do aluno, fomentando a análise crítica da realidade durante a formação. Na concepção freireana, o professor deve atuar de forma problematizadora, questionadora, mas com postura respeitosa e gentil, desestimulando qualquer forma de discriminação e respeitando a diversidade entre os alunos (CHIARELLA et al, 2015).

O ensino em cenários reais deve ser estruturado de modo a privilegiar a colaboração, a cooperação e o intercâmbio de pontos de vista na busca conjunta do conhecimento, de modo a proporcionarem condições favoráveis para a aprendizagem através das interações sociais. Ao mesmo tempo em que podem oferecer aos alunos interações sociais e condições para avaliarem seus conhecimentos prévios e necessidades de ampliação dos mesmos, os cenários reais de prática podem aproximar o professor/preceptor do aprendiz possibilitando-o atuar entre os níveis da zona de desenvolvimento proximal do aluno, propondo atividades coerentes para a construção do aprendizado.

No amplo contexto da teoria sociointeracionista várias outras reflexões foram estabelecidas após Vygotsky e contribuíram com a complexificação sobre os processos que organizam a aprendizagem. No conjunto dessas contribuições duas perspectivas são proeminentes na teoria da aprendizagem sociocultural contemporânea e podem fundamentar o ensino prático. Segundo Engeström (2001), são elas:

- a) Teoria da Atividade Histórico-cultural: é baseada em objetivos e apresenta três componentes relevantes para a aprendizagem experiencial: primeiro, a interação entre pessoas e contextos está sujeita a múltiplas influências; segundo, a aprendizagem é uma atividade coletiva; e terceiro, as ferramentas conceituais usadas para explicar os resultados da aprendizagem precisam “compreender o diálogo, as múltiplas perspectivas e as redes de sistemas de atividade interagentes”. Esses componentes aparecem no aprendizado em ambientes reais através de interações de alunos e professores/preceptores, com “saberes” diferentes levando a construção da aprendizagem.
- b) Teoria das Comunidades de Prática (COP): a aprendizagem envolve relações sociais, abrangendo neste contexto, muito mais do que a relação mestre e estudante. As COP são formadas por pessoas que compartilham de um mesmo interesse ou paixão (Domínio), constrói-se relações e interações baseadas no aprendizado conjunto, interagem regularmente e compartilham informações e conhecimentos (Comunidade), buscam sustentar a comunidade, desenvolvendo repertórios próprios, recorrentes da prática (Prática) e compartilham do aprendizado. As COP embasam o Ensino Centrado na Comunidade, um ambiente do cenário de prática em APS, que utiliza os espaços políticos, sociais e culturais da comunidade como ambientes de construção do “saber”, colocando os alunos médicos como membros novatos de uma comunidade de práticas

em saúde, compostas por profissionais da saúde, população, professores e alunos de vários cursos da saúde, atividades essas, que ajudam no desenvolvimento da identidade médica (conhecimento, habilidades e atitudes).

Enquanto os teóricos cognitivos veem a experiência participativa como conducente à aprendizagem, os teóricos socioculturais veem essas experiências como o próprio aprendizado. As Teorias Socioculturais reafirmam que a interação entre estudantes, profissionais de saúde, população atendida e o ambiente de ensino evocam um potencial de aprendizado no qual a interação social é a parte essencial.

2.1.3 Teorias da Aprendizagem Significativa

As teorias expostas acima citam a importância do aprendizado significativo, referenciando a Teoria da Aprendizagem Significativa, proposta por David Ausubel em 1980. Ausubel, principal nome desta abordagem afirma que um sujeito consegue aprender significativamente determinado conteúdo no momento que consegue incorporar e agregar novas informações àquelas que já estavam presentes em sua estrutura cognitiva, as quais o autor denomina “subsunçores” – ideia âncora. Este conjunto de conhecimentos é a variável mais importante que o professor deve levar em consideração no ato de ensinar, estando atento tanto para o conteúdo, como para as formas de organização desse conteúdo na estrutura cognitiva. O conteúdo é assimilado de uma forma hierárquica, onde conceitos mais amplos se superpõem a conceitos com menor poder de amplitude (RONCA, 1994).

Assim são necessárias duas condições para que haja aprendizagem significativa: disposição para aprender e que o conteúdo exposto seja significativo - faça sentido - para o aprendiz. Nesse processo, no qual os conceitos se tornam mais abrangentes, a interação entre o novo conhecimento e o previamente adquirido faz com que ambos se modifiquem e se tornem mais consistentes para o indivíduo (MELLO; ALVES; LEMOS, 2014). As noções de experiência e prática podem ser aportes importantes na construção significativa da aprendizagem já que um cenário real motiva o aluno a aprender. Essa motivação se justifica a partir de um significado que é construído pela ordem prática, com aplicações precisas e objetivas dos conhecimentos previamente adquiridos.

2.1.4 *Aplicação das Teorias à Aprendizagem em Cenários Reais de Prática*

A educação médica tem uma tradição secular de "aprender no trabalho" e a teoria da aprendizagem experiencial adapta-se extraordinariamente bem à educação médica no local de trabalho. Nos ambientes práticos, sem negar as diferenças de conhecimentos existentes entre alunos e preceptores/professores, eles são membros afins a grupos sociais que mediam o aprendizado. Alunos e professores são influências ativas nos ambientes de aprendizagem, assim como os ambientes de aprendizagem influenciam ativamente alunos e professores.

O ensino em cenários reais de prática apresenta como base a realidade local, a estrutura cognitiva de cada aluno e a identificação dos conceitos amplos e fundamentais das diversas áreas do conhecimento em saúde (RONCA, 1994). Ele apresenta elementos que fortalecem o aprendizado e que atuam como promotores de uma aprendizagem significativa na medida em que permitem relacionar teoria e prática (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013). Além de fornecerem elementos-chaves que instigam a aprendizagem nos alunos, propiciam um envolvimento ativo pela resolução de problemas reais e tomada de decisão envolvendo reflexão interativa e (re)conceituação de conceitos. (MCMENAMIN et al., 2014).

A teoria da aprendizagem experiencial sublinha princípios educacionais importantes, entre eles que a experiência vivenciada anteriormente influencia as abordagens dos alunos em novas situações. Nessas situações de aprendizagem, a quantidade e o tipo de aprendizado associados ao apoio dos professores é um ingrediente vital para a construção do conhecimento. Assim a utilização de cenários de prática é positiva quando as experiências nesses ambientes relacionam as situações do contexto social com o aprendizado teórico, de forma que a prática leve ao confronto entre o conhecimento empírico e o científico e possibilite a aquisição de novos conhecimentos (REGINALDO; SHEID; GÜLLICH, 2012). A concepção de ensino adotada pelo docente interfere na contextualização do conhecimento em relação aos cenários de prática, sendo ideal que o discente seja levado a problematizar e estimulado a uma reflexão-ação sobre os conteúdos trabalhados em ambiente prático.

Os ideais construtivistas das teorias sociointeracionistas parecem adequados como elemento educacional fundamental de sustentação das mudanças instrucionais no ensino da prática médica. O aprendizado em serviço, embasado em tais teorias e organizado de modo a oferecer aos alunos ambiente propício ao aprendizado, motiva o aluno a expandir conhecimentos através

das vivências na realidade diária da profissão, leva a refletir sobre as práticas, os efeitos destas e do ambiente no processo de adoecimento da população, enfim sobre o papel do médico na sociedade. Mais do que uma tentativa de reconectar o aprendizado ao contexto em que sua aplicação será feita, o aprendizado em serviço também consolida habilidades técnicas pertinentes à profissão médica e, como exemplo, reforçam o raciocínio clínico tanto do professor quanto do aluno, melhorando a aprendizagem de modo geral (JÄRVILEHTO, 2009; STEWART; WUBBENA, 2014).

Os ambientes de ensino e aprendizagem em cenários reais de prática são relevantes por propiciarem parcerias entre professores e alunos, e destes com os serviços de saúde e comunidades, gerando experiências que privilegiem a colaboração, a cooperação e o intercâmbio de pontos de vista na busca do conhecimento. Quando estruturados de modo que os aprendizes tenham contato direto com “problemas” da profissão levam os alunos a acionarem conhecimentos prévios e a identificar necessidades individuais de aprendizado, atributos estes pertinentes aos conceitos de educação voltada para adultos.

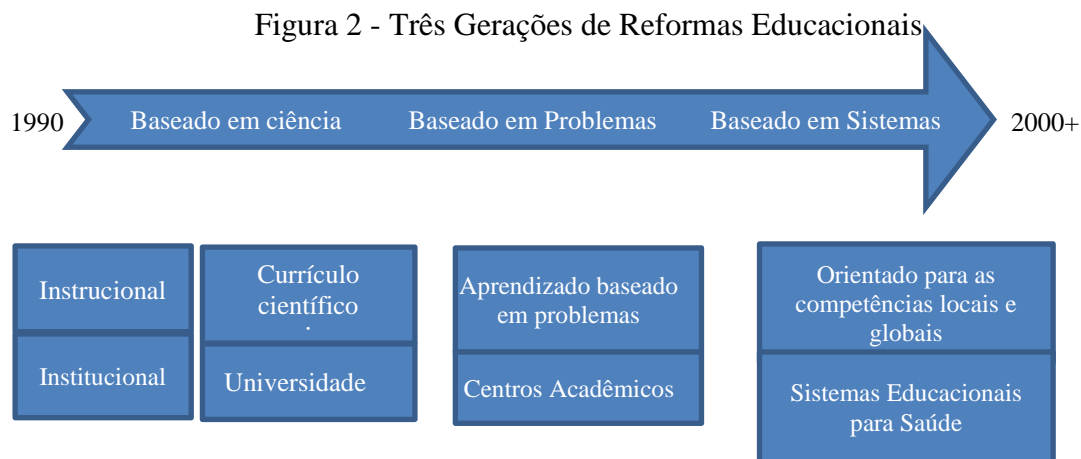
Portanto, em todos os ambientes reais, cabe ao professor não ser apenas o modelo profissional ou o transmissor do conhecimento e sim aquele que embasado em teorias educacionais, constrói oportunidades de aprendizagem, guiando os discentes na construção do próprio conhecimento.

2.2 As Reformas no Ensino Médico

2.2.1 As mudanças na Educação em Saúde embasadas nos Sistemas de Saúde

Em todo o mundo a graduação em medicina sofreu uma mudança de paradigma a partir da Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em 1988, em Edimburgo. Desde então, as escolas médicas têm empreendido inúmeros esforços para implantar uma nova concepção de ensino-aprendizagem na academia médica. Ampliação dos cenários do ensino médico, antes centrados no hospital, para abranger todos os recursos de assistência à saúde da comunidade, garantir que os conteúdos curriculares reflitam as prioridades de saúde locais e criar currículos e sistemas de avaliação dos estudantes que permitam atingir tanto a competência profissional como valores sociais e não apenas a retenção de informações (KUMAR; BARATA; FLOSS, 2016; NOGUEIRA, 2009), são princípios enfatizados na Declaração de Edimburgo.

Ao longo do século XX, as propostas de renovação (FIG. 2) nos currículos dos cursos de saúde, não só medicina, objetivavam acompanhar as necessidades da atenção vigente da época. A primeira geração de mudanças, lançada no início do século XX, ensinou um currículo majoritariamente baseado na ciência, tendo iniciado com o Relatório Flexner e implicava diretamente na qualidade técnica do ensino. A segunda geração, ocorrida na metade do século, introduzia o ensino baseado em problemas com o enfoque na doença que trouxe a tona vários debates éticos e sociais, culminando no final do século, com o início da terceira geração, que nos interessa no momento, baseada em “sistemas”. Esta reforma vem em resposta às mudanças ocorridas nas políticas de saúde e traz como inovação a adaptação das competências profissionais básicas a contextos específicos, com base no conhecimento global (FRENK et al., 2010).



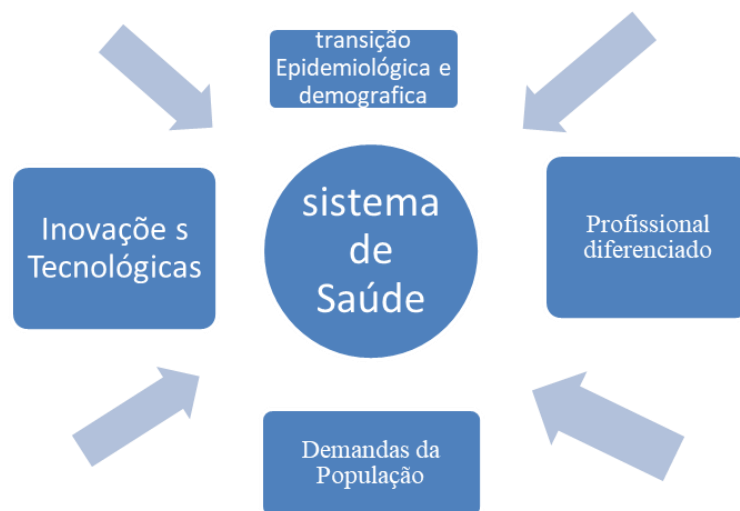
Fonte: Adaptado de Frenk et al. (2010)

Apesar dos esforços para melhorias da atenção à saúde no final do século XX, as desigualdades de atenção à saúde persistem dentro e entre os países. A saúde afeta as questões globais mais prementes do nosso tempo: o desenvolvimento socioeconômico, a segurança nacional e humana e o movimento pelos direitos humanos. Ao mesmo tempo, o acesso a cuidados de saúde de alta qualidade com proteção financeira para todos tornou-se uma das principais prioridades políticas domésticas em todo o mundo. Como proposta de intervenções foram criados os Sistemas de Saúde, instituições diferenciadas, socialmente orientadas, com a intenção primordial de melhorar a saúde, evidenciando aspectos constitutivos de cada realidade social e dos movimentos sociais na saúde (FRENK et al., 2010).

Conforme análise de Frenk et al. (2010) esse modelo de atenção gerou desafios para estruturar

a assistência, sendo um deles a necessidade de um profissional de saúde capaz de atuar nesse modelo de atenção, apto a atender e entender as relações do novo perfil epidemiológico e demográfico, as inovações “tecnológicas” em saúde e as especificidades das demandas populacionais, levando ao redesenho na educação em saúde como resposta a essas indagações (FIG. 3)

Figura 3 - Desafios emergentes para os sistemas de saúde



Fonte: Fank et al. (2010)

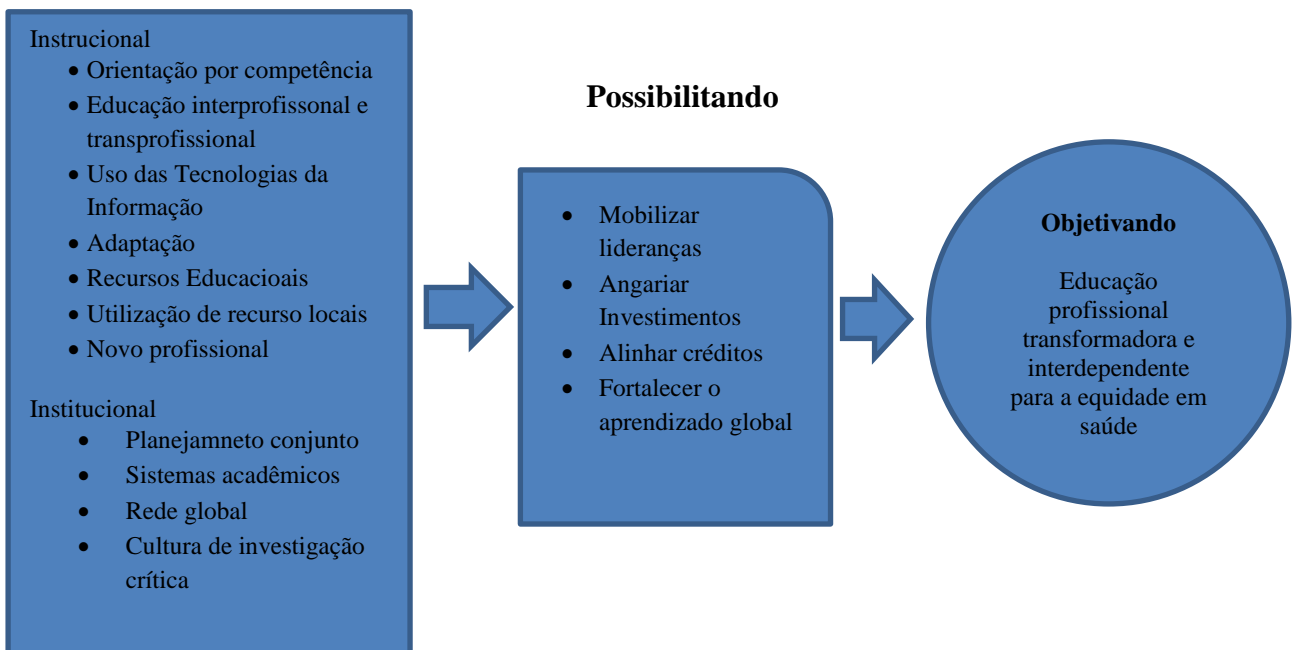
A educação médica da primeira década do século XXI não conseguiu acompanhar a essas exigências, evidente em vários trabalhos, havendo ainda a necessidade de um profissional apto a atuar nas mudanças de saúde. Em grande parte isso ocorreu, devido aos currículos fragmentados, ultrapassados e estáticos que produzem graduados mal equipados, entre outros problemas.

Os currículos oriundos dos modelos anteriores trazem problemas sistêmicos por gerarem profissionais com incompatibilidade de competências para atender às necessidades do paciente e da população, deficiências para o trabalho em equipe, foco técnico restrito e sem compreensão contextual ampla, prestando atenção episódica em vez de cuidados contínuos, tendo uma orientação hospitalar predominante em detrimento da atenção primária. Esse perfil de egresso gera desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho profissional e principalmente, fraca liderança e empenho para atuação destes em um sistema de saúde capaz de melhorar a atenção à saúde populacional (FRENK et al., 2010).

Em 2010 foi criada uma comissão mundial composta de membros ligados à saúde, trabalhadores e professores e que tinha como objetivo desenvolver uma nova visão para a formação médica, provendo recomendações práticas e indicando ações específicas (FIG. 4) que pudessem catalisar passos para a transformação da educação dos profissionais de saúde em todos os países. Na conclusão dos trabalhos a comissão afirmou que para avançar nas reformas baseadas em “sistemas” todos os profissionais de saúde em todos os países deveriam ser educados para mobilizar conhecimento e se envolver em raciocínio crítico e conduta ética para serem competentes em sua participação em sistemas de saúde centrados na população e no indivíduo, ou seja, membros de equipes localmente responsivas e globalmente conectadas (FRENK et al., 2010).

Figura 4 - Recomendações para as reformas e ações educacionais

Mudanças

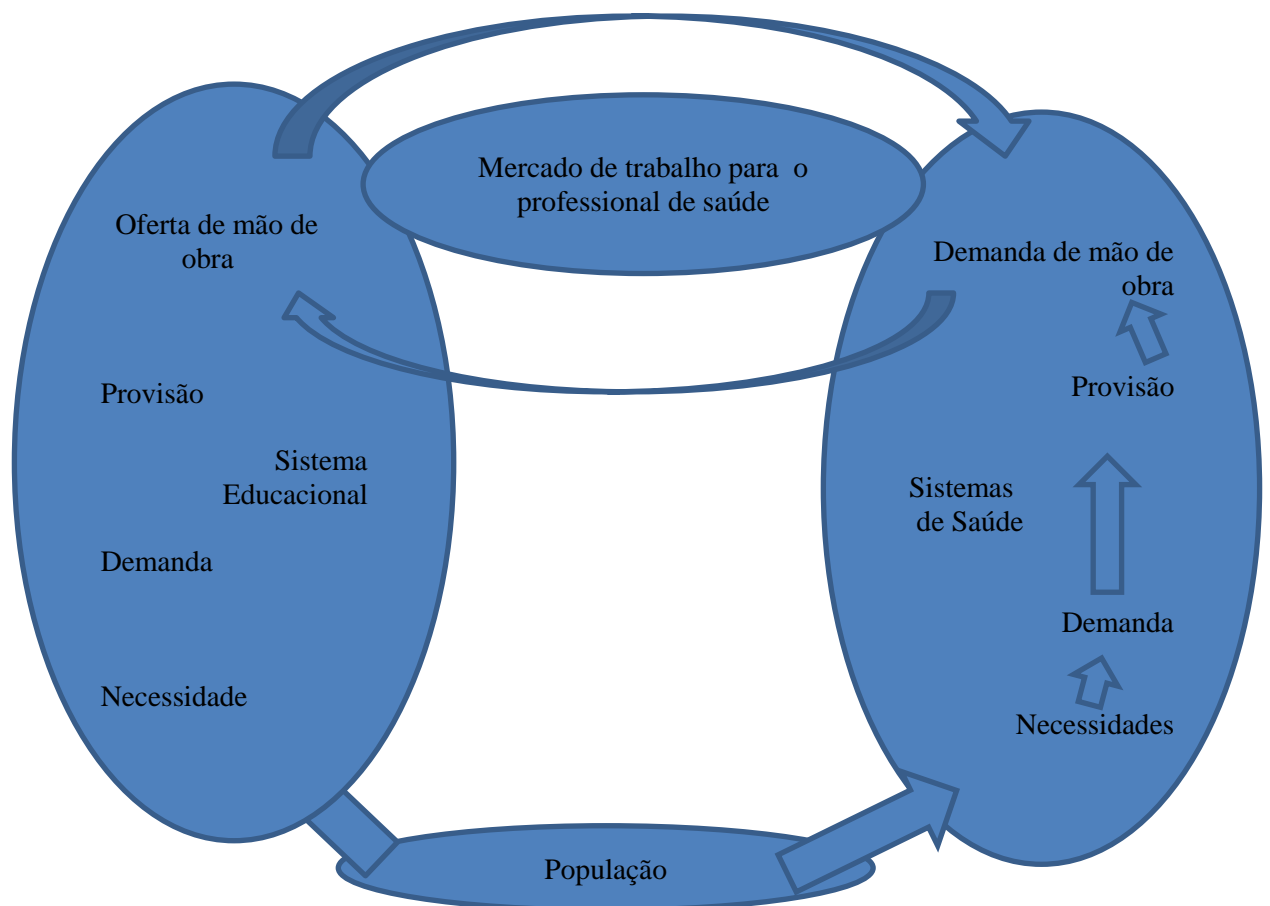


Fonte: Adaptado de Frenk et al. (2010)

Dada sua amplitude sistêmica, para que sejam efetivadas essas mudanças necessitam de apoio dos governos, escolas, profissionais da saúde e sociedade. São mudanças que demandam transformações não só instrucionais (específica aos processos educacionais) e institucionais (específica da estrutura e das funções do sistema educacional) levantadas nos relatórios anteriores. Assim, para alcançar o aprendizado transformador e interdependente, formando egressos cientes de seu papel na construção do novo sistema de atenção à saúde serão necessárias ações de mobilização da sociedade (relacionados a alcançar os resultados desejados) (FRENK et al., 2010).

Como saúde é sobre pessoas, o ensino em saúde é sobre o profissional que presta o cuidado, e o serviço de saúde é sobre a organização deste cuidado. A comunicação entre esses setores da sociedade passa a ser uma exigência primordial. Através dela as pessoas deixam de ser apenas destinatárias de serviços e passam a ser coprodutoras reais de sua própria educação e saúde, reconhecendo que suas especificidades e necessidades geram demandas por serviços educacionais e de saúde, e, por efeito, estruturam um novo sistema educacional (FIG. 5) que tem a população como sua base condutora. Compete aos serviços de saúde atender tais necessidades com mão-de-obra específica e aos serviços educacionais gerar um egresso qualificado capaz de atender demandas e ser atuante em seu funcionamento sistêmico. A interdependência é um elemento-chave em uma abordagem de sistemas, pois ressalta as maneiras pelas quais vários componentes interagem entre si (FRENK et al., 2010).

Figura 5 - Modelo de Estrutura de Sistemas



Fonte: Adaptado de Frenk et al. (2010)

Mundialmente relatórios sobre educação médica evidenciaram que as competências a serem desenvolvidas, deveriam incluir além do domínio dos conhecimentos e fatos, os cuidados centrados no paciente, equipes interdisciplinares, prática baseada em evidências, melhoria

contínua da qualidade, uso de tecnologias e integração da saúde pública. As habilidades de pesquisa são valorizadas, assim como as competências em política, lei, gestão e liderança. O ensino de graduação deve preparar os formandos para a aprendizagem ao longo da vida e não somente na escola. As reformas curriculares devem incluir programas baseados em resultados acompanhados de avaliação, capacidade de integrar conhecimentos e experiências, individualização flexível do processo de aprendizagem para incluir componentes selecionados pelo aluno e desenvolvimento de uma cultura de investigação crítica - tudo para equipar os médicos com um senso renovado de profissionalismo social responsável.

As escolas necessitam criar uma aprendizagem transformadora, que ocorre da interação entre as aprendizagens informativa, formativa e transformadora. Na primeira desta tríade o foco recai sobre a aquisição de conhecimentos e habilidades, tendo o objetivo de produzir especialista; na segunda o foco é a socialização dos estudantes para “valores” sociais, políticos entre outros, tendo como efeito a geração de postura profissional, por fim, na terceira, o foco está sobre o desenvolvimento de atributos de liderança - produzindo agentes de mudanças (FRENK et al., 2010).

A interdependência é um elemento-chave, pois ressalta as maneiras pelas quais vários componentes interagem-se uns aos outros e devem desenvolver três mudanças fundamentais: de sistemas de educação e saúde isolados a harmonizados; de instituições independentes a redes, alianças e consórcios; e de preocupações institucionais voltadas para dentro, para preocupações sociais voltadas à aproveitar os fluxos externos de conteúdo educacional, recursos de ensino e inovações (FRENK et al., 2010).

As reformas instrucionais da educação em saúde sugerem uma abordagem por competências, adaptação dessas competências a condições locais e globais de saúde, promovendo a educação interprofissional e transprofissional objetivando a formação de profissionais aptos a atuar em equipes, aprimorando as relações colaborativas e não hierárquicas presentes em equipes eficazes por quebra dos silos profissionais; explorar o poder da tecnologia da informação para a aprendizagem; fortalecer os recursos educacionais, com ênfase especial no desenvolvimento do corpo docente; promover um novo profissionalismo que utilize as competências como critérios objetivos para a classificação dos profissionais de saúde e que desenvolva um conjunto comum de valores em torno da responsabilidade social.

As reformas institucionais deveriam estabelecer mecanismos conjuntos de planejamento de “educação e saúde” que levassem em conta dimensões cruciais como origem social, distribuição etária e composição de gênero, da força de trabalho em saúde; deveriam também expandir centros acadêmicos transformando-os em sistemas acadêmicos que abrangessem redes de hospitais e unidades de atenção primária; além disso, deveriam conectar-se através de redes globais, alianças e consórcios; e nutrir uma cultura de investigação crítica (FRENK et al., 2010).

Um dos desafios para os sistemas acadêmicos é proporcionar um ambiente de ensino eficaz e, através do envolvimento entre comunidades locais e os profissionais de saúde, utilizar os espaços dos serviços de saúde disponíveis no cotidiano real. O efeito final dessa cadeia sistêmica de ambientes, cenários e sujeitos deverá ser um egresso apto a abordar proativamente a prevenção populacional, antecipar futuras ameaças à saúde e liderar o planejamento e o gerenciamento geral do sistema de saúde e participação de todas as esferas, conforme orientado pelas recomendações mundiais para o ensino médico.

2.2.2 As Reformas Curriculares do Ensino Médico Brasileiro

A abordagem da educação médica brasileira tem sido descrita como um mosaico de experiências de mudanças de paradigma, mas desde o estabelecimento dos dois primeiros cursos de medicina no Brasil, em 1808, a educação médica tem um enfoque hospitalocêntrico (TEMPSKI, 2013). Em 1968, o conteúdo curricular das escolas médicas brasileiras foi ajustado ao modelo flexneriano, que tornou obrigatório o ensino centrado no hospital e oficializou a separação entre ciclo básico e profissional. Embora essa reformulação tenha modernizado o ensino médico, ao propor uma formação com base científica, nele imprimiu características mecanicistas, biologicistas e individualizantes.

Na década de 1970 surgiu no Brasil um grande ator social: o Movimento Sanitário. Este caracterizava-se por lutar contra a forma de atenção do complexo médico-industrial e a favor da associação entre saúde pública e assistência médica em um só lugar, ou seja um Ministério comum, despertando o questionamento da qualidade da atenção e do ensino em saúde. Em última instância, a partir de uma leitura contextual, esse movimento tinha os mesmos ideais e era o reflexo de ações mundiais (NOGUEIRA, 2009).

Em resposta às solicitações mundiais e nacionais para mudanças houve a democratização do

Sistema de Saúde Brasileiro, embasado em princípios de responsabilidade social, equidade, igualdade, integralidade, promoção a saúde e descentralização (PAIM et al., 2011). O processo de reorganização pautado por tais princípios deu origem ao atual modelo denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema deveria dar respostas às transições sociodemográficas e epidemiológicas ocorridas no país nos últimos 40 anos, aos novos problemas de saúde, não só relacionados aos cuidados individuais, mas também na gestão do novo modelo assistencial. Diante desse cenário socioeconômico, demográfico e epidemiológico desafiador e acompanhando o movimento global, as escolas médicas brasileiras passaram a discutir o ensino superior em saúde frente às necessidades do contexto e a propor modificações para atender às demandas de saúde emergentes (SILVA et al., 2018).

Para a realização de um amplo diagnóstico situacional do ensino médico no Brasil, no final do século XX, formou-se uma Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), composta por dirigentes de escolas médicas, docentes, estudantes e representantes das principais entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira, a Federação Nacional dos Médicos, além da Associação Brasileira de Educação Médica. A CINAEM foi criada para a avaliação das escolas médicas com o intuito de aperfeiçoamento da educação médica vigente, direcionando-o para as normas preconizadas pelo recém-criado Sistema Único de Saúde (SUS). (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO, 2000; TOKASHIKI, 2013).

No relatório gerado por essa comissão foram pontuadas necessidades de mudanças na gestão dos cursos, nas avaliações das escolas, no desenvolvimento dos docentes e nos métodos de ensino. No tocante a este último aspecto, compreendia-se que tais mudanças poderiam garantir maior eficácia no aprendizado, formando um egresso médico capaz de lidar com os problemas da sociedade brasileira moderna (TOKASHIKI, 2013; FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018).

Um dos pontos fundamentais para alcançar as mudanças sugeridas pela CINAEM era a mudança do ensino baseado na transmissão de conhecimentos para a aprendizagem baseada na prática da assistência às pessoas e às comunidades, aproximando os discentes das reais necessidades da população, utilizando para isso a Rede Assistencial à Saúde, pertencente ao SUS, como locais de ensino- aprendizado e não apenas o hospital escola. Essa diversificação dos cenários de prática vincularia a formação acadêmica às necessidades reais de saúde da

população e dos serviços de saúde, fortalecendo a parceria e a interação entre ensino-serviço-comunidade. Dentro desse novo cenário de ensino, métodos ativos de ensino foram propostos, vislumbrando uma prática motivadora levando a formação do egresso com autonomia e visão crítica, transformando o ensino médico brasileiro. (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDIO, 2000; TOKASHIKI, 2013; FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018).

O Ministério da Educação e Cultura do Brasil, em 2001, por meio do Conselho Nacional de Saúde e do Centro de Ensino Superior, baseado em dados fornecidos pelo relatório CINAEM, criou preceitos obrigatórios na orientação e planejamento de um curso superior em saúde, formulando um currículo baseado em competências e habilidades (gerais a todos os cursos) e específicas (relativas à formação técnica de cada área) para o egresso oriundo desses cursos, surgindo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde, até então inexistentes e que representaram uma evolução no processo de formação médica (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018). O ensino então exigido para os discentes dos curso em saúde deveria ser apoiado no tripé da competência embasada no conhecimento - saber; habilidades - saber fazer; atitudes – decisão de aplicar ou não os conhecimentos e habilidades prévias.

As Diretrizes Curriculares Nacionais baseiam-se em uma matriz de competências que objetiva expressar os consensos coletivos acerca do que é imprescindível e o conteúdo que nenhum estudante deverá deixar de saber ao se formar. O ensino por competências implica desenvolver no estudante a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com situações, problemas e dilemas da vida real, e sua certificação expressa pela legitimação social de pessoas que passam a ser reconhecidas como capazes de atuar na carreira médica (GONTIJO et al., 2013). Para dizer de um outro modo, a competência é uma habilidade de ordem geral, enquanto a habilidade é uma competência de ordem particular, específica.

No contexto globalizado da medicina, as competências se universalizam, e, respeitando as características de cada sociedade, o que se espera é que o médico tenha competência e profissionalismo para o atendimento adequado ao paciente e o convívio harmônico com a equipe de saúde e com os membros da comunidade social (GONTIJO et al., 2013)

As competências e habilidades gerais para a prática médica, adquiridas durante a formação acadêmica propostas pela DCN 2001 eram divididas em: (I) atenção à saúde, (II) de decisões, (III) comunicação, (IV) liderança, (V) administração e gerenciamento, (VI) educação

permanente. Com base nessas competências, a formação do médico deveria contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde e o trabalho em equipe.

Seguindo o quadro mundial, surgiram ao longo dos anos grandes barreiras à implantação de um currículo inovador, integrado e contextualizado, como determinado pelas DCN 2001. Entre essas barreiras destaca-se a manutenção dos cursos com projetos de ensino centrados no professor e sem preocupação com o aprendizado centrado no aluno, disciplinas estanques, sem interdisciplinaridade, sem integração ensino, pesquisa, extensão (LAMPERT, 2002).

Contudo, questões persistem como barreiras à implementação efetiva da reforma curricular: desafios relacionados aos cuidados hospitalares, subfinanciamento, privatização da saúde e das universidades. Observa-se também que a falta de profissionais trabalhando e ensinando na atenção primária e o impacto das forças do mercado que regularizam o sistema de saúde, em vez das necessidades populacionais (SILVA et al., 2018) foram, e continuam sendo, impasses para alcançar o objetivo principal da reforma curricular. Esse objetivo era compreendido como a necessária mudança do paradigma do treinamento médico, tornando-o orientado às necessidades da Atenção Primária de um médico generalista (NOGUEIRA, 2009).

Para atender o objetivo de formar egressos capazes de atuar nos vários aspectos da “Saúde”, a estrutura administrativa e reguladora do Estado teve de prover espaços de apoio institucional para que a meta pudesse ser possível. Algumas dessas iniciativas foram amparadas pela Lei 8.080/90, que regulamenta o Sistema de Saúde e destaca o objetivo do sistema de promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional e participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 1990). Ainda que se considerem os avanços e conquistas das DCN de 2001, uma análise mais detida sugere que tais avanços ainda foram insuficientes para transformar a formação e, conseqüentemente, os serviços de saúde, de forma a atender às necessidades de saúde da população

Assim, com o intuito de alcançar a formação de um profissional de saúde que gerencie toda problemática vivenciada no novo contexto assistencial e educacional, foram criados programas e políticas de apoio às novas bases curriculares. Entre essas ações é possível destacar o Programa de Incentivo as 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), o Programa Mais Médico, entre outros.

Todos esses programas e políticas fomentavam recursos financeiros e humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e impulsionaram mudanças no ensino médico culminando com uma nova diretriz curricular no ano de 2014 (FRANCO C.; CUBAS; FRANCO R., 2014). É de especial destaque nesse contexto a promulgação da Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM) com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS), incidindo diretamente na graduação médica, conforme definido em seus artigos:

...Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações: ... III - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País... (BRASIL, 2013).

O grande destaque e mecanismo transformador das ações e princípios previstos pelo PMM norteou a necessidade de uma nova Diretriz e podendo ser sumarizados assim: (a) ênfase na atenção básica, voltada para a Medicina de Família e Comunidade; e (b) inserção dos eixos Urgências e Emergências e Saúde Mental no internato. Após o PMM ocorreu a implantação das DCN's de 2014 reorientando os currículos de graduação em medicina direcionando-os para aspectos capazes de impactar positivamente na formação do médico a médio e longo prazo, tais como: o desenvolvimento de competências gerais e habilidades específicas e para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diferentes níveis de atenção.

Segundo as DCN 2014, a formação do profissional deverá voltar-se para compreender a diversidade social, étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, política, cultural e demais espectros que compõe a experiência humana no mundo. Esse profissional deverá ter uma postura e comportamentos éticos, bem como atuar para garantir o acesso universal, sem privilégios ou preconceitos, pautados pelas determinações do SUS. Deverá ainda ser capaz de desenvolver a integralidade e humanização do cuidado; além disso, ter o desenvolvimento de propedêutica e raciocínio clínico efetivos na solução de problemas relevantes de saúde. A formação na graduação deverá permitir ao aluno a participação ativa na construção do seu próprio conhecimento, por meio de estratégias pedagógicas que desenvolvam o pensamento

crítico, a aquisição crescente de responsabilidades e autonomia; ele deverá entender a necessidade de atualização constante; ter capacitação para o trabalho em equipes interprofissionais, com constante troca de saberes entre os profissionais da área de saúde e de outras áreas do conhecimento (BRASIL, 2014a).

Assim sendo, as DCNs 2014 incorporam aos projetos pedagógicos dos cursos de medicina cinco elementos conceituais da educação médica descritos por Venturelli (1997): a) estruturas curriculares que integrem conhecimentos dos ciclos básico e aplicado, bem como teoria e prática; b) aprendizagem em grupos pequenos; c) vivências continuadas em cenários de prática diversificados; d) incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem; e) planejamento curricular que considere as prioridades e necessidades de saúde das comunidades e dos contextos em que os cursos se inserem. Além desses elementos, apresenta propostas para consecução de processos ensino-aprendizagem na área da Atenção Básica à Saúde, visto que, é reconhecidamente capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde e a formação médica mantinha como lugar de excelência de aprendizagem prática o hospital (TOKASHIKI, 2013).

As expectativas para as mudanças propostas pelas DCN 2014 eram de garantir maior eficácia do aprendizado acadêmico, gerando um profissional médico capaz de responder às modernas problemáticas biopsicossocial e dos serviços de saúde através da definição de competências esperadas tanto em relação aos médicos em formação quanto aos egressos expressando de forma significativa os termos de saúde coletiva e determinantes sociais.

De modo geral, é um documento muito mais extenso que o de 2001 e suscita vários questionamentos das entidades médicas e de ensino, como a ABEM. Esses questionamentos giram em torno de tanto de sua construção “pouco democrática”, de sua aplicabilidade (falta de orientações quanto ao “como fazer”) e se tal grau de aprofundamento são competências exigíveis ao médico egresso, discussões estas que não competem a esta dissertação. As diretrizes de 2014 são divididas em três capítulos (BRASIL, 2014b):

- 1º) Das Diretrizes: desenha o perfil do egresso definindo as áreas para formação médica, denominadas de (I) atenção à saúde, (II) gestão em saúde e (III) educação em saúde (QUADRO 1)
- 2º) Das Competências da Prática Médica: aprofunda-se nas segmentações apresentadas no primeiro capítulo para a construção das competências médicas (ANEXO A).
- 3º) Da Construção dos Currículos e Projetos Pedagógicos dos cursos: onde define os conteúdos, locais de aprendizado entre outros, levando a um Plano Pedagógico centrado no aluno e construído coletivamente.

Entre as mudanças presentes nessa reformulação, destaca-se a definição de que ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e nos Serviços de Urgência e Emergência do SUS, com acompanhamento acadêmico e técnico, respeitando-se o tempo mínimo para o internato de dois anos. (BRASIL, 2014b).

Quadro 1 - Descrição do Perfil do Egresso proposto pelas DCN's 2014

(Continua)

ÁREA DA FORMAÇÃO	ÁREA DA COMPETÊNCIA	AÇÃO CHAVE
I – Atenção à Saúde	I. Atenção às necessidades individuais de Saúde.	I.A – Identifica necessidades de saúde; I.B – Desenvolve e avalia planos terapêuticos.
	II. Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva.	II.A – Investiga problemas de saúde coletiva. II.B – Desenvolve e avalia projetos de intervenção coletiva.
II –Gestão em Saúde*	I. Organização do trabalho em saúde	I.A – Identifica problemas no processo de trabalho
	II. Acompanhamento e avaliação do trabalho.	I.B - Elabora e implementa planos de intervenção
		II.A - Acompanha e avalia o trabalho em saúde II.B - Monitora planos e avalia o trabalho em saúde

* Inclui a capacidade de o profissional gerir os serviços de saúde e a carreira profissional.

Quadro 1 - Descrição do Perfil do Egresso proposto pelas DCN's 2014

ÁREA DA FORMAÇÃO	ÁREA DA COMPETÊNCIA	(conclusão)
		AÇÃO CHAVE
III – Educação em Saúde	I. Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas;	I.A - Identificar as necessidades de
	II. Promove a construção e socialização de conhecimento;	aprendizagem individual e coletiva,
	III. Promove o pensamento científico e crítico e apoia a produção de novos conhecimentos	II.A - Promove a construção e socialização de conhecimento III.A - Promove o pensamento científico e crítico e apoia a produção de novos conhecimentos

Fonte: Brasil (2014b)

Quanto às DCNs para os cursos de medicina, é reconhecido seu papel para o estabelecimento da cooperação entre os Ministérios da Educação e da Saúde para regular, avaliar, supervisionar e ordenar a formação de recursos humanos. Cabendo as instituições dedicadas à formação de médicos, a necessidade de reconhecerem o papel central do SUS e articular os aspectos de integralidade, universalidade e equidade do cuidado à saúde, implicando a responsabilidade de conceber um currículo que garanta o perfil do egresso ajustado às políticas nacionais de atenção à saúde.

Nas alterações curriculares e dos projetos pedagógicos as novas DCNs (2014) trazem mudanças estruturantes que podem ser resumidas da seguinte forma (BRASIL, 2014b):

- Institui avaliações progressivas para o estudante do 2º, 4º e 6º anos e induz o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) para os cursos de graduação em medicina;
- Prevê a existência de programas de desenvolvimento e aperfeiçoamento docente no interior dos cursos de Medicina, e medidas de valorização da atividade docente;
- Prevê também a criação de programas permanentes de formação de profissionais dos serviços de saúde, que serão campos de prática e aprendizado, além de tratar de novos instrumentos para garantir uma integração ensino/serviço com mais segurança e qualidade;
- Articula as mudanças da graduação com as mudanças na Residência Médica

Para a transformação dos cursos médicos, deve-se pensar no conceito ampliado de saúde, na

integralidade do cuidado e no trabalho em equipe multiprofissional para inspirar projetos inovadores que mudem seus processos de trabalho (KUMAR; BARATA; FLOSS, 2016). Nesse sentido, fica claro nas diretrizes que cabe as Instituições de Educação Superior (IES) apoiar, incentivar e demandar a formação pedagógica do docente, assim como fortificar e aproximar as relações com os órgãos gestores do sistema de saúde para garantir a adequação da formação médica, integrando todas as competências e habilidades necessárias ao egresso médico (FRANCO C.; CUBAS; FRANCO R., 2018).

As reformas curriculares que ocorreram a partir das DCN, conforme postulado por Frenk et al. (2010) visaram aproximar o estudante de medicina da sociedade e do sistema de saúde brasileiro e para que essas mudanças realmente ocorram e gerem os frutos esperados é necessário que as IES, seu corpo docente, os governantes e a sociedade atentem para fatores que influenciam a qualidade do profissional da saúde (KUMAR; BARATA; FLOSS, 2016).

2.2.3 Conceitos de Atenção Primária à Saúde

O conceito de cuidados de saúde primários tem sido várias vezes reinterpretado e redefinido. Em alguns contextos, refere-se à prestação de serviços de saúde pessoais ambulatoriais ou do primeiro nível. Em outros contextos, cuidados de saúde primários são entendidos como um conjunto de intervenções de saúde prioritárias oferecidas às populações de baixos rendimentos. Há quem entenda também os cuidados de saúde primários como um componente essencial do desenvolvimento humano, centrado em aspectos econômicos, sociais e políticos.

Para Starfield (2002) a atenção primária é uma abordagem que forma a base dos cuidados em saúde e determina o trabalho de todos os outros níveis, não sendo apenas um conjunto de atividades clínicas exclusivas, peculiar aos cuidados médicos. Para a autora existem diferenças em atenção médica primária convencional e a Atenção Primária à Saúde ampla, conforme a definição da Conferência de Alma-Ata (QUADRO 2).

Quadro 2 - Da atenção médica primária à atenção primária à saúde

Convencional	Atenção Primária
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Fonte: Starfield (2002)

Os profissionais da APS, que prestam os cuidados de saúde primários, asseguram que as pessoas recebam cuidados completos, desde a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação até os cuidados paliativos. Esses cuidados são prestados de acordo com as necessidades de saúde de cada sujeito ao longo de toda a vida e não só para um conjunto de doenças específicas. Ademais, essa prestação de serviços de saúde é realizada tão perto quanto possível do ambiente diário da população atendida. Starfield (2002), coloca as principais características da Atenção Primária à Saúde (APS) como:

- Constituir a **porta de entrada** do serviço — APS é o primeiro contato da medicina com o paciente. Dessa forma espera-se que seja mais acessível à população, com isso sendo o primeiro recurso a ser buscado.
- **Continuidade** do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, que a acompanha durante as fases da vida, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de “longitudinalidade”.
- **Integralidade** — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.
- **Coordenação** do cuidado — o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar os vários níveis de cuidados, quando esses se fazem necessários para a atenção dos indivíduos.

Devido a esses princípios, a APS é considerada uma estratégia fundamental para aumentar a

efetividade e resolutividade dos serviços de saúde, constituindo referência no cenário mundial para reduzir as iniquidades existentes no setor saúde. É importante esclarecer que a efetividade é o grau em que determinada intervenção ou tecnologia traz benefícios aos indivíduos de uma população. Na APS, a efetividade se refere à atenção capaz de prevenir doenças ou controlar episódios agudos decorrentes de condições crônicas. Por sua vez, a resolutividade é a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica, norteadas pelos atributos já especificados acima: a) acesso; b) longitudinalidade; c) integralidade; e d) coordenação (STARFIELD, 2002).

Para APS atuar em todos esses princípios e alcançar uma taxa de resolutividade próxima de 80%, conforme sugerido em vários artigos, é importante que o profissional que atue no cuidado à saúde entenda e saiba como essa engrenagem funciona. Por isso os currículos das escolas médicas devem ampliar a visão do estudante, pois este deve atuar em um campo muito maior do que somente a “doença individual”, até então o foco do ensino médico.

2.2.4 Os Cenários de Ensino Médico da Atenção Primária à Saúde

Como relatado nas seções precedentes, há uma tendência mundial de reservar aos hospitais o papel de cuidado e ensino apenas nas situações mais críticas. A Atenção Primária dispõe de vários locais e serviços, como a internação e atenção domiciliares, cirurgias ambulatoriais, hospitais-dia, centros ambulatoriais especializados, as Unidades Básicas de Saúde etc. Cada um desses cenários requer tecnologias específicas para a organização do trabalho, muitas delas implicando trabalho em equipe interprofissional e transprofissional, portanto devem ser pensados como um espaço frutíferos para a prática do ensino médico nacional (BRASIL, 2014b).

Estes novos cenários de ensino além de exigirem diferentes arranjos tecnológicos para organização do trabalho em saúde, propiciam o contato com diferentes padrões de distribuição dos agravos do ponto de vista epidemiológico e social. Na atenção a saúde as tecnologias são consideradas as organizações de trabalho, sendo classificadas segundo Merhy (2002) em:

- a) “Tecnologias Duras”: que envolvem equipamentos e medicamentos;
- b) “Tecnologias Leve-Duras”: os saberes científicos da clínica e da epidemiologia;
- c) “Tecnologias Leves”: envolvem as relações por meio das quais se produz o cuidado:

escuta, vínculo, responsabilização.

A vivência neste ambientes ao longo da formação é indispensável para que haja o desenvolvimento de conhecimentos, referências, atitudes e habilidades dos futuros profissionais, mesmo considerando que sua aprendizagem prosseguirá ao longo da vida. Por todas essas razões, é muito importante, para uma formação de qualidade na área da saúde, que os estudantes possam vivenciar e, efetivamente, inserir-se no trabalho que ocorre nesses múltiplos cenários de prática da atenção à saúde (BRASIL, 2014b).

Para assegurar os espaços de prática necessários para uma graduação de qualidade na área da saúde, as instituições de educação superior (IES) precisam recorrer à rede de serviços de saúde como um todo e, também, a outros espaços de convivência importantes para a produção da saúde. É indispensável, então, que exista articulação entre as IES, o sistema de saúde (envolvendo atenção básica e especializada, ambulatorial, hospitalar e domiciliar) e outros equipamentos sociais, particularmente de esporte, lazer, cultura e educação.

Durante todo o processo de formação, todos os cenários de prática estarão presentes: espaços sociais de convivência, unidades de atenção básica, atenção domiciliar, ambulatórios de especialidades e hospital, articulados de modo a proporcionar a experiência da continuidade da atenção, o acompanhamento longitudinal de indivíduos, famílias e grupos sociais, levando a vivência dos diferentes arranjos tecnológicos envolvidos no trabalho em saúde, em diferentes contextos (BRASIL, 2013), bem como sobre a gestão das unidades básicas de saúde, principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme já citado anteriormente, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, de n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 deixa claro que o SUS é um espaço de formação do profissional de saúde e este deve estar inteiramente às instituições formativas, tanto os profissionais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) quanto a Gestão destas Redes. Essas questões são tratadas no texto original da lei orgânica, assim como nas alterações introduzidas pelas leis de números 9.836/1999, 10.424/2002, 11.108/2005, 12.401/2011 e 12.864/2013, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; Como se lê nos artigos 27 e 30 da Lei Orgânica do SUS, promulgada em 1990:

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; [...] Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional. [...]

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes (BRASIL, 1990).

Além do envolvimento das RAS e Gestão do SUS na graduação médica, a participação ativa dos graduandos em atividades nas comunidades atendidas, em contextos diferentes da atenção médica é de grande valor para as práticas educativas. O método de ensino que proporciona a integração com a população, chamado de Educação Baseada na Comunidade, é constituído por serviços que trabalham com uma lógica de funcionamento diferente dos serviços hospitalares e exclusivamente ambulatoriais, e segundo Irby, Cooke e O'Brien (2010), ajudam os estudantes a entenderem que os determinantes sociais influenciam diretamente na saúde.

Borges et al. (2015), recomenda que este tipo de atividade seja implementada desde os primeiros anos do curso de medicina, proporcionando aos estudantes o conhecimento das especificidades sócio-políticas da comunidade em que vive o paciente. Ações e movimentos gerados oriundos de observações dos discentes ou solicitações específicas com o intuito de melhorias em vários setores (cultura, esporte, lazer etc.) são considerados cenários reais de prática e com grande potencial de aprendizado ao estudante de medicina (BORGES et al., 2015), por proporcionar a articulação com vários setores e profissionais, que não só os da saúde. O ensino baseado na comunidade fortalece o elo serviço-ensino-comunidade e consegue atender as novas propostas de aprendizado médico pois:

[...] a instituição de novos cenários de prática na formação médica possibilita uma reorientação do olhar sobre os aspectos subjetivos do adoecimento, oferecendo maior visibilidade às questões sociais, culturais e psicológicas do indivíduo, numa compreensão ampliada do processo saúde-doença [...] (NOGUEIRA, 2009, p. 268).

A proposta do ensino baseada na comunidade e no serviço deve estabelecer ao discente a aptidão para o trabalho em equipe, conhecendo as atribuições dos profissionais e propondo articulações entre os núcleos de saber. A proposta busca ainda instrumentalizar aqueles que constituem o sistema de saúde no sentido de reconhecer as dificuldades e propor ações para mitigá-las, e oferecer cuidado integral e humanístico, compreendendo o indivíduo no contexto

de vida familiar, social e ambiental. Faz com que o egresso compreenda o funcionamento do sistema de saúde, as articulações dos níveis de atenção, analise situações que repercutam na qualidade do cuidado ofertado à população e elabore soluções para estes entraves. Os componentes centrais do serviço-aprendizado descritos por Billig (2000) e citados por Stewart, Wubbena (2014) incluem:

[...] participação ativa, experiências cuidadosamente organizadas, foco nas necessidades da comunidade e coordenação escola / comunidade /serviço, integração do currículo acadêmico, tempo estruturado para reflexão, amplas oportunidades de aplicação de habilidades e conhecimentos e desenvolvimento do sentido de cuidado (STEWART; WUBBENA, 2014, p. 147)

Para a integração ensino-serviço-comunidade, é pertinente a participação de trabalhadores da assistência, da gestão e da docência, estudantes/residentes e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na definição conjunta de metas, etapas e procedimentos entre as instituições de ensino e serviço. Essas decisões devem considerar o momento político, a gestão de pessoas e os aspectos de infraestrutura, materiais, equipamentos e financiamento, de modo orientado aos resultados pactuados, sempre visando a qualidade do cuidado e da formação. A corresponsabilidade de usuários, gestores, trabalhadores, professores e estudantes com a saúde da população em cada território deve orientar os processos educativos e de desenvolvimento do SUS, desencadeando, dessa maneira, um ciclo constante do processo de ensino e aprendizagem articulado às práticas concretas dos serviços (VILAGRA, 2012).

O ensino médico em cenários reais, que não sejam os hospitalares, difere de outras abordagens por interferir na dinâmica de trabalho do docente, na organização dos profissionais de saúde, no espaço físico que recebe os alunos e na visão dos pacientes que serão atendidos por médicos em formação. Todos esses fatores estão ainda sobrepostos à questão do tempo, já que o contato do aluno com o preceptor e o paciente é menor quando contrastado com a interação em ambiente hospitalar (WOLPAW; WOLPAW; PAPP; 2003).

Nos novos cenários de prática aprende-se a lidar com diferentes aspectos da vida e seus ciclos, na sua complexidade clínica e cultural. O estudante atua no contexto da realidade local, em um cenário que integra diferentes conhecimentos e que possibilita a interdisciplinaridade e a resolubilidade clínica. O aprendente ainda atua de forma contínua e longitudinal a partir de problemas complexos e singulares de saúde. Uma formação deste tipo contribui para melhor compreensão da rede intersetorial da atenção à saúde e para o respeito aos saberes do outro e

da comunidade, favorecendo o desenvolvimento das competências para a comunicação em saúde (DEMARZO et al., 2011).

Os cenários para esse tipo de prática educacional, além dos ambientes médicos já estabelecidos como primordiais ao desenvolvimento de habilidades médicas, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios e hospitais gerais/especializados, os equipamentos comunitários, tais como creches, escolas, associação de moradores, igrejas entre outros, também são considerados cenários reais de ensino médico. Mediante um plano de ensino que preconize a realização de visitas técnico-pedagógicas, práticas clínicas supervisionadas, projetos interdisciplinares, projetos de pesquisa, estágio curricular supervisionado, dentre outros, estes locais apresentam um grande potencial de aprendizado.

Acredita-se que o ensino baseado na comunidade contribui para as competências dos egressos de medicina solicitadas no Cap 1 - art. 3º das DCN's 2014:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, 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, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014b)

Florêncio et al. (2015, p. 24), diz que inserção do discente nos novo cenários de prática permite a “(re)significação e (re)construção dos saberes da experiência na interação direta entre as pessoas e o contexto sociocultural”, promovendo reflexão sobre um tema, construindo significados contextualizados da realidade, vinculando-os com a teoria. Assim, por meio do pensamento crítico e da interdisciplinaridade, os envolvidos no processo poderão “formar novos conceitos, discutir os já existentes, formular propostas e intervir na realidade” (Ibidem), ancorado na parceria entre docente-discente-profissional de saúde e também comunidade, de forma que os conhecimentos sejam confrontados e gerem novos conhecimentos.

Entre as possibilidades de aprendizagem que podem ser desenvolvidas entre os discentes, estão:

- (a) a capacidade de comunicação na constante busca pela superação da assimetria entre a linguagem científica e a popular;
- (b) a ampliação da capacidade de se relacionar com o outro e acolhê-lo;
- (c) a valorização do saber popular e a percepção das interfaces que podem ser estabelecidas com o saber “científico”;
- (d) o enfrentamento de situações dinâmicas e desafiadoras no cotidiano, desenvolvendo a capacidade criativa;
- (e) a incorporação de valores

humanísticos como a solidariedade, compromisso e responsabilidade social, entendida como forma de compromisso moral e fraternal com as necessidades sociais da população; e (f) a compreensão ampliada dos limites e possibilidades da atuação profissional.

2.2.5 Potencialidades e fragilidades na inserção ensino-serviço-comunidade

A interação entre o serviço-ensino-comunidade possibilita aos estudantes maior aproximação aos serviços de saúde e tudo o que permeia o processo de trabalho das equipes no cotidiano da profissão, além de oferecer condições ao desenvolvimento de competências e habilidades fundamentais para o cuidado e planejamento em saúde. Permite também um engajamento criativo com as comunidades no contexto real dos problemas de saúde e, ao mesmo tempo, a aprendizagem de atitudes e habilidades essenciais aplicáveis tanto no contexto comunitário quanto no hospitalar (VIEIRA; PINTO; MELO, 2018).

Para Vieira, Pinto e Melo (2018) apesar do Ensino Baseado na Comunidade apresentar uma série de vantagens e potencialidades para a educação e prática em saúde, sua implementação suscita um conjunto de desafios que envolvem a comunicação entre instituições de ensino, o sistema de saúde, os estudantes, os profissionais da rede de saúde, os docentes além das comunidades atendidas. Os programas de educação médica baseados na comunidade devem garantir conscientemente que eles beneficiem não apenas os estudantes, mas também a comunidade e os serviços de saúde.

As dificuldades para implementar modificações curriculares para inserção da Atenção Primária à Saúde no ensino médico articulam-se a outros fatores, como: (a) resistência de docentes em implantar um novo modelo; (b) docentes sem suficiente capacitação para o ensino na área; e (c) cenários práticos que não favorecem o processo educacional. Este último item é característico de situações como a planta física inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a falta de preceptores e a formação insuficiente dos médicos generalistas para receber estudantes (PAIM et al., 2011).

Os desafios da universidade estão relacionados à: (a) dificuldade de encontrar professores para este novo enfoque de ensino-aprendizagem; (b) valorizar a atenção básica, considerada como um cenário marginal para ensino-aprendizagem; (c) dificuldade para aprendizagem conjunta das diferentes profissões; (d) resistência dos estudantes; (e) incipiente participação social da

comunidade.

Nos serviços de saúde pode-se destacar: (a) resistência dos profissionais em preceptorar os estudantes, pois a formação não faz parte da agenda de trabalho desses; (b) a estrutura física das unidades, que nem sempre comporta o contingente de aprendizes; (c) desconfiança da população à presença do estudante no serviço; (d) temor dos profissionais do serviço de que as fragilidades sejam identificadas. Entre outras, essas questões são obstáculos a serem transpostos para a eficácia do ensino-aprendizagem.

No contexto das Unidades Básicas de Saúde, Troncon (2016) nos fala que, para a efetivação da tríade ensino-pesquisa-assistência de qualidade no SUS os espaços institucionais devem estar organizadas e oferecer um número amplo de ações integradas, inclusive, junto à comunidade. O número de trabalhadores deve ser suficiente, capacitado e motivado para a supervisão dos alunos. O contato com os estudantes deve ficar a cargo de profissionais que sabidamente detenham um perfil atitudinal adequado e funcionem como modelos apropriados, aos quais os estudantes possam se espelhar, o número de pacientes deve ser o suficiente para as atividades educacionais, e, por fim, são necessários vínculos estáveis entre a Universidade e o Serviço de Saúde que mantenham canais abertos entre a graduação e a comunidade, desenvolvendo o ensino nesses cenários (ADLER; GALLIAN, 2018).

Entretanto, no contexto brasileiro a integração entre escolas médicas, serviços públicos de saúde e setores governamentais é deficitária, e o SUS apresenta dificuldades de toda ordem para corresponder às suas diretrizes. Para Adler e Gallian (2018) a baixa resolutividade e alto percentual de encaminhamentos, os baixos salários, a falta de capacitação e o desconhecimento desses profissionais das normativas do SUS em ser espaço de ensino, acompanhados de número excessivo de pacientes diminuem a possibilidade de aprendizagem no SUS.

A criação de um espaço de elaboração, planejamento e avaliação das atividades teórico- práticas vinculadas à APS, fundamentado na realidade local das Unidades Básicas de Saúde e nas dificuldades enfrentadas pelos preceptores, conforme colocado pelos teóricos, pode garantir um ambiente adequado ao processo ensino-aprendizagem. Um espaço caracterizado por essa reflexividade contínua pode ser também um espaço para discussão e elaboração de estratégias para superar as dificuldades enfrentadas pelos preceptores-profissionais, como reuniões com os gerentes, discussão das agendas e técnicas de discussão de casos, entre outras (SILVA et al.,

2018) que são fundamentais para o ensino e para a melhora da assistência.

Nessa perspectiva, para qualificar a integração ensino-serviço e a educação permanente nos territórios, foi publicada, em 2015, a Portaria Interministerial nº 1.124, que instituiu as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). As diretrizes do COAPES, publicado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, apresenta essas parcerias como processos de contratualização para organizar a integração entre ensino-serviço e a educação permanente em saúde no território, podendo envolver o conjunto de cursos da área da saúde. A celebração dos COAPES vem fortalecer a parceria e o compromisso das instituições envolvidas nesta integração devendo ser realizado constantemente para alcançarem os propósitos pactuados. É de suma importância as escolas médicas integrarem os COAPES objetivando adequar necessidades educacionais e de assistência à saúde (BRASIL, 2014a).

Para Anderson, Damazo e Rodrigues (2007) existem vários desafios na consolidação do ensino em ambientes de serviços de saúde do SUS, mas cita algumas estratégias (QUADRO 3) que podem sanar estes obstáculos.

Quadro 3 - Principais estratégias para superar os desafios na Graduação

- Articulação Academia Serviço Comunidade Gestor planejamento e avaliação conjuntos.
- Definir claramente os papéis de cada um.
- Utilizar mecanismos de indução disponíveis hoje.
- Fóruns regulares de divulgação dos princípios da APS E MFC – a divulgação está em nós mesmos.
- Geração de conhecimentos que qualifiquem e demonstrem a pertinência destas estratégias.
- Indicadores de qualidade para os cenários de prática.
- Co-responsabilizar a academia pelo processo de educação permanente do serviço.
- Fazer pactos definidos de trabalho.
- A graduação tem de utilizar a pós-graduação para melhorar o cenário de práticas.
- Estabelecer diretrizes de articulação do ensino com os serviços (da academia com a rede de gestão), pactuadas por meio de comissões, com a participação dos diversos atores do SUS e IES.
- Formalizar a articulação Ensino - Serviços através de convênios ou contratos entre as partes, aprovado pelos órgãos de controle social correspondente (Conselhos de unidades, distritais, municipais e estaduais).
- Definir portaria do SUS sobre as diretrizes de artivulação Ensino - Serviço, estabelecendo prioridade para as IES comprometidas com a formação de profissionais com perfil adequado a demanda do SUS.
- Política de educação permanente.
- Estímulo à pesquisa sobre a prática e a gestão.
- Formar pessoas com a visão do novo paradigma - diretrizes curriculares.
- Política Geral de valorização da APS e MFC.

Fonte: Anderson, Damazo e Rodrigues (2007)

A formalização da parceria entre as instituições de ensino e os serviços de saúde colabora para o sucesso dessa integração a fim de que haja o comprometimento de todas as instituições para um objetivo comum. As atividades desenvolvidas pelos estudantes não podem ser vistas como

atividades exclusivas da universidade, sem finalidade dentro dos serviços e vice e versa. Antes, estas devem ser entendidas como resultantes de uma parceria entre as instituições, atendendo necessidades mútuas e elencadas conjuntamente no espectro de um certo objetivo.

Como apresentado por Anderson, Damazo e Rodrigues (2007), a sustentação do sistema pode ser observada a partir da tríade interconectividade-reflexividade-formação. Em outros termos, para que haja uma formação em conformidade com os princípios estabelecidos pelas diretrizes é preciso uma interconectividade entre serviços, espaços universitários, setores do estado e comunidade. Esse processo deve ser continuamente avaliado de modo que as ações em curso possam ser inseridas dentro de um quadro mais amplo de reflexão-ação.

2.2.6 O Formação Generalista e o Papel da Medicina de Família e Comunidade dentro da Diretriz Curricular

Apesar de não ser a única especialidade médica com caráter generalista, a Medicina de Família e Comunidade começou a ser inserida nos currículos de graduação das escolas médicas no contexto de reorganização e reestruturação do ensino médico. Naquele momento acreditava-se que seria a especialidade capaz de atender às necessidades dos serviços de saúde fundamentados na Atenção Primária. Seus princípios e práticas constituem elementos importantes na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer; também envolvem os estudantes em uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde, contribuindo para a formação do médico generalista com o perfil apresentado pelas DCN (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007).

A Medicina de Família tem seus princípios e práticas centrados na pessoa, na relação entre médico e indivíduo e entre este indivíduo e sua família e a comunidade onde vive. Considerando tais princípios, ela se constitui em uma especialidade médica com potencial estruturante para os sistemas nacionais de saúde. As entidade WONCA e EURACT, postularam uma árvore (FIG. 6) mostrando competências essenciais e características da Medicina de Família e Comunidade, elementos estes importantes na formação médica geral solicitados nas reformas educacionais médica, independentemente da especialidade que egresso irá exercer, pois envolve os estudantes em uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde.

Quadro 4 - Os Quinze temas relevantes para o ensino da Medicina de Família

(conclusão)	
6	Tomada de decisão baseada na prevalência e incidência do alvo.
7	Prevenção e promoção da saúde, educação do paciente.
8	Centralização no paciente.
9	Habilidades de consultoria - etapas de uma consulta.
10	Cuidados crônicos, manejo de doenças crônicas e problemas de saúde, diabetes/hipertensão/cardiopatia isquêmica crônica/ obesidade
11	A família como fonte de doença e recurso de cuidado; contexto familiar; genogramas; ciclo de vida familiar.
12	As características específicas dos cuidados de saúde na MFC: Todas as idades, homens e mulheres, cuidados curativos, cuidados profiláticos, emergências.
13	Orientação comunitária; cuidado centrado na comunidade; avaliação das necessidades da comunidade.
14	Sintomas de apresentação mais comuns na prática familiar.
15	Interface de atenção primária e secundária

Fonte: Tandenter (2011)

A Medicina de Família e Comunidade possui um vasto campo de atuação, dada sua amplitude no que diz respeito ao acompanhamento do sujeito ao longo do processo de vida. Esses campos de atuação, além dos espaços tradicionais do consultório médico, reservados para a realização de consulta individual ou familiar no âmbito da APS, dentro das Unidade Básica de Saúde, também podem ser definidos como cenários de interesse da graduação, conforme sugerido por Pereira et al. (2009):

- Atenção Domiciliar: consultas e internações domiciliares;
- Grupos Terapêuticos: atividades de organização e realização de trabalho com grupos de pacientes/pessoas/comunidade, que tem por objetivo a informação, a educação em saúde, o incremento da autonomia, o suporte terapêutico relacionados a temáticas específicas e/ou grupos homogêneos;
- Atividades administrativo-gerenciais: atividades de organização dos prontuários médicos e outros registros que propiciem a organização e o planejamento das ações de saúde; reuniões da equipe da Saúde da Família, bem como a gestão de serviços e sistemas locais de saúde;
- Outras atividades coletivas: visitas domiciliares não clínicas, cadastramento de famílias; contato com associações de moradores, participação em reuniões comunitárias, dos conselhos de Saúde e outras instâncias de representação social da comunidade; ações de intersetorialidade.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em 2015 divulgou a Matriz de Competências para o Residente de Medicina de Família e Comunidade. Essa matriz agrupa as competências em áreas, e, dentro das áreas, em níveis (Pré requisito, Essenciais, Desejáveis e Avançadas). O nível de “Pré Requisito” (ANEXO F) orienta quais competências são essenciais ao recém-formado e podem ser usadas de base para a construção da matriz curricular de ensino médico na graduação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015).

Logo, o ensino de MFC deve propiciar aos discentes conhecimentos básicos sobre: método da Consulta em Sete Passos, diagnóstico comunitário, reconhecimento de território, construção de mapas da área de abrangência da equipe (população adscrita); realização da consulta utilizando o método clínico centrado na pessoa; realização de visitas domiciliares, conhecimento de instrumentos de abordagem familiar como: genograma, ecomapa, P.R.A.C.T.I.C.E, F.I.R.O., entre outros; conhecimento de Escalas de Risco Familiar, familiarização com os Sistemas de Informação da Atenção Básica, observando suas finalidades.

Além dessas habilidades relativas aos componentes propriamente técnicos e procedimentais, há competências interpessoais que devem ser exploradas e desenvolvidas, a exemplo de: trabalhar em equipe, conhecendo as atribuições dos profissionais e propondo articulações entre os núcleos de saberes; reconhecer as dificuldades enfrentadas pelos usuários no sistema de saúde e propor ações para mitigá-las; oferecer cuidado integral e humanístico, compreendendo o indivíduo no contexto de vida, familiar, social e ambiental. Espera-se que o aprendente compreenda o funcionamento do sistema de saúde, a articulação dos níveis de atenção primário, secundário e terciário e seja capaz de analisar situações-problema que afetem a eficiência do sistema e repercutam na qualidade do cuidado ofertado à população e seja capaz de elaborar soluções para estas situações (PEREIRA et al., 2009).

Indo de encontro à proposta elaborada pelo comitê de pesquisadores a partir dos temas-chave, Damarzo (2008) recomenda que os conteúdos programáticos dessa especialidade para a graduação médica devam incluir:

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

complementaridade e integralidade das ações médicas e de saúde.

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

Assim, a Medicina de Família e Comunidade, também segundo Damarzo (2018) proporcionaria o desenvolvimento de competências nos estudantes de medicina elencadas nas DCN e sendo elas:

- Convivência e colaboração com profissionais de outras profissões e especialidades para prover cuidado centrado na pessoa e nos aspectos preventivos, durante todas as fases da vida.
- Sensibilidade e responsabilidade em relação ao paciente, a sua cultura, idade, gênero e habilidades.
- Prática de diagnóstico e terapêutica com base em evidência científica e com

participação do paciente e de sua família, informando-os apropriadamente e envolvendo-os no processo.

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

2.3 O perfil do docente em cenários de prática da APS

Embora todos os médicos estejam geralmente bem preparados para seus papéis clínicos, poucos são treinados para ensinar. Pode ser demonstrado que o melhor desempenho de ensino leva a melhores resultados de aprendizagem para estudantes e médicos. Ensinar é uma parte importante do papel médico, tanto como médicos ou docentes.

As demandas recentes para a educação médica se pautam por uma abordagem de ensino-aprendizagem centrado no aluno, baseada na competência, na avaliação e uma maior ênfase no profissionalismo, o que faz com que os educadores precisem ter um kit de ferramentas expandido de habilidades de ensino e experiência clínica (RUSSELER; WALCHER, 2011).

Os ambientes de prática necessitam de roteiros próprios e de preceptores capazes de ajudar o aprendente a retornar a assuntos já abordados, construindo uma nova visão sobre um mesmo tema, visto que estarão diante de uma realidade concreta e não apenas lidando com exercícios de abstração. A experiência de ensino em cenários reais também contribui para a formação médica na medida em que proporcionam aos aprendizes atuarem diretamente no desenvolvimento das habilidades e competências, entre outras, como o raciocínio clínico, necessário para o exercício da prática profissional segura e habilidades de comunicação, tão importante aos profissionais atuais. Para que isso ocorra, o preceptor/professor dos cenários de prática necessita articular o ensino, a atenção à saúde e a participação na gestão dos serviços para melhor desenvolver sua função pedagógica, além das necessidades de interação com as comunidades locais.

A faculdade de Stanford, nos Estados Unidos da América, organizou um modelo de capacitação de professores denominado “Stanford Faculty Development Model” que busca maior qualidade de desempenho do professor em sete áreas que levam a um aprendizado aprimorado. É uma capacitação com duração de um mês para professores que serão replicadores em suas organizações de ensino. Durante a formação são abordados temas do processo educacional e da motivação do professor para ensinar. Utilizam as sete áreas dos componentes do processo educacional de Skeff (1918) e que foram reafirmadas por Russeler e Walcher (2011) com habilidades importantes para todos os docentes. São elas:

- **Clima de aprendizagem:** o professor deve criar um clima de aprendizagem

positivo, demonstrando entusiasmo tanto pelo conteúdo ensinado quanto pelo ato de ensinar. Estabelecer um ambiente de aprendizagem apropriado implica em tom da voz adequado, na “atmosfera” do local, no humor das pessoas envolvidas no ensino, tudo isso prepara o terreno para uma aprendizagem eficaz.

- **Controle da sessão de ensino:** o estilo de liderança do professor influencia a dinâmica do grupo e afeta a eficiência e o foco de cada interação de ensino. Este componente reflete a capacidade de o professor abordar tópicos de ensino relevantes de forma eficiente.
- **Comunicação de objetivos:** este componente do ensino diz respeito ao processo pelo qual os professores estabelecem e comunicam as expectativas de aprendizado para os alunos. Essas expectativas devem incluir não só quais experiências educacionais o aluno deverá ter, mas também que atitudes, conhecimento e habilidades devem ser adquiridos no processo de aprendizagem. Assim, fornecendo um guia para professor e alunos, que estrutura o ensino e o processo de aprendizado. A comunicação de metas inclui não só as expectativas dos professores (objetivos de aprendizagem), mas também os objetivos dos alunos.
- **Promover a compreensão e retenção:** diferentes abordagens podem ser necessárias para diferentes níveis de estudante, a fim de permitir ao aluno compreender e reter o que está sendo ensinado. Aqui, a compreensão é a capacidade de analisar, sintetizar e aplicar corretamente, e retenção é o processo de lembrar fatos e conceitos. Isso pode ser, por exemplo, uma sessão de briefing antes de encontrar novas experiências clínicas.
- **Avaliação:** a avaliação em cenários de prática é especialmente difícil devido à natureza dos pacientes “ambulatoriais” e às limitações de tempo e aos locais de aprendizado nem sempre organizados para o ensino, mas são de extrema importância, tanto as formativas, quanto as somativas. A avaliação é importante, pois permite ao professor saber onde o aluno está no processo de aprendizagem e ajuda a professores e alunos a planejar o ensino futuro e avaliar o eficácia do ensino até agora. Com as avaliações consegue-se ter melhor noção do conhecimento, habilidades e atitudes do aluno
- **Feedback:** os professores informam aos alunos as suas observações sobre o desempenho destes. Neste processo o responsável deve informar, reforçar ou elogiar os formandos quando seu desempenho é aceitável ou excelente, e informar e criticar

construtivamente os alunos quando seu desempenho precisa ser melhorado. A capacidade de fornecer feedback habilmente pode melhorar a eficácia do ensino. Os professores devem envolver os alunos no processo de dar e receber feedbacks, sempre dando oportunidades para refletirem sobre suas experiências, atitudes e habilidades.

- **Promover a aprendizagem autodirigida:** para fomentar aprendizagem autodirigida, os professores devem identificar com seus alunos, tópicos que merecem uma investigação mais aprofundada, como as necessidades dos pacientes, comunidades, serviços ou o interesse intrínseco de um tópico. Capitalizando sobre tópicos controversos, não bem compreendidos ou simplesmente empolgantes, os professores podem motivar os alunos a conduzir a investigação. A aprendizagem iniciada por meio de interesses, metas e necessidades, ajuda o aluno a adquirir habilidades que lhe permitam continuar aprendendo além do aprendizado formal do período.

Existem iniciativas de capacitação de abrangência nacional para docentes, entre elas uma parceria da Universidade Federal do Ceará com a Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER[®]), instituição estadunidense que gerencia um programa de capacitação (fellowship) de dois anos, em tempo parcial para docentes de cursos de graduação em saúde. Este programa tem foco nos conhecimentos e habilidades de gestão, liderança e em educação, bem como no desenvolvimento de uma comunidade de prática profissional. Os programas de capacitação são para docentes que tem potencial de desempenharem papéis centrais no avanço da educação em Ciências da Saúde nas suas instituições e nas suas regiões.

Formar médicos em sintonia com os conhecimentos e necessidades contemporâneas exige que os formadores explicitem suas intencionalidades, reflitam acerca das mediações pedagógicas utilizadas e acionem instrumentos de avaliação de aprendizagens adequados. Considera-se que, durante o curso de Medicina, o estudante necessita desenvolver habilidades técnico-profissionais, adquirir valores morais e modo de pensar reflexivo. Para tanto, o professor deve avaliar a qualificação progressiva do desempenho do aprendiz e sua interação no contexto em que a prática se realiza. A instituição formadora, com seu referencial de ensino bem definido, deve ser capaz de monitorar o processo de formação do estudante, identificando suas qualidades e apontando fragilidades. Esse processo prevê mediação docente que auxilie o aluno a planejar

a correção de deficiências e desenvolver novas estratégias de gestão do conhecimento (ZANOLLI et al., 2014).

A prática em cenários reais de prática tem o potencial de produzir uma aprendizagem significativa para os alunos, e cabe ao professor ancorar este aprendizado em objetivos claros e métodos de ensino que respaldem tais objetivos. Driessen, Tartwijk e Dornam (2008) em seu estudo destacaram a importância do professor em fornecer o ambiente de aprendizado com as discussões corretas para o momento, abrangendo todo o conteúdo esperado e destacando o que é mais importante para o aprendizado. É importante reforçar o papel do professor que deve guiar o aprendizado do aluno, valorizando a discussão teórica e a reflexão, mesmo quando da realização de atividades práticas (GUIMARÃES, 2019).

3 METODOLOGIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM AMBIENTES REAIS DE PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

É destacável que a educação para a prática médica ainda está ancorado a procedimentos tecnicistas desenvolvidos dentro de ambientes médicos, como ambulatórios e hospitais, ainda que estes apresentem um embasamento científico importante. Contudo, técnicas para o ensino médico nos novos cenários de prática carecem de maior número de pesquisa sobre sua eficácia no aprendizado, ainda que se acredite serem de grande relevância, especialmente quando envolvendo as organizações dos serviços e a população.

Através de pesquisa sobre como o ensino médico tem sido exercido no Brasil e no mundo, pode-se elencar algumas técnicas e métodos utilizados com os objetivos de alcançar as propostas da nova educação médica mundial, o que no Brasil corresponde às DCNs. Métodos de ensino, baseados em metodologias ativas para o ensino teórico e avaliações somativas têm um grande respaldo na literatura ,

Se organizados de forma propícia ao aprendizado, os cenários de prática da APS podem ajudar os estudantes de medicina a adquirirem competências elencadas pela WONCA (Organização Mundial de Médicos de Família), como específicas para atuação do médico em saúde primária e que são agrupadas, segundo Carelli (2014) em dois grupos: gestão de pacientes e condições que são frequentemente vistos em Atenção Primária, essenciais para a competência em relação ao diagnóstico, prognóstico e tratamento adequado; e, desenvolvimento de habilidades e atitudes específicas e necessárias como futuros profissionais.

Pensando no modelo conceitual hierárquico de quatro níveis, concebido por Miller (1990), que auxilia na compreensão dos níveis de complexidade que os estudantes de medicina devem atingir, o ensino em cenários de prática deve alcançar os últimos patamares e oferece ao aluno oportunidades de ancorar todo o conhecimento alcançado com os patamares anteriores. O referido modelo é representado por uma pirâmide (FIG. 7), cuja base envolve o conhecimento (“saber”); um segundo nível refere-se à habilidade de aplicar o conhecimento em determinado contexto (“saber como”); no próximo nível, “mostrar como” , o aluno é desafiado a resolver problemas em situação simulada; e o último, “fazer”, refere-se à prática em situações clínicas reais.

Figura 7 – Pirâmide de Miller



Fonte: adaptado de Miller (1990)

Para melhor organização das técnicas de ensino, em nossa proposta as alternativas sugeridas foram organizadas de acordo com os momentos do processo de formação dos profissionais: pré-clínico, clínico e internato, sendo este último a fase de consolidação das competências e habilidades médicas adquiridas ao longo do curso e portanto devendo mesclar as técnicas, conforme os objetivos de aprendizado.

A inserção dos discentes em campos de práticas logo no início da formação profissional requer a avaliação de métodos de ensino específicos para cada período, conforme o Plano Pedagógico Curricular de cada instituição de ensino. Os métodos escolhidos devem levar em consideração as competências cognitivas e habilidades técnicas adquiridas pelos alunos de forma hierarquizada.

É preciso que o planejamento do processo educacional priorize a relação do aluno com os conteúdos em grau crescente de complexidade e que tais conteúdos sejam organizados de forma progressiva e seguindo objetivos claros. A organização dos conhecimentos, habilidades e atitudes deste modo permitirá que os estudantes elaborem os saberes prévios das áreas temáticas, facilitando o aprendizado e tornando-o prazeroso (SILVA et al., 2018).

3.1 Metodologias de ensino para habilidades de comunicação, gerência, liderança, ética e responsabilidade social

As práticas efetuadas nos ambientes reais da APS junto às comunidades são consideradas recursos valiosos para que o graduando em Medicina obtenha formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética. De modo específico, essa articulação visa torná-los aptos a atuar em ações de promoção e prevenção nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social

e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana e da saúde integral do ser humano. Essas questões orientam-se por uma perspectiva transversal da prática médica, considerando também conformações e determinações sociais e culturais dos processos de saúde e doença.

A inserção do estudante em atividades práticas nos cenários reais propicia um campo de aprendizado condizente com a realidade vivenciada pela grande massa populacional brasileira, possibilitando ao estudante uma clínica ampliada dos saberes, a aplicação efetiva de ações preventivas e promotoras da saúde coletiva, e a vivência do acolhimento à demanda, com avaliação da vulnerabilidade das pessoas e comunidades. A familiarização dos estudantes com a prática geral melhora consideravelmente as habilidades de comunicação e compreensão das percepções dos pacientes, colaborando com a melhor compreensão da relação entre profissional e paciente (VASCONCELOS; RUIZ, 2015).

Assim sendo, promover o ensino em cenários reais nos primeiros anos do ensino médico dentro da Atenção Primária alcança fundamentos axiais da formação do egresso, como ser capaz de trabalhar em equipe e ter a visão dos constituintes das experiências sociais no processo de adoecimento. Como efeito principal apresenta também a possibilidade de comunicar-se adequadamente com pacientes, familiares e a equipe, além do desenvolvimento de ações para promover a saúde e o bem-estar do paciente e da comunidade (SILVA et al., 2018).

O uso de metodologias que reforcem a prática reflexiva é de fundamental importância no início do curso, visto que o objetivo maior não será o aprendizado de técnicas específicas à profissão médica, mas o exercício pleno da promoção à saúde pautada por uma postura ética, de valorização da pessoa e reconhecimento da dignidade. Dessa forma, fortalece-se a rede de atenção à saúde, contribui-se para a resolutividade dos problemas de saúde da população e promove-se o compromisso com a cidadania (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013).

O momento de imersão do discente no cotidiano dos serviços pode trazer recursos para o aprendizado do cuidado e da organização dos processos de trabalho e gestão. Deve-se aproveitar as experiências vivenciadas e observadas nos serviços durante as aulas como momento pedagógico para refletir sobre a prática do cuidado ali produzida e suas repercussões sobre a maneira como se concebe o cuidado (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013). É preciso trazer sentidos para a maneira como a assistência se organiza e se desenvolve nestes espaços para

conceber um egresso capaz de criticar e melhorar seus futuros locais de trabalho.

Nesta etapa alguns métodos ativos podem ser particularmente eficazes no sentido de desenvolver a reflexividade e o engajamento nas situações cotidianas dos cenários reais. Entre esses métodos podem ser destacados: problematização com o Arco de Maguerez e o aprendizado baseado em projetos. A seguir esses métodos são descritos nos termos de sua utilização em novos cenários de prática nos anos pré-clínicos.

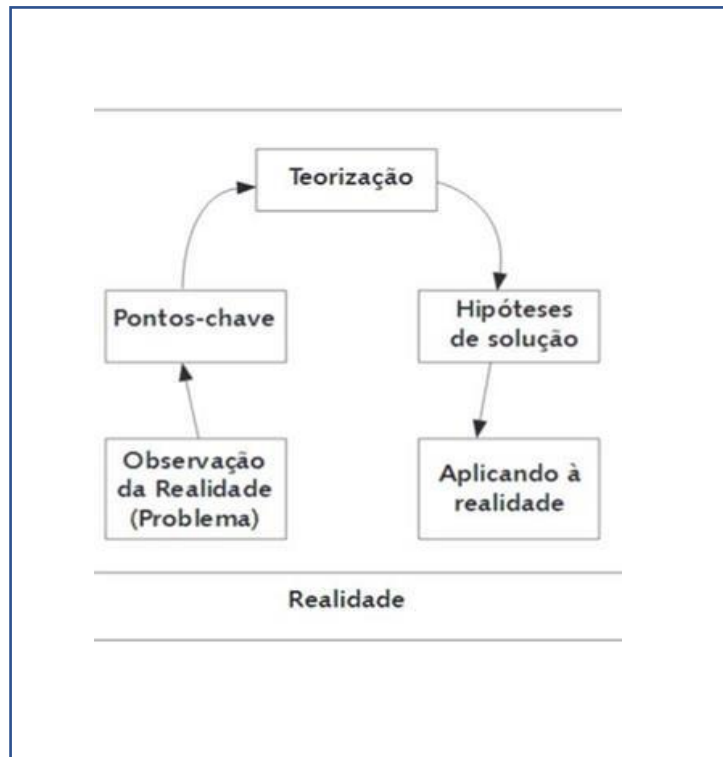
3.1.1 Problematização com o “Arco de Maguerez”

A prática pedagógica a partir do conceito de “problematização” vem progressivamente ganhando espaço no Brasil, particularmente na área da saúde. Teve origem em 1960, quando Charles Maguerez (1927-2003) idealizou um arco para representar uma abordagem educacional voltada ao treinamento de operários. Segundo Lima (2016), sob influência das Teorias de Aprendizagem Cognitivistas e Socioculturais, Bordenave e Pereira adaptaram o “Arco de Maguerez” direcionando-o para a solução de problemas, baseado no pensamento científico e orientado por uma perspectiva dialética da interação do sujeito na realidade.

Os educandos partem de uma observação “ingênua” e, nas etapas seguintes, professor e aluno participam ativamente da problematização e da construção de uma intervenção na realidade. O papel do professor é mais propositivo na teorização e na formulação de hipóteses de solução, atuando como fonte de informação. (LIMA, 2016, p. 426).

Para Lima (2016), embora seja a Metodologia Ativa menos controlada, a atuação de educandos em situações reais da prática profissional é a mais significativa pela absoluta contextualização e integração teoria-prática. Disparadoras da aprendizagem ao longo da vida, as situações reais requerem total engajamento, uma vez que implicam intervenções nos problemas identificados e se pautam pela continuidade na relação entre ação- reflexão-ação. É uma alternativa metodológica com potencial pedagógico e metodológico no sentido de preparar o aluno do Ensino Superior para atuar como profissional e cidadão em seu meio (BERBEL, 1995).

Figura 8 - Esquemática do Arco de Maguerz



Fonte: Lima (2016)

Segundo Brandão, Rocha e Silva (2013) o Arco de Maguerz (FIG. 8) apresenta as seguintes etapas:

1ª ETAPA - Observação da realidade e definição do problema: os alunos observam a realidade dos seus locais de prática e identificam “situações de risco” que interferem nos determinantes de saúde da população em questão. Juntamente com o professor, os alunos selecionam umas das situações e problematizam.

2ª ETAPA - Reflexão acerca dos possíveis fatores e determinantes maiores relacionados ao problema: definição de pontos-chaves do estudo, após uma reflexão e compreensão da complexidade e da multideterminação do problema em questão. Os pontos-chaves podem ser expressos de variadas formas, possibilitando a criatividade e flexibilidade nessa elaboração, após a compreensão do problema.

3ª ETAPA - Teorização: é o momento de construir respostas mais elaboradas para o problema. Os dados obtidos, registrados e tratados são analisados e discutidos; busca-se um sentido para eles, tendo sempre em vista o problema. Todo estudo, até a etapa da Teorização, deve servir de

base para a transformação da realidade.

4ª ETAPA - Hipóteses de solução: a criatividade e a originalidade devem ser bastante estimuladas para se pensar nas alternativas de solução. Os alunos aprendem com a realidade e a transformam.

5ª ETAPA - Aplicação à Realidade: etapa que possibilita o intervir, o exercitar, o manejar situações associadas à solução do problema. A aplicação permite fixar as soluções geradas e contempla o comprometimento dos alunos para voltarem para a mesma realidade, transformando-a em algum grau.

- **Aplicação do Método:** Utilizado para os alunos refletirem sobre os problemas de gestão, comunitários, sociais ou internos do serviço de saúde. Pode ser utilizada para intervenções individuais, como na formulação de Projeto Terapêutico Singular, ou comunitárias.
- **Período do Curso:** do 1º ao 4º período

3.1.2 Aprendizado baseado em projetos – ABP

A técnica de ABP propõe trabalhar com os estudantes promovendo a iniciativa própria a partir de questões e problemas do mundo real que sejam significativos. Implica a determinação de um modo de abordar os problemas e o estabelecimento de uma ação cooperativa em busca de soluções.

É um método sistemático de ensino-aprendizagem que envolve os alunos nas atividades de um projeto, com objetivos de adquirir conhecimentos e habilidades por meio de um processo de investigação estruturado em torno de questões complexas e autênticas, com planejamento cuidadoso dos produtos e tarefas. Nessa perspectiva o aluno é o centro do processo, que é caracterizado como processo ativo, cooperativo, integrado, interdisciplinar e orientado para a aprendizagem do discente.

O projeto deve ser elaborado previamente pelos professores, como se fosse uma espécie de roteiro da experiência de aprendizagem que os alunos enfrentarão. Deve partir de uma questão

norteadora, relevante para a vida dos estudantes, e que seja capaz de despertar interesse e motivação.

Segundo Bender (2015), duas características do ABP são essenciais para o sucesso da metodologia. A primeira é que o método esteja centrado sobre problemas do mundo real, aumentando a motivação dos alunos para participar ativamente dos projetos. A segunda característica em favor do ABP é que a maioria das tarefas é realizada coletivamente, exigindo um amplo trabalho cooperativo nas ações dos estudantes para resolução dos problemas, na formulação da solução e na maneira como essa solução é apresentada.

É importante ressaltar que, nessa metodologia, não cabe ao professor expor todo o conteúdo. São os próprios alunos que vão buscar e construir os conhecimentos necessários para atingir seus objetivos, contando com a orientação do educador. Sendo assim, o mesmo projeto realizado por grupos distintos pode chegar a resultados completamente diferentes e, inclusive, acrescentar aprendizados diferentes.

Diferente do Arco de Maguerez, onde através da observação o aluno encontra o “problema” a ser trabalhado, no APB os “problemas” são disparados pelo professor, que direciona o projeto, conforme os objetivos de aprendizado.

Na elaboração de atividades a partir do Aprendizado Baseado em Projetos destacam-se cinco princípios fundamentais, segundo Torres e Irala (2014, p. 79-80):

- 1) Tenha em mente o objetivo que se pretende alcançar com o projeto. Planeje o resultado a ser alcançado e apresente o projeto a seus alunos para que eles se motivem.
- 2) Elabore a “pergunta condutora” que apresenta o tema/problema de forma instigante. Essa pergunta deve ser aberta, provocativa, desafiadora e corresponder ao âmago da disciplina.
- 3) Planeje o desenvolvimento do projeto de acordo com a disciplina, considerando as necessidades do aluno.
- 4) Planeje os momentos de avaliação. Delineie os resultados esperados com o projeto e, na sequência, alinhe os produtos e desempenhos do projeto com esses resultados. Os produtos podem ser apresentações, trabalhos escritos, exposições ou outras atividades colaborativas, executadas durante o projeto e devem demonstrar que o aluno realmente aprendeu. Devem-se realizar avaliações de múltiplos produtos, de um determinado período. Esses produtos podem ser individuais ou em grupos. As atividades e os produtos devem ser planejados cuidadosamente. Cada atividade deve gerar informação e construir habilidades que resultarão em um produto.
- 5) Gerencie todo o processo. Apresente os objetivos do projeto para os alunos. Os alunos devem compartilhar suas reflexões e opiniões. Relembre a pergunta condutora aos alunos para manter o foco e a motivação. Estabeleça e cobre prazos, ofereça feedback quando necessário. Esclareça o caminho para os alunos. Os estudantes precisam

saber o que fazer e o que é importante saber.

Avalie o resultado do projeto e ajude os alunos a reconhecerem o que eles aprenderam.

- **Aplicação do Método:** Utilizada para aprendizado de Redes de Atenção, Funcionamento de equipes de saúde da Família, Adscrição de clientela, territorialização, estudos epidemiológicos dos locais de aprendizado, entre outros.
- **Período do curso:** 1º ao 4º período

3.2 Metodologias de ensino para competências clínicas

Para Borges et al. (2015), ensino clínico é definido como o ensino direcionado ao paciente e seus problemas e, geralmente, ocorre na presença deste, podendo acontecer em diversos cenários de ensino aprendizado. Para que se atinja um nível de qualidade satisfatória no ensino clínico é necessário tanto a diversificação dos cenários reais de prática como o desenvolvimento do corpo docente.

O ensino clínico em cenários reais de prática é um componente essencial da educação na área da saúde. Ele propicia a aplicação do conhecimento teórico e é um dos mais efetivos meios para o desenvolvimento de habilidades clínicas, comunicação, ética, atitude humanística e profissionalismo (BORGES et al., 2015, p. 250).

As competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) adquiridas ao longo do curso, tanto nos ambientes de prática como de teorias dos períodos pré clínicos devem ser mais bem sedimentadas, sob supervisão, durante os estágios de treinamento clínico nos serviços de APS, principalmente durante o internato (DEMARZO et al., 2011), integrando a capacidade de gerenciamento de casos clínicos, a prática da medicina baseada em evidências e o método clínico centrado na pessoa (MCCP). Alguns métodos de ensino clínico relacionados a esses propósitos podem ser o SNAPPS, o One-Minute Preceptor e o Agendamento em ondas, por exemplo.

Competências “não clínicas” como a habilidade de comunicação, o trabalho em equipe e de desenvolvimento de ações para promoção e proteção a saúde (SILVA et al., 2018) também devem ser mantidas através da vivência de todas as atividades da Estratégia de Saúde da Família, como as Visitas Domiciliares, Reuniões de Equipe, Atividades de Educação em Saúde e Abordagem Familiar.

3.2.1 SNAPPS

SNAPPS é um mnemônico para a apresentação de problemas/casos aos preceptores pelos aprendizes, que sumariza a apresentação dos casos de forma objetiva. Isso ajuda o aluno a organizar o aprendizado, a verbalizar de forma clara, otimizando o tempo do ambulatório. Baseado em Wolpaw T., Wolpaw D. e Papp (2013) podemos descrever as seis etapas da seguinte forma:

S (Summarize briefly history and exam finding): resuma a história e os achados do exame físico:

- Esse resumo pode variar de acordo com a complexidade do caso, mas não deve levar mais do que 50% do tempo total de discussão, geralmente não mais que 3 minutos. Devem ser incentivados a condensar as informações mais importantes e a utilizarem termos médicos.

N (Narrow the differential diagnosis to two or three relevant possibilities): resuma os diagnósticos em duas ou três possibilidades relevantes:

- O aprendiz verbaliza aqui o seu pensamento focando nas duas ou três principais hipóteses diagnósticas, em vez de focar nas raridades. Deve-se focar no motivo da doença estar em atividade, nas intervenções terapêuticas que podem ser feitas e nas estratégias preventivas.

A (Analyse the differential by comparing and contrasting the possibilities): Analize os diagnósticos diferenciais, compare e contraste as possibilidades:

- O aprendiz deve comparar e contrastar suas hipóteses julgando os achados que falam a favor ou contra cada possibilidade aventada. Comumente, o aprendiz combinará esse passo com o anterior. Esse processo permite que o aprendiz verbalize seu raciocínio e o preceptor deve estimular essa etapa para entender o nível de conhecimento do aprendiz e seu raciocínio clínico. Cabe ao preceptor criar um ambiente seguro para o aprendizado, estimulando o aluno a expor suas dúvidas, evitando atitudes negativas, como o deboche das conclusões dos discentes.

P (Probe the preceptor by asking questions about uncertainties, difficulties or alternative approaches): questione o preceptor, faça perguntas sobre dúvidas dificuldades de aprendizado ou abordagens alternativas:

- Esse é um momento precioso do processo, visto que o aprendiz deve explicitar

as suas dúvidas e dificuldades para que se consiga criar um ambiente de ensino direcionado a ele. Sendo assim, o professor deve ser entendido como uma fonte de consulta imediata aos problemas que estão sendo encontrados. A partir dos passos anteriores e dos questionamentos feitos aqui, o professor poderá determinar o que deve ser informado e discutido, e em qual nível de aprofundamento isso deve ser feito.

P (Plan management for patient's medical issues): Planeje o cuidado dos problemas do paciente:

- O aprendiz deve planejar e informar o manejo clínico dos problemas aventados, ficando o professor apenas como fonte de experiência. Conforme a exposição do aluno o professor definirá prováveis intervenções educacionais.

S (Select a case-related issue for self-directed learning): Selecione um aspecto do caso para servir de guia para seu auto estudo:

- Nesta etapa o aprendiz deve identificar suas necessidades de aprendizado, escolhendo apenas um ou dois tópicos pertinentes e relevantes. O professor pode auxiliar o aprendiz a selecionar o tema mais adequado para o autoaprendizado, criando questões norteadoras para o estudo. Os tópicos de estudo devem ser abordados oportunamente nos encontros seguintes.

É fundamental, portanto, que o preceptor estimule o aluno ao questionamento. Assim, ele deve solicitar que o aluno elabore uma hipótese diagnóstica, sugira diagnósticos diferenciais e proponha um plano de ação. Além disso, o aluno precisa ser estimulado a estudar o assunto visto no ambulatório o mais precoce possível. O ideal é que ele levante uma questão relevante sobre o caso, com o auxílio do preceptor, e tente fazer um estudo dirigido sobre esse tópico (WOLPAW T.; WOLPAW D.; PAPP, 2003).

Embora o elemento-chave do SNAPPS seja o paradigma centrado no aluno, ele serve para estruturar uma discussão interativa entre o professor e o aluno. O docente desempenha um papel fundamental ao se afastar da zona de conforto usual de instrutor como especialista para a nova zona de instrutor como facilitador. Posiciona o corpo docente e os alunos como parceiros no desenvolvimento de habilidades para o aprendizado ambulatorial.

- **Aplicação do Método:** Em consultas individuais dentro das UBS e nas visitas domiciliares.
- **Período do Curso:** períodos clínicos da graduação e residência médica

3.2.2 *One–Minute Preceptor (OMP)*

A base teórica deste modelo possibilita ao preceptor transmitir a seus alunos, em curto espaço de tempo e de maneira eficaz, valiosas informações médicas, ao mesmo tempo em que lhe permite melhor conhecimento das características do grupo de estudantes. Este modelo de ensino médico recebeu a denominação de Preceptoria em um Minuto (One-Minute Preceptor - OMP) e foi desenvolvido para ser usado quando um estudante ou residente, após avaliar um caso clínico, solicita auxílio de seu preceptor para a solução de um ou mais aspectos, estimulando o aprendiz a ordenar seus pensamentos acerca do problema a ser resolvido (SKARE, 2012).

O método envolve a elaboração de cinco etapas fundamentais em forma de questionamentos (denominados “microskills”, ou micro habilidades) descritas por Chemello, Manfrói e Machado (2009, p. 665) na seguinte ordem:

- Comprometimento com o caso: ajuda ao professor entender como este estudante interpreta o caso em questão. Logo após apresentação do caso faça perguntas abertas como:
 - ✓ "o que você acha que está acontecendo com o paciente?"
 - ✓ “qual a sua ideia sobre a conduta a ser tomada?"

Questões dessa ordem permitem que o estudante mostre sua interpretação do caso, ao mesmo tempo em que o incentiva a discutir sobre os principais aspectos do mesmo. Perguntas específicas ou comentários desestimulantes devem ser evitados, pois inibem a manifestação espontânea do aluno e limitam o espaço para futuras discussões.

- Busca de evidências concretas: questionar ao aluno, antes de expressar sua opinião de docente, os motivos que o levam a definir tal diagnóstico ou conduta. Faça perguntas aberta como:
 - ✓ “Por que você acha isso?”, ou
 - ✓ “O que mais você considera a respeito deste caso?"

Isso permite que o estudante expresse seu raciocínio clínico e conhecimentos vigentes. Desse modo o preceptor identifica o enfoque e profundidade que poderá dar ao caso (NEHER et al., 1992).

- Transmita regras de ensinamento gerais: iniciar com conhecimentos básicos e progredir com assuntos mais complexos conforme a aquisição de conhecimentos e habilidades pelos alunos.

Nesse momento introduzir o aprendizado de regras gerais ao invés de informações detalhada é importante, pois os aspectos básicos do aprendizado devem estar bem sedimentados (SKARE, 2012), isso incentiva o aluno a pesquisar e desenvolver o auto aprendizado.

- Enfatize o que está correto: mostrar ao estudante o que está correto, provendo-lhe feedback positivo, é uma excelente maneira de aumentar sua autoconfiança e estimulá-lo a buscar novos conhecimentos. O preceptor deve enfatizar o que foi feito de modo correto na apresentação do caso, ou na conduta com frases do tipo:
 - ✓ “vejo que sua capacidade de síntese melhorou em relação aos casos antes apresentados”, ou
 - ✓ “a escolha do tratamento apresentado me parece bastante adequado ao caso em questão”.
- Corrija o que está incorreto: corrigir erros é muito importante, mas é apenas uma parte do encontro de ensino e exige tato para ser eficaz (NEHER et al., 1992).

Os feedbacks devem ser construtivos, realizados assim que possível dentro do processo de discussão do caso, erros não corrigidos apropriadamente têm maior tendência a se repetirem. Sugestão de leituras específicas para discussões posteriores é uma excelente maneira de correção.

Segundo Chemello, Manfrói e Machado (2009), um dos erros mais comuns observados junto aos preceptores, especialmente os mais jovens e inexperientes, é que eles buscam transmitir o

maior número possível de informações em curto espaço de tempo. O modelo de OMP enfatiza exatamente o contrário, ou seja, a transmissão limitada de informações e sempre de acordo com os casos apresentados. Isto facilita o aprendizado dos alunos e os estimula a buscar novas fontes de pesquisas sobre determinado assunto. É um método de ensino que estimula mais o processo de autoaprendizado e o estudo em casa.

Conforme declarado por Neher et al. (1992), o modelo foca em alguns comportamentos de ensino relativamente simples que são facilmente executados. Por diminuir a necessidade de conferir "novos conhecimentos" para os aprendizes, este modelo ajuda alunos e preceptores a reconhecerem que têm muitas habilidades valiosas para oferecer.

- **Aplicação do Método:** consultas médicas individuais, visitas domiciliares.
- **Período do Curso:** períodos clínicos da graduação e residência médica.

3.2.3 “Agendamento em Ondas” de Ferenchick modificado

O Agendamento em ondas modificado é um sistema de ensino direcionado a ambulatórios, com o intuito de otimizar o funcionamento dos serviços, o aprendizado dos alunos, o trabalho dos preceptores e melhorar a atenção dispensada ao paciente.

Regan-Smith, Young e Keller (2002) descreveram um método de ensino ambulatorial no qual os pacientes são reservados em paralelo. Os pacientes são agendados em dobro, com um paciente agendado para o aprendiz enquanto, ao mesmo tempo, outro paciente está agendado para avaliação do preceptor. A quantidade de tempo alocada depende do nível de habilidade do aluno e da quantidade de tempo que o preceptor precisa para se sentir confiante na atuação do aluno.

O tempo do ambulatório é dividido em dois turnos, onde são agendados paciente de acompanhamento para o preceptor e 2 pacientes novos para os alunos. Os estudantes são divididos em 2 grupos. No primeiro momento, um grupo avalia sozinho um paciente novo e o outro acompanha o preceptor na avaliação de pacientes em retorno. Após terminar a história e o exame físico, o grupo com o paciente novo chama o preceptor e os alunos do segundo grupo para a apresentação do caso, longe do paciente, havendo um feedback entre o preceptor e os alunos. Após exposição do caso e feedback, eles retornam para a sala de exames juntamente

com o preceptor e os outros alunos, e na presença do paciente eles esclarecem dúvidas sobre a história e exame físico, finalizando com a discussão de prováveis diagnósticos diferenciais e condutas. Os grupos mudam de posição na metade do tempo do ambulatório. O número de pacientes novos e retornos dependerão do tempo de ambulatório e da prática tanto dos alunos, quanto dos preceptores. “Quando um paciente previamente visto como um novo paciente por um estudante retorna para acompanhamento, deve-se tomar o cuidado de designar o paciente que retornou ao mesmo aluno que o tinha visto em sua primeira consulta”. (REGAN-SMITH; YOUNG; KELLER, 2002).

- **Aplicação do Método:** Consultas médicas individuais dentro das UBS e ambulatórios de especialidades.
- **Período do Curso:** períodos clínicos da graduação

3.3 Métodos avaliativos

A avaliação é uma estratégia do sistema educacional utilizada para medir e/ou construir conhecimentos. No sistema educacional, durante muito tempo, a avaliação tem-se apresentado com um enfoque seletivo e classificatório. “Essa maneira de avaliar é vista de forma negativa pelo aluno, pois causa medo e ansiedade, além de servir como parâmetro para eliminá-lo nas diferentes etapas escolares.” (NASCIMENTO; GIMENIZ-PASCHOAL, 2008).

A fragilidade do processo de avaliação durante a graduação pode ser revelada pela ocorrência de vários insucessos na prática profissional e atribuídos às fragilidades da formação profissional, ou à presença de valores pessoais incompatíveis com uma postura ética e de responsabilidade social no exercício da profissão. Para Lima (2005) se a avaliação focalizar apenas os aspectos cognitivos (saber) e/ou as habilidades e destrezas (fazer), a inadequação desse processo estará mantida, uma vez que reduz e fragmenta a avaliação de competências em sua amplitude.

O uso dos métodos avaliativos vai muito além de se direcionar uma determinada metodologia, visto que, ao avaliar se considera não só as atividades executadas, e sim o discente como um todo. Esse aspecto holístico sobre o sujeito que aprende considera-o em seus aspectos cognitivos, psicológicos e sociais. Os princípios básicos da avaliação referem-se a um procedimento contínuo, sistemático e funcional com objetivo de orientar, mostrar os erros e ajudar a superá-los. Assim, pensar em avaliação de competências nos cenários de aprendizagem

da APS requer a escolha de instrumentos de avaliação que possam captar a complexidade do processo de ensino aprendizagem neste cenário (GUIMARÃES, 2019).

A avaliação é uma das atividades mais significativas e norteadoras do processo ensino-aprendizagem. Por isso, as estratégias utilizadas durante o processo avaliativo devem refletir o nível em que os alunos se encontram ou o que eles aprenderam. Nesses termos, a avaliação deve ser compreendida em três modalidades: diagnóstica, formativa e somativa. Cada uma dessas tem funções específicas, que se ligam umas às outras para garantir a eficácia do processo ensino-aprendizagem:

Cordeiro et al. (2017) classifica a avaliação a partir de três categorias, como dito anteriormente. A avaliação diagnóstica identifica os conhecimentos e habilidades dos alunos; a formativa é realizada de forma contínua, durante todo tempo, verificando assim se o aluno aprendeu. Por último, a avaliação somativa visa avaliar o aluno a fim de promovê-lo a outra série ou nível de aprendizado dentro de certa estrutura de organização do ensino. No conjunto das três modalidades deve-se destacar que a avaliação formativa visa o acompanhamento do progresso ao longo do processo de construção das práticas, oportunizando a correção das distorções observadas, possibilitando a análise da realidade, com a finalidade de refletir sobre a mesma na perspectiva de reconstrução da ação.

Outras formas de avaliação como a heteroavaliação, avaliação interpares e a autoavaliação, também são descritas. Sobre esses outros sistemas, a autora pondera que “[a] heteroavaliação é centrada na avaliação realizada meramente pelo professor, já a [b] avaliação interpares ocorre por grupos de colegas, assim como, a [c] autoavaliação é a própria avaliação do estudante acerca do seu desempenho”. (CORDEIRO et al., 2017, p. 72).

As avaliações servem para observar e medir o desenvolvimento do estudante no processo de aprender a aprender. Esse processo metarreferencial de aprendizagem pode se dar através da análise de problemas, da busca ativa de informações, da análise crítica das fontes das informações, do desenvolvimento de raciocínio clínico, da capacidade de integração de diversos conteúdos e sua aplicação. Avalia-se, ainda, as atitudes do estudante nas relações interpessoais (respeito, cooperação, comunicação, responsabilidade e avaliação).

Para Troncon et al. (2016) as avaliações devem ser programáticas, o que significa conter um

conjunto de ações diversificadas, mas coordenadas, que se desenvolvem em diferentes momentos e compõem um verdadeiro programa para cumprir, da melhor forma possível, as várias funções da avaliação do estudante.

Considera-se, essencialmente, que avaliar é emitir juízo de valor e, por isso, há sempre um caráter subjetivo envolvido na avaliação que, em vez de ser negado, deve ser controlado e bem utilizado. Para tanto, as informações válidas necessitam ser obtidas de diversas fontes e em diferentes situações. Os processos avaliativos devem também ser democraticamente discutidos para que os critérios sejam validados, revelando evidências que permitam analisar processos e produtos. Essa participação ativa e reflexiva nos processos de avaliação permite a tomada de decisões para a melhoria do processo ensino-aprendizagem e a verificação do grau de alcance das tarefas previamente estabelecidas (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2015).

É importante a participação dos alunos no processo de avaliação e do professor estruturar a aprendizagem de tal forma que permita a avaliação do processo. Para isso, é importante fazer avaliação das interações em grupo, estabelecer momentos de *feedback* constantes, proporcionar tempo para reflexão, e fazer avaliação do processo coletivamente, demonstrando satisfação pelos progressos realizados (TORRES; IRALA, 2014).

A seleção do método de avaliação deve ser feita levando-se em conta, prioritariamente, o “quê” deve ser avaliado e “para quê” avaliar. Deve-se, ainda, considerar que uma avaliação abrangente, incidindo sobre uma ampla variedade de competências, provavelmente irá requerer a aplicação de vários instrumentos e técnicas, cujos resultados se complementarão (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009).

3.3.1 Portfólio reflexivo

Para Vieira (2002) o portfólio reflexivo usado na educação constitui uma estratégia que procura atender à necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a relação ensino- aprendizagem, assegurando aos alunos e professores uma compreensão maior do que foi ensinado e, desse modo, índices mais elevados de qualidade.

O portfólio é realizado durante um período determinado, suscita reflexão do percurso num período do curso e o autodiagnóstico de sua evolução. Pode ser formado pelo consolidado dos

diversos trabalhos, atividades, reflexões e resumos de cada aula, assim como os rascunhos corrigidos pelo professor. A construção do portfólio permite a autorreflexão pelos alunos, além de investigação, pesquisa, leituras e habilidades de autoavaliação e regulação das próprias aprendizagens. É considerada uma ferramenta profícua para a avaliação ao permitir a análise processual do aluno através do que foi retratado e arquivado no portfólio (ALVARENGA; ARAÚJO, 2006; CORDEIRO et al., 2017).

Segundo Alvarenga e Araújo (2006) há alguns tipos de portfólio que podem ser adotados:

- **Display:** são utilizados para documentar as atividades executadas em campo de aprendizado. Por exemplo, fotos sem comentários documentam visualmente as atividades de aprendizagem, mas não o progresso ou o desenvolvimento do estudante. Tornam-se importantes, mesmo, no portfólio de trabalho, quando acompanhadas de comentários do professor e/ou do aluno, gerando avaliação diversificada.
- **Demonstração de trabalho:** é aquele que mostra os melhores trabalhos realizados pelo estudante. Pode ser escolhido pelo professor, pelo aluno ou por ambos, tendo como critério a melhor performance apresentada. Isso inclui a possibilidade de apresentar apenas trabalhos reescritos. No que tange ao último aspecto, é preciso esclarecer que, embora ofereça uma noção individualizada do desenvolvimento do estudante, a avaliação que se pode fazer não é muito precisa. Isso porque só se destaca o melhor do aluno, e quem não acompanhou o processo pode ter expectativas irreais sobre o desempenho. Também não oferecem informações que sirvam como guia para o cotidiano das atividades realizadas, nem informações de como o estudante chegou àquele desempenho.
- **Portfólio de trabalho:** demonstra o que ocorreu durante o processo de aprendizagem de fatos, conceitos, procedimentos, atitudes e/ou a sua aplicação nas tarefas propostas ou no cotidiano. Esse tipo de portfólio permite, tanto ao estudante como ao professor, uma visão clara do progresso, além de auxiliar na determinação de novos patamares a serem alcançados. É um tipo de portfólio excelente para as atividades em cenários reais de prática.

Guimarães (2019) cita o instrumento validado R.E.F.L.E.C.T. (WALD; BORKAN; TAYLOR, 2012) para a avaliação da capacidade reflexiva dos alunos na realização dos portfólios. Essa ferramenta possui cinco componentes: Espectro da escrita, presença do narrador, descrição de

conflito ou dilema, atenção às emoções e análise e construção de significado. Por meio de padrões estabelecidos pelo instrumento, cada componente é classificado em um dos quatro níveis reflexivos assim denominados: 1) Não reflexivo: Ação Habitual 2) Não reflexivo: Ação contemplativa 3) Reflexivo e 4) Criticamente reflexivo, conforme descritos no QUADRO 5.

Quadro 5 - Instrumento R.E.F.L.E.C.T.

CRITÉRIOS	NÍVEL			
	Ação habitual (Não reflexiva)	Introspecção ou ação contemplativa	Reflexão	Reflexão crítica
Qualidade da redação	Escrita descritiva superficial (relato de fatos, impressões superficiais) sem reflexão ou introspecção	Impressões e escrita descritiva elaboradas, mas sem reflexão	Escrita Reflete, indo além do relato ou da escrita descritiva (i.e., tenta entender, questionar, ou analisar o evento)	Exploração e crítica de suposições, valores, crenças e/ou preconceitos, e de consequências de ações (presentes ou futuras)
Presença	Sensação de que o autor está parcialmente presente	Sensação de que o autor está parcialmente presente	Sensação de que o autor está bastante ou totalmente presente	Sensação de que o autor está totalmente presente
Descrição do conflito ou do dilema desorientador	Nenhuma descrição do conflito, desafio, dilema desorientador ou do problema em questão	Descrição fraca ou ausente do conflito, desafio, dilema desorientador ou do problema em questão	Descrição do conflito, desafio, dilema desorientador ou do problema em questão	Descrição completa do conflito, desafio, dilema desorientador ou do problema em questão, incluindo múltiplas perspectivas, explorando explicações alternativas, e desafiando suposições
Atenção a emoções	Pouca ou nenhuma identificação ou atenção a emoções	Identificação das emoções, mas sem exploração ou atenção	Identificação, exploração e atenção a emoções	Identificação, exploração, atenção a emoções e aquisição de insight emocional
Análise e produção de sentido	Nenhuma análise ou produção de sentido	Análise ou produção de sentido insuficiente ou confusa	Pouca análise e produção de sentido	Análise ou produção de sentido abrangente

Fonte: Guimarães (2019)

Conforme o esquema, a classificação de reflexão crítica é atingida quando o relato no portfólio demonstra que o estudante fez uma reflexão crítica e explorou as múltiplas perspectivas do que foi relatado, apontando soluções para os dilemas ou problemas apresentados.

Os estudos de Driessen et al. (2005) e Cotta e Costa (2016) reforçam que capacitação e

treinamento do professor, estrutura e orientações do portfólio, número adequado de experiências oferecidas aos alunos e a avaliação dos portfólios são pontos chaves para o sucesso desse instrumento de ensino e certificação.

(...) caso não haja esse acompanhamento próximo, estaremos fadados ao fracasso. Como destacou Driessen (2017), sem orientação, os portfólios não têm futuro e são obstáculos burocráticos em um programa de educação baseado em competências (GUIMARÃES, 2019).

Os critérios de monitoramento dos portfólios podem ser definidos pelo professor. Nesse aspecto, Alvarenga e Araújo (2006) definem alguns critérios para a avaliação dos portfólios, sendo eles:

- Organização;
- Documentação e demonstração do conhecimento do aluno sobre o conteúdo desenvolvido. Presença de reflexões sobre os temas;
- Evidências que demonstrem como o progresso aconteceu;
- Demonstração do conhecimento obtido e sua aplicação;
- Reflexões do aluno com os indícios ou indicadores do progresso em aprendizagens factuais, conceituais, atitudinais e procedimentais.

Os portfolios podem ser estruturados para facilitar a avaliação somativa, como exemplo o portfólio do Internato de Atenção Integral à Saúde da UNFENAS-BH (ANEXO B). Cuidados especiais devem ser tomados ao associar o portfólio à nota integral da estratégia educacional, pois favorece o aparecimento da "corrupção de portfólios para fins de teste" descrito por Guimarães (2019) como a situação em que o aluno se preocupa em escrever o que ele acha ser o melhor para a sua nota e não o que viveu durante o aprendizado.

- **Aplicação do Método:** pode ser utilizado tanto como método para o ensino e/ou avaliação. Deve ser utilizado principalmente em situações de aprendizado em que o preceptor necessite avaliar a evolução do aluno e não está presente durante toda a atividade e principalmente em situações que exijam a autorreflexão.
- **Período do Curso:** todos os períodos

3.3.2 *Feedback*

O *feedback* na educação médica, também chamado devolutiva, é uma informação específica provida pelo professor com o objetivo de melhorar as habilidades do estudante (MAIA et al., 2018). Se a informação for capaz de causar mudança no padrão de desempenho observado, teremos um processo de aprendizagem (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007).

O *feedback* é uma ferramenta importante pois informa ao aluno a exata dimensão de como seu comportamento afeta diretamente seu desempenho, com capacidade para estimulá-lo a estudar, participar e colaborar com seus colegas. Para alcançar tal objetivo o *feedback* deve sempre ser positivo, imediato e referente a condutas e comportamentos, evitando-se julgamentos pessoais (FLORES, 2009; MAIA, 2018). A habilidade de dar e receber *feedback* com eficácia tem uma importância singular e se mostrou efetiva em melhorar o desempenho dos discentes nas tarefas acadêmicas (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007).

Para contribuir neste processo, os alunos devem ser encorajados e treinados para receber e realizar *feedback*, tanto em relação a si mesmos como aos colegas. Dessa forma, os alunos gradativamente constroem e praticam suas habilidades de observar, ouvir atentamente, perguntar e se expressar com clareza, elementos essenciais e indispensáveis também na relação com outros profissionais, pacientes e familiares.

Para a realização de um *feedback* eficaz (QUADRO 6) é necessário estabelecer um ambiente de ensino adequado e respeitoso, assegurar a privacidade dos alunos, evitar comentários sobre erros e vulnerabilidades perante os outros, ter o ensino como objetivo principal, haver clareza e objetividade na comunicação. O estabelecimento desse ambiente confortável permite certificar que o aluno entenda a devolutiva, baseando-se em observações diretas, evitando relatos de terceiros.

Quadro 6 - Passos para a realização do feedback

Passo 1: começar o <i>feedback</i> com a autoavaliação do estudante sobre o que ele fez de bom	A prática da reflexão é ponto-chave para o aprendizado. Iniciar a sessão com a autoavaliação do que foi feito é uma boa maneira de iniciar o <i>feedback</i> .
Passo 2: ratificar os comportamentos corretos observados	Primeiro, reforçar as boas práticas, o que foi observado de bom e exemplar. Isto é importante para a autoconfiança do aluno.
Passo 3: perguntar ao estudante o que ele poderia ter feito melhor	A maior parte dos estudantes tem discernimento sobre o que fez de errado e suas fragilidades. Ao se usar esse recurso, é o próprio aluno quem introduz os aspectos negativos de seu desempenho, tirando do professor a exclusividade de explicitar os pontos fracos do aprendiz.
Passo 4: apontar as mudanças necessárias	Concordar de forma apropriada com o que foi dito, adicionando desta vez o <i>feedback</i> corretivo, provendo exemplos corretos e sugestões de melhora.
Passo 5: concluir com um plano de ação	Estimule o estudante a gerar um plano de melhoras e aperfeiçoamento nos pontos necessários e agende um seguimento para checar os progressos alcançados.

Fonte: Maia et al. (2018)

- **Aplicação do Método:** o feedback é aplicado para melhorar o desempenho do aluno, direcionando para resultados mais efetivos no aprendizado. Deve ser usado em todos os cenários de prática.
- **Período do Curso:** todos os períodos

3.3.3 Miniexercício clínico avaliativo – MINI-CEX

O Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-Cex) é utilizado para avaliação de habilidades clínicas. É um instrumento de observação direta de desempenho, que permite ao professor avaliar o estudante enquanto este realiza uma consulta objetiva e rápida, focada em determinada necessidade do paciente. Sua principal característica é ser um instrumento de avaliação formativa e somativa, reproduzindo da maneira mais fiel possível a rotina do profissional em seu local de trabalho. Não interfere na rotina do serviço, conseguindo identificar e corrigir deficiências de desempenho (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009).

A descrição de Megale, Gontijo e Motta (2009) é de uma consulta focada na necessidade atual do paciente e de rápida duração, com tempo estimado entre 15 e 20 minutos. Uma avaliação Mini-Cex pode acontecer em vários ambientes, como uma enfermaria, um ambulatório, no alojamento conjunto de uma unidade neonatal ou numa UTI, podendo ser uma primeira consulta

ou uma consulta de seguimento. O Mini-cex também se aplica aos cenários de prática da APS que requeiram o atendimento individual do paciente. Durante o encontro do aluno com o paciente, o examinador observa e faz anotações em fichas padronizadas, oferecendo logo após o exercício avaliativo um *feedback* ao estudante, apontando-lhe as áreas em que foi bem avaliado e aquelas em que há necessidade de aperfeiçoamento. Para cada encontro, o professor anota a data, a complexidade do caso clínico, o gênero do paciente, o tipo de consulta, o local, o tempo em minutos gasto na consulta e o tempo do feedback.

Utilizando uma escala tipo Likert de 9 pontos – em que de 1 a 3 será considerado insatisfatório; 4, a 6, satisfatório; e 7 a 9, superior –, o professor avalia o interno nos seguintes quesitos: (a) habilidades na entrevista, (b) habilidades no exame físico, (c) qualidades humanísticas/profissionalismo, (d) raciocínio clínico, (e) habilidades de orientação, (f) organização/eficiência e (g) competência clínica geral. Para qualquer item, o professor poderá anotar “não aplicável”, se considerar que naquele quesito não há dados suficientes para uma correta avaliação. (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009).

Quadro 7 - Competências e Descritores avaliadas na aplicação do Mini-CEX

COMPETÊNCIA	DESCRITORES
HISTÓRIA CLÍNICA / ANAMNESE	Facilita ao paciente elaborar e contar sua história; Utiliza perguntas apropriadas para obter a informação exata, adequada; Responde adequadamente aos estímulos verbais e não verbais
EXAME FÍSICO	Segue uma sequência lógica e eficiente; Faz um exame direcionado / apropriado ao problema do paciente; Explica ao paciente; É sensível ao problema do paciente;
PROFISSIONALISMO	Mostra respeito, compaixão, empatia, estabelece confiança. Atende às necessidades do paciente de conforto, respeito, confidencialidade. Comporta-se de maneira ética, tendo consciência de enquadramentos jurídicos; É ciente de suas próprias limitações.
JULGAMENTO CLÍNICO	Faz o diagnóstico apropriado e formula um plano de gestão adequado; Solicita exames complementares adequados, de forma selecionada, considerando riscos e benefícios.
HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO	Explora a perspectiva do paciente; Linguagem adequada, sem jargões, aberta e honesta, empática; Combina plano de gestão / terapêutico com o paciente.
ORGANIZAÇÃO E EFICIÊNCIA	Estabelece prioridades; É oportuno e sucinto; Sintetiza.
CUIDADO CLÍNICO GLOBAL	Julgamento global baseado na avaliação das áreas acima.

Fonte: Norcini (2005)

- **Aplicação do Método:** atendimentos em UBS, ambulatórios especializados, atendimentos de urgência, consultas e internações domiciliares.
- **Período do Curso:** do 5º período ao Internato.

3.3.4 Avaliação Conceitual Itemizada

A avaliação Conceitual Itemizada é a atribuição do conceito global do estudante, é abrangente uma vez que, considera as impressões formadas a partir de uma variedade de situações às quais o estudante é exposto por determinado período de tempo. Devem ser previamente definidos as habilidades e atitudes que serão avaliadas, sendo essencial que os alunos saibam em que estão sendo observados e recebam *feedback* de seus resultados. Atribuir ao estudante um conceito global que identifique e explique seus pontos fortes e seus pontos fracos em relação às competências esperadas para aquele momento de formação representa um dos grandes desafios da avaliação nos cursos da área da saúde (GONTIJO; ALVIM; LIMA, 2015).

Com o objetivo de sistematizar a observação direta e traduzir a avaliação do professor em dados mais objetivos, criteriosamente referenciados, têm sido recomendados a elaboração de instrumentos estruturados (roteiros, formulários, questionários ou checklists), pois quando a competência clínica é avaliada pelos docentes por meio de um conceito subjetivo está sujeita a vieses. O uso de um instrumento bem delineado, contendo diversos itens, pontuados numa escala, oferece a vantagem de especificar o que deve ser avaliado, auxiliando os avaliadores a distinguir os diferentes níveis do desempenho (DOMINGUES, 2008).

Com esse método, os docentes podem expressar a percepção global do avaliado com relação a duas esferas distintas da competência, a técnica (habilidades) e a humanista (atitudes), utilizando categorias gerais, e não comportamentos específicos ou eventuais. Há fortes evidências de que a avaliação global possa ser uma alternativa viável e confiável na avaliação de estudantes de graduação no ambiente clínico (DOMINGUES, 2008).

Diversas faculdades de medicina têm construído instrumentos para realização da Avaliação Conceitual Itemizada, como exemplo o da UNIFENAS – BH (ANEXO C), onde os alunos são avaliados ao longo do estágio. Em linhas gerais, a distribuição de pontos por meio de um instrumento específico sinalizará aspectos relacionados ao desempenho que compreenderão habilidade de comunicação, profissionalismo, responsabilidade social, liderança, colaboração e

expertise técnica.

- **Aplicação do Método:** pode ser utilizado em todos os cenários de prática da APS, como atenção ambulatorial e de urgência, atenção domiciliar, ambientes de atividades administrativo-gerenciais e outras atividades comunitárias.
- **Período do Curso:** todos os períodos do curso e no internato.

3.3.5 Avaliação de Competências

Avaliar competências envolve a compreensão em plenitude do aprendiz pelo docente, pois atualmente, competência é descrita como um processo contínuo que, no contexto da saúde, envolve: habilidades cognitivas, psicomotoras, de comunicação, raciocínio clínico, capacidade de resolver problemas, tomada de decisões, e comportamento psicológico e social do aprendiz para se adaptar aos novos ambientes e condições. Esta avaliação não deve ter um caráter puramente somativo, pois ela é capaz de estimular no aprendiz: a autoavaliação, o raciocínio clínico, a consciência das atitudes, a percepção da infraestrutura e os recursos humanos, diagnósticos e terapêuticos disponíveis na instituição de saúde, tornando-o capaz de correlacionar esses fatores com o nível de atenção oferecido aos usuários dentro do sistema de saúde (MIRANDA; MAZZO; PEREIRA JUNIOR, 2018).

Para a avaliação de competências Gontijo, Alvim e Reis (2018) propõem um modelo integrativo (FIG. 9) não hierárquico e que representa os atributos a serem avaliados orbitando em torno da competência. O modelo sugerido leva a uma reflexão sobre a complexidade do processo avaliativo na formação médica. Nesse sentido, os autores reforçam que avaliar não se limita à verificação de capacidades de forma fragmentada e descontextualizada e aponta a necessidade de integrar os diversos atributos, em diferentes contextos na avaliação do desenvolvimento da competência, principalmente clínica.

Figura 9 - Modelo conceitual em átomo dos atributos da competência médica



Fonte: Gontijo, Alvim, Reis, 2018

As competências avaliadas, assim como em outras avaliações podem ser estruturada com instrumentos tipo “checklist” verificando diferentes subitens da competência em questão. As opções de resposta nestes instrumentos (ANEXO D) podem ser apresentadas de várias formas, como: “S”(sim) ou ‘N” (não); ou opções que indicam se a atividade foi exercida completamente (completa, parcial ou ausente) ou corretamente (total, parcial ou incorreta). Podem ser documentados o uso de checklist na avaliação de competências, dentro de uma matriz de competências, tais como cuidado com o paciente (história clínica, realizar exame físico e procedimentos) e habilidades nas relações interpessoais e de comunicação. Podem também ser usados para autoavaliação de aprendizagem baseada na prática. O desenvolvimento de um checklist requer consenso entre os avaliadores quanto ao comportamento esperado, ações a serem desenvolvidas, a seqüência e os critérios para avaliar o desempenho.

- **Aplicação do Método:** pode ser utilizado em todos os cenários de prática da APS, como atenção ambulatorial e de urgência, atenção domiciliar, ambientes de atividades administrativo-gerenciais e outras atividades comunitárias
- **Período do Curso:** todos os períodos

3.3.6 *Entrustable Professional Activity - EPAs*

Em 2005, foi introduzido pela primeira vez o conceito de Entrustable Professional Activity (EPA, do inglês em tradução livre “Atividade Profissional Confiável”) definido como uma atividade prática profissional que pode ser totalmente confiada a um estagiário, assim que ele

tenha demonstrado a competência necessária para executar esta atividade sem supervisão (CATE, 2005). Diferentemente das competências que são descritoras das qualidades pessoais do indivíduo (habilidade), as EPAs descrevem a tarefa que está sendo feita ou deve ser feita no local de trabalho (atividade). Competências e EPAs podem ser mapeados como duas dimensões de uma matriz, revelando quais competências um estagiário deve atingir antes de ser confiável para realizar uma EPA (QUADRO 8) sem supervisão (COSTA et al., 2018).

Quadro 8 - Modelo de EPA para a Competência Atenção à Saúde Individual (Continua)

EPAs realização de História Clínica

1. Reúna um histórico e faça um exame físico.
2. Documente um encontro clínico no prontuário do paciente.
3. Forneça uma apresentação oral de um encontro clínico.

EPAs centrais para Formulação de Hipóteses Diagnósticos e Priorização de Problemas

1. Priorize um diagnóstico diferencial após um encontro clínico.
2. Interpretar testes comuns de diagnóstico e rastreio.
3. Reconhecer um paciente que necessite de cuidados urgentes ou emergentes.

EPAs centrais para Promoção de Investigação Diagnóstica e Estabelecimento de Relação Profissional Ética

1. Recomenda testes comuns de diagnóstico e rastreio.
2. Digita e discute pedidos e prescrições.
3. Inicia cuidados urgentes ou emergentes.
4. Obtem o consentimento informado para testes e / ou procedimentos.
5. Realiza procedimentos gerais de um médico.

EPAs centrais para Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos

1. Colabora como membro de uma equipe interprofissional.
2. Formula perguntas clínicas e recupera evidências para avançar no atendimento ao paciente.
3. Identifica falhas do sistema e contribui para uma cultura de segurança e melhoria

Fonte: Adaptado de Meye et al. (2018)

O conceito da EPA reconceitualiza o desempenho no local de trabalho de maneira unificadora em todo o continuum da formação médica, ou seja, supõe-se que os EPAs sejam gradualmente alocados aos formandos, proporcionando uma trajetória de aprendizagem para a prática. Para Peter et al. (2019) este conceito baseia-se em três construções principais:

- 1) "Atividades Profissionais", ou seja, unidades autênticas de trabalho a serem realizadas por uma profissão.
- 2) "Níveis de Supervisão", ou seja, o nível de apoio que um formando precisa para realizar uma tarefa de forma segura e eficaz.

- 3) “Decisões de Atribuição”, ou seja, a atribuição de níveis de supervisão aos formandos para a realização de uma determinada atividade profissional.

Um dos problemas com a medição de competências, em vez de se concentrar nas atividades, é que a competência não prevê necessariamente o desempenho. Um formando pode parecer "competente" em um cenário de exame, mas apresentar um desempenho ruim no trabalho clínico diário. Com o objetivo de operacionalizar a educação médica baseada em competências é valioso especificar os atributos das EPAs. Olle Ten Cate (2005) coloca que tarefas apropriadas para uma EPA devem ser:

- observáveis,
- devem refletir uma ou mais competências a serem adquiridas
- deve exigir conhecimento, habilidade e atitude adequados, geralmente adquiridos por meio de treinamento;
- mensuráveis
- fazer parte dos processos de trabalho da profissão, em determinado contexto
- executáveis dentro de um determinado período de tempo
- independentemente executáveis
- adequadas para decisões de atribuição.

Assim, as EPAs podem ser consideradas como uma metodologia de avaliação que permite aos supervisores observar “desempenho” de um aprendiz executando o trabalho profissional em um ambiente autêntico e real, definindo o nível de proficiência do discente e qual nível de supervisão delegará ao discente para executar as tarefas solicitadas na próxima fase de treinamento, ou seja a confiança do supervisor nas ações do discente (QUADRO 9).

Quadro 9 - Prerrogativas relacionadas aos níveis de supervisão

(Continua)

Nível de Proficiência	Níveis de supervisão	Descrição
Tem cinhecimento	1	Estar presente e observar.
Pode agir sob supervisão	2	Atuar com supervisão proativa direta, ou seja, com supervisor fisicamente presente no local: a) realiza o ato, auxiliado pela supervisão, b) age sozinho, com o supervisor presente na sala, pronto para intervir se necessário.
Pode agir sob supervisão moderada	3	Agir com supervisão reativa indireta, ou seja, prontamente disponíveis a pedido por meio de telefonia e/ou modalidades eletrônicas, a) age com supervisor imediatamente disponível, sendo todas as decisões definidas em conjunto,

Quadro 9 - Prerrogativas relacionadas aos níveis de supervisão

(conclusão)

Nível de Proficiência	Níveis de supervisão	Descrição
Pode agir sob supervisão moderada	3	b) age com supervisor imediatamente disponível, porém as principais decisões definidas em conjunto, c) age com supervisor disponível à distância (por exemplo, por telefone), devendo revisar os achados e as decisões.
Pode agir de modo independente (com supervisão à distancia)	4	Agir com supervisão não imediatamente; disponível no local, mas com supervisão distante e vigilante.
Pode atuar como supervisor e instrutor	5	Fornecer supervisão de aprendizes mais inexperientes.

Fonte: Adaptado e Traduzido de Ten Cate O et al. (2015)

As EPAs definem atividades que requerem proficiência em várias competências simultaneamente, e são um foco mais adequado para avaliação de competências distintas, sendo independentemente executáveis, observáveis e mensuráveis no seu processo e resultado e, portanto, apropriadas para as decisões de avaliação e certificação.

- **Aplicação do Método:** Direcionado para ambientes reais de prática, onde demandem necessidade de confiança nos discentes para a realização de procedimentos, como ambientes de urgência ou atendimento clínico. Também pode ser utilizado para avaliar competências de gestão e educação
- **Período do Curso:** todos os períodos

3.4 Aplicação Comparativa entre os métodos de ensino aprendizagem

Em um exercício comparativo é preciso considerar não apenas as particularidades dos métodos aqui apresentados em relação ao momento da formação do aprendiz de medicina, mas, levando-se em consideração os aspectos ativo e criativo dos processos de ensino e aprendizagem, é necessário considerar também a pertinência de cada um dos métodos frente aos objetivos pretendidos para cada atividade, bem como as possibilidades de sua aplicação nos cenários reais (QUADRO 10).

Quadro 10 - Comparação entre os métodos de ensino utilizados nos cenários reais de prática do ensino médico

	Arco de Maguerez	Aprendiza do Baseado em Problemas	SNAPPS	One-Minute Preceptor	“Agendamen to em Ondas”
Aplicação	Projeto terapêutico singular e necessidades de reflexão sobre a atenção á saúde entre outros.	Funcionamento e estruturação dos Serviços de Saúde e suas Redes de Atenção	Atenção médica individual dentro ou fora dos ambientes médicos	Atenção médica individual dentro ou fora dos ambientes médicos	Atenção médica individual dentro dos ambientes médicos
Período	1º ao 4º período	1º ao 4º período	5º ao 8º período	5º período ao internato	Internato
Avaliação	Feedback Portfólio Avaliação Itemizada Avaliação de Competências	Feedback Portfólio Avaliação Itemizada Avaliação de Competências	Feedback, Mini-CEX EPAs Avaliação de Competências	Feedback, Mini-CEX Avaliação Itemizada EPAs Avaliação de Competências	Feedback, Mini-CEX EPAs Avaliação de Competências
Área da competência	Habilidades de Comunicação Profissionalismo Interface com os Sistema de Saúde	Habilidades de Comunicação Profissionalismo Interface com os Sistema de Saúde	Cuidado com paciente, Conhecimento médico, Habilidades prática, de comunicação e profissionalismo	Cuidado com paciente, Conhecimento médico, Habilidades prática, de comunicação e profissionalismo	Cuidado com paciente, Conhecimento médico, Habilidades prática de comunicação e profissionalismo

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino médico e em saúde vêm sofrendo modificações ao longo dos anos apresentando nas últimas décadas um deslocamento da transferência dos conhecimentos, metodologia considerada tradicional, para o uso de metodologias ativas, que coloca o aluno como o construtor de seu aprendizado. O que marca as posturas tradicionais ou inovadoras na educação é a concepção de aprendizagem, da produção de conhecimento que estas carregam através de seus recursos e métodos. Para alicerçarmos os conhecimentos teóricos, a prática é de fundamental importância pois tem o potencial de colocar o aluno no centro das atividades, reforçando o aprendizado significativo.

Com a deliberação das Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação em Medicina ao longo dos últimos anos houve um redirecionamento do ensino para a formação em serviços de saúde alocando novos cenários para o ensino médico. Com isso, os currículos tradicionais vêm sendo reestruturados com cenários de prática que favorecem a interação entre profissionais de saúde, usuários, estudantes e professores.

Os novos cenários de ensino, denominados Cenários Reais de Prática, enfatizam envolvimento do médico aprendiz no cotidiano dos serviços da Atenção Primária à Saúde. O resultado esperado a partir dessas mudanças é que o egresso construa uma compreensão ampliada de saúde e visão social, ao mesmo tempo em que melhora as condições de atenção à saúde. Na opinião de Laura Feuwerker, a busca de um modelo diferente do hospitalocêntrico que envolva a Rede de Serviços Públicos, mostra-se tarefa de enorme complexidade e o simples fato de uma faculdade instituir atividades no SUS não corresponde necessariamente a um aprendizado adequado.

Existem muitos desafios no ensino em cenários reais de prática relacionados principalmente à organização da integração entre escola e serviço. Estes desafios esbarram, por exemplo, na capacitação dos preceptores/professores destes ambientes para atuarem de modo sincrônico com as necessidades de ensino, da atenção à saúde e da gestão. Apesar dos desafios, o ensino em cenários reais de prática é um campo fértil ao aprendizado médico, por ser fidedigno a realidade de trabalho da maior parte dos egressos, por isso, uma abordagem educacional sólida é de fundamental importância. Nesse sentido, ferramentas educacionais que orientem professores/preceptores a planejarem suas aulas, ajudando-os a superarem as adversidades

próprias ao ambiente e otimizarem o aprendizado são relevantes.

Baseando-se nas Teorias de Aprendizagem Significativa e Sócio-Interacionistas diferentes estratégias de ensino em cenários reais de prática têm sido utilizadas pelas escolas médicas, mas com pouco respaldo científico sobre os métodos utilizados nos anos pré-clínicos. É importante que a estratégia de ensino/aprendizagem empregada alcance os objetivos educacionais e o conteúdo programático previsto no Projeto Pedagógico Curricular do curso, mas ficando a escolha do método a critério do docente e de sua familiaridade com as estratégias.

Esse manual não teve a intenção de esgotar todos os métodos de ensino em cenários de prática na Atenção Primária à Saúde, mas uma fonte de auxílio no planejamento das aulas nestes ambientes. Vislumbrando a possibilidade de maiores pesquisas em estratégias de ensino que abranjam especificidades do ambiente, como o aprendizado interdisciplinar e envolvimento com a gestão, exigidos pelas DCNs e não encontrados de forma objetiva na literatura.

REFERÊNCIAS

- ADLER, M. S; GALLIAN, D. M. C. Escola médica e Sistema Único de Saúde (SUS): criação do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil (UFSCar) sob perspectiva de docentes e estudantes. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 237-249, 2018.
- ALMEIDA-FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, Jun. 2011.
- ALVARENGA, G. M.; ARAUJO, Z. R. Portfólio: conceitos básicos e indicações para utilização. **Estudos em avaliação educacional**, São Paulo, v. 17, n. 33, p. 137-148, jan./abr. 2006.
- ANDERSON, M. I. P; DEMARZO, M. M. P; RODRIGUES, R. D. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 3, n. 11, p. 157-172, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Medicina: Avanços e Desafios. **Cadernos da Abem**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 7-19, out. 2015
- BENDER, W. N. **Aprendizagem baseada em projetos**: educação diferenciada para o século XXI. São Paulo: Penso Editora, 2015.
- BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 09-19, 1995.
- BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 1-9, 2004.
- BILLIG, S. Research on K-12 school-based service-learning: The evidence builds. **Phi Delta Kappan**, [S.l.], v. 81, n. 9, p. 658-664, 2000.
- BORGES, M. C. et al. Ensino clínico em cenários reais de prática. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 249-256, 2015.
- BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V.; SILVA, S. S. da. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: reorientando a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 573-577, 2013.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- BRASIL. **Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001**: Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial [da] República

Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública: construindo o COAP passo a passo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, 2014b.

CALDEIRA, E. S.; LEITE, M. T. S; RODRIGUES-NETO, J. F. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2011.

CARELLI, F. EURACT Statement on Family Medicine Undergraduate Teaching Euract: European Academy of Teachers In General Practice/Family Medicine. **The European journal of general practice**, London, v. 20, n. 3, p. 238-239, 2014

CATE, T., O. Entrustability of professional activities and competency- based training. **Medical Education**, [s/l], v.39, n.2, p. 1176-1177, 2005.

CHEMELLO, D.; MANFRÓI, W. C.; MACHADO, C. L. B. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptor em um minuto. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 33, n. 4, p. 664-669, 2009.

CHIARELLAI, Tatiana et al. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica The Pedagogy of Paulo Freire and Medical Education. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 418-25, 2015.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Trabalho conjunto consolida 3ª fase CINAEM. **Jornal da CINAEM**, Brasília, CINAEM, 2000.

CORDEIRO, G. N. et al. Métodos de avaliação no processo ensino aprendizagem numa escola do interior do Nordeste. **Diálogos Interdisciplinares**, Aquidauana, v. 6, n. 1, p. 68-85, 2017.

COSTA, L. B. et al. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.

COTTA, R. M. M.; COSTA, G. D. **Portfólio Reflexivo: método de ensino, aprendizagem e avaliação**. Ed: UFV, 2016.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 145-150, 2011.

DOMINGUES, R. C. L. **Conceito global para alunos de medicina em estagio clinico:**

comparação entre auto-avaliação, avaliação de docentes e pares. 2008. 244f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2008.

DRIESSEN, E. et al. Conditions for successful reflective use of portfolios in undergraduate **Medical Education**, Oxford, v. 39, n. 12, p. 1230-1235, 2005.

DRIESSEN, E.; TARTWIJK, J. V.; DORNAM, T. British medical journal. The self critical doctor: helping students become more reflective, **British medical journal**, London, v. 336, n. 7648, p. 827-830, Apr. 2008.

FRANCO, C. A. G. S.; CUBAS, M. R; FRANCO, R. S. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 221-230, 2014.

ENGESTRÖM, Y. Expansive learning at work: Toward an activity theoretical reconceptualization. **Journal of education and work**, Abingdon, v. 14, n. 1, p. 133-156, 2001.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Manual de avaliação do estudante:** cursos de Medicina e Enfermagem. Marília, 2015

FLORÊNCIO, P. C. de S. et al. **Concepções dos docentes do curso de graduação em enfermagem sobre o processo ensino aprendizagem nos cenários de prática.** 2015. 117f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas. Alagoas, 2015.

FLORES, A. M. O feedback como recurso para a motivação e avaliação da aprendizagem na educação a distância. [S.l.], 2009. Disponível em:< <http://www2.abed.org.br/congresso2009/CD/trabalhos/1552009182855.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2018.

FREITAS, L. S.; RIBEIRO, M. F.; BARATA, J. L. M. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, p.e-1949, 2018.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GOMES, A. P. et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 541-549, 2012.

GONTIJO, E. D. et al. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013.

GONTIJO, E. D.; ALVIM, C. G.; LIMA, M. E. C. C. Manual de avaliação da aprendizagem

no curso de graduação em Medicina. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 5, n. 1, p. 205-325, 2015.

GONTIJO, E. D.; ALVIM, C. G.; REIS, Z. S. N. O Desafio da Avaliação na Formação Médica por Competência. **Revista Internacional em Língua Portuguesa**, Lisboa, n. 33, p. 111-118, 2018.

GUIMARÃES, F. G. **Avaliação do uso de portfólio na educação médica em cenários da Atenção Primária à Saúde – uma contribuição do curso de medicina da Universidade José do Rosário Vellano**. 2019. 84f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família/ PROFSAÚDE) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019.

HUMMERS-PRADIER, E. et al. Series: The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 2. Results: Primary care management and community orientation1. **The European journal of general practice**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 42-50, 2010.

IRBY, D. M.; COOKE, M.; O'BRIEN, B. C. Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 85, n. 2, p. 220-227, Feb. 2010.

JÄRVILEHTO, L. O a priori pragmático de CI Lewis. **Cognitio-Estudos: revista eletrônica de filosofia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 96-102, 2009.

KNOWLES, M. S. et al. **The modern practice of adult education: from pedagogy to androgogy**. Cambridge: Cambridge Adult Education, 1980.

KOLB, D. A. **Experiential learning: experience as the source of learning and development**. New Jersey: Prentice Hall, 1984. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235701029_Experiential_Learning_Experienc_e_As_The_Source_Of_Learning_And_Development. Acesso em: 23 jan. 2019.

KUMAR, R.; BARATA, A. N.; FLOSS, M. Primary care education: medical student and young doctors' perspective from Brazil, India and Portugal. **Education for Primary Care**, [S.l.], v. 27, n. 5, p. 345-348, 2016.

LAMPERT, Jadete Barbosa et al. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 238f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, 2016.

MAIA, I. L. et al. Feedback Strategy Adapted for University Undergraduated

MCMENAMIN, R. et al. Training socially responsive health care graduates: Is service

learning an effective educational approach? **Medical Teacher**, London, v. 36, n. 4, p. 291- 307, 2014.

MEGALE, L.; GONTIJO, E. D.; MOTTA, J. A. C. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 166-175, 2009.

MELLO, C. de C. B.; ALVES, R. O.; LEMOS, S. M. A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 16, n. 6, p. 2015-2028, 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEYER, E. G. et al. Uniformed Services University of the Health Sciences The RIME Model Provides a Context for Entrustable Professional Activities Across Undergraduate Medical Education. **Academic medicine**, Philadelphia, v. 93, n. 6, p. 954, 2018.

MILLER, G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Academic medicine**, Philadelphia, v. 65, n. 9, p. S63-7, 1990.

MIRANDA, F. B. G.; MAZZO, A.; PEREIRA-JUNIOR, G. A. Construção e validação dos marcos de competências para formação do enfermeiro em urgências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. e3061, 2018.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. D. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 40, n. 3, 2015.

NASCIMENTO, E. N.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Estratégias de avaliação do aluno: uma análise de programas de ensino de cursos de fonoaudiologia. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 349-354, 2008.

NEHER, J. O. et al. A five-step “microskills” model of clinical teaching. **The Journal of the American Board of Family Practice**, Lexington, v. 5, n. 4, p. 419-424, Jul./Ago. 1992.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 262-70, 2009.

NORCINI, J. J. The mini clinical evaluation exercise (Mini-CEX). **The Clinical Teacher**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 25-30, 2005.

OSTERMAN, K. F.; KOTTKAMP, R. B. **ReflectivePractice for Educators: improving schooling through professional development**. Newbury Park: CorwinPress, 1993.

TOKASHIKI, C. S. **Análise de Processos de Avaliação e Acreditação de Escolas Médicas no Brasil e no Mundo: Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras (Relatório II)**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2013.

- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.
- PEREIRA, J. G. et al. Integração academia, serviço e comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em Medicina na atenção básica no município de São Paulo. **Mundo saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 99-107, 2009.
- REGAN-SMITH, M.; YOUNG, W. W.; KELLER, A. M. An efficient and effective teaching model for ambulatory education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 77, n. 7, p. 593-599, 2002.
- REGINALDO, C. C.; SHEID, N. J.; GÜLLICH, R. I. C. O ensino de ciências e a experimentação. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 9., 2012. Giruá, **Anais [...]**. Giruá. 2012, p. 1-13.
- RONCA, A. C. C. Teorias de ensino: a contribuição de David Ausubel. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 3, p. 91-95, 1994.
- RUESSELER, M.; WALCHER, F. Teaching in daily clinical practice: a necessary evil or an opportunity? Doctors as teachers. **European Journal of Trauma and Emergency Surgery**, Heidelberg, v. 37, n. 2, p. 203-205, 2011.
- SILVA, A. T. C. et al. Family Medicine from the First to the Sixth Year of Undergraduate Medical Training: Considerations on an Educational Proposal for School-Service Curricular Integration. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 191-200, 2018.
- SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 116-120, 2012.
- SKEFF, K. M. Enhancing teaching effectiveness and vitality in the ambulatory Student. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 29-36, 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 15 maio 2019.
- SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 679-686, 2017.
- STARFIELD, B. et al. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.
- STEWART, T.; WUBBENA, Z. An overview of infusing service-learning in medical education. **International Journal of Medical Education**, United Kingdom, v. 5, p.

147, 2014.

TANDETER, H. et al. A 'minimal core curriculum' for family medicine in undergraduate medical education: a European Delphi survey among EURACT representatives. **The European journal of general practice**, London v. 17, n. 4, p. 217-220, 2011.

TOKASHIKI, C. S. (Org). **Análise de Processos de Avaliação e Acreditação de Escolas Médicas no Brasil e no Mundo**. São Paulo: USP, 2013. Disponível em: http://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_94_relatoriopaemii.pdf. Acesso em: 23 abr. 2019.

TEN CATE, Olle. Entrustability of professional activities and competency-bases training. **Medical education**, Oxford, v. 39, n. 12, p. 1176-1177, 2005.

TORRES, P. L.; IRALA, E. A. F. Aprendizagem colaborativa: teoria e prática. In: _____. **Complexidade: redes e conexões na produção do conhecimento**. Curitiba: Senar, 2014. p. 61- 93.

TRONCON, L. E. de A. Estruturação de sistemas para avaliação programática do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 1, p. 30-42, 2016.

VASCONCELOS, R. N. de C.; RUIZ, E. M. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família–Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 4, p. 630-638, 2015.

VENTURELLI, J. **Educación médica: Nuevos enfoques, metas y métodos**. Washington: OPAS/OMS, 1997. (Série PALTEX Salud y Sociedad; n. 5, 2000).

VIEIRA, J. E. et al. Instalação da disciplina de atenção básica em saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 236-244, 2007

VIEIRA, R. M. de M.; PINTO, T. R.; MELO, L. P.de. Narrativas e memórias de docentes médicos sobre o ensino baseado na comunidade no sertão nordestino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 140-149, 2018.

VIEIRA, V. M. de O. Portfólio: uma proposta de avaliação como reconstrução do processo de aprendizagem. **ABRAPEE**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 149-153, 2002.

VILAGRA, S. M. B. W. **Elaboração de manual de estratégias de ensino para docentes de medicina**. Dissertação (Mestrado em Ensino da Saúde e do Meio Ambiente) - Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, 2012.

WALD, H. S.; BORKAN, J. M.; TAYLOR, J. S. Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the reflect rubric for assessing reflective writing. **Academic medicine**, Philadelphia, v. 87, n. 1, p. 41-50, Jan. 2012.

WOLPAW, T. M.; WOLPAW, D. R.; PAPP, K. K. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 78, n. 9, p. 893-898,

2003

YARDLEY, S.; TEUNISSEN, P. W.; DORNAN, T. Experiential learning: AMEE guide No. 63. **Medical teacher**, London, v. 34, n. 2, p. e102-e115, 2012.

ZANOLLI, M. B. et al. Internato Médico: diretrizes nacionais da ABEM para o internato no curso de graduação em medicina, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais. In: LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. (org.). **10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014. Disponível em: http://www.ufrgs.br/pediatria/conteudos-1/seminarios/subsidios-bibliograficos/documentos-basicos/Lampert_10_anos_das_diretrizes_curriculares_nacionais_dos_cursos_de_graduacao_em_medicina_2014.pdf. Acesso em: 13 maio 2018.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 176-179, 2007.

ANEXO A - Quadro de resumo da ABEM para o 2º capítulo da Diretriz Curriculas dos Cursos de Medicina 2014

Seção I – Área de Competência Atenção à Saúde – DCN-2014

Subáreas	Ações-Chave	Desempenhos	Descritores
Atenção às Necessidades Individuais de Saúde	1 – Identificação de Necessidades de Saúde	I – Realização da História Clínica	a) estabelecimento de relação profissional ética [...]; b) identificação de situações de emergência [...]; c) orientação do atendimento às necessidades de saúde [...]; d) utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico [...]; e) favorecimento da construção de vínculo [...]; f) identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos [...]; g) orientação e organização da anamnese [...]; h) investigação de sinais e sintomas [...]; i) registro [...] da anamnese no prontuário de forma clara e legível.
		II – Realização do Exame Físico	a) esclarecimento sobre os procedimentos [...]; b) cuidado [...] máximo com a segurança, privacidade e conforto; c) postura ética, respeitosa e destreza técnica [...]; d) esclarecimento, (...) sobre os sinais verificados [...].
		III – Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas	a) estabelecimento de hipóteses diagnósticas [...]; b) prognóstico [...]; c) informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada [...]; d) estabelecimento de oportunidades [...] para mediar conflito e [...] visões divergentes; e) compartilhamento do processo terapêutico (...) estabelecimento de hipóteses diagnósticas [...].
		IV – Promoção de Investigação Diagnóstica e Estabelecimento de Relação Profissional Ética	a) proposição e explicação [...] sobre a investigação diagnóstica [...]; b) solicitação de exames complementares [...]; c) avaliação singularizada [...] considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames; d) interpretação dos resultados [...]; e) registro e atualização no prontuário [...].
	2 – Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos	I – Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos	a) estabelecimento [...] de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de a) estabelecimento [...] de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; b) discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas; c) promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado; d) estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário; e) implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;

			<p>f) informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis;</p> <p>g) consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-a às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;</p> <p>h) atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida;</p> <p>i) exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.</p>
		<p>II – Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos</p>	<p>a) acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;</p> <p>b) favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;</p> <p>c) revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário;</p> <p>d) explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável;</p> <p>e) registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.</p>
Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva	<p>I – Investigação de Problemas de Saúde Coletiva</p>		<p>I – acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político e cultural, discriminações institucionais, socioeconômicas, ambientais e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde doença, assim como seu enfrentamento;</p> <p>II – relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos;</p> <p>III – estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.</p>
	<p>II – Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva</p>		<p>I – participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para a melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais;</p> <p>II – estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde;</p> <p>III – estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde;</p> <p>IV – promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas prioritários;</p> <p>V – participação na implementação de ações,</p>

			considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; VI – participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva
--	--	--	---

Seção II – Área de Competência Gestão em Saúde – DCN-2014

Ação-Chave	Desempenhos	Descritores
1 - Organização do Trabalho em Saúde	I – Identificação do Processo de Trabalho	<p>a) identificação da história da saúde, das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, dos princípios do SUS e de desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde;</p> <p>b) identificação de oportunidades e desafios na organização do trabalho nas redes de serviços de saúde, reconhecendo o conceito ampliado de saúde, no qual todos os cenários em que se produz saúde são ambientes relevantes e neles se deve assumir e propiciar compromissos com a qualidade, integralidade e continuidade da atenção;</p> <p>c) utilização de diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e do modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais;</p> <p>d) incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão e considerando-se, ainda, seus valores e crenças;</p> <p>e) trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde;</p> <p>f) participação na priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis;</p> <p>g) abertura para opiniões diferentes e respeito à diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde.</p>
	II – Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção	<p>a) 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, visando</p>

		<p>melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde;</p> <p>b) apoio à criatividade e à inovação na construção de planos de intervenção;</p> <p>c) participação na implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão, baseada em evidências científicas, na eficiência, na eficácia e na efetividade do trabalho em saúde;</p> <p>d) 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.</p>
2 - Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde	I – Gerenciamento do Cuidado em Saúde	<p>a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS;</p> <p>b) utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança;</p> <p>c) favorecimento da articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.</p>
	II – Monitoramento de Planos e Avaliação do Trabalho em Saúde	<p>a) participação em espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e sobre os planos de intervenção;</p> <p>b) monitoramento da realização de planos, identificando conquistas e dificuldades;</p> <p>c) avaliação do trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação; d) utilização dos resultados da avaliação para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante aprimoramento;</p> <p>e) formulação e recepção de críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho;</p> <p>f) 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.</p>

Seção III – Área de Competência de Educação em Saúde DCN-2014

Ações-Chave

Desempenho

<p>1 - Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva</p>	<p>I – estímulo à curiosidade e ao desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde II – identificação das necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um</p>
<p>2 - Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento</p>	<p>I – postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática II – escolha de estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas III – orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde IV – estímulo à construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada, participando da formação de futuros profissionais</p>
<p>3 - Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos</p>	<p>I – utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações II – 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, pessoa sob seus cuidados, famílias e responsáveis III – identificação da necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis IV – favorecimento ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade</p>

Fonte: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). 2015

ANEXO B - Portfólio – UNIFENAS BH

Orientações ao Aluno

Portfólio pode ser definido como o instrumento utilizado por um profissional para demonstrar seu trabalho. No Internato Médico da UNIFENAS-BH, a sua utilização permitirá ao aluno documentar seu processo de aprendizagem e refletir sobre as experiências vivenciadas durante este período.

O portfólio deverá conter registro de casos acompanhados, dos procedimentos realizados, das leituras realizadas, das impressões pessoais e dos sentimentos despertados nos alunos, além de espaço para o aluno autoavaliar-se periodicamente e registrar seu plano de desenvolvimento pessoal contendo objetivos individuais de aprendizagem.

- 1. Plano de Desenvolvimento Pessoal:** No início do estágio, o aluno deverá preencher a planilha do anexo II, listando os objetivos de aprendizagem individual, descrevendo a estratégia a ser utilizada para alcance destes objetivos, a forma de verificar se alcançou os objetivos. Escolha poucos objetivos (não recomendamos mais que 8) que sejam relevantes e factíveis para o estágio em curso. Escolha aqueles que você não quer sair do IAIS sem dominar bem! Consulte periodicamente seu PDP, cheque seus progressos e ajuste as estratégias sempre que necessário.
- 2. Análise de casos selecionados:** O interno deverá escolher, em cada módulo, 2 casos para uma análise detalhada. Esta análise deverá seguir o roteiro descrito no Anexo I e incluir
 - a. história e exame físico iniciais;
 - b. lista de problemas com hipóteses diagnósticas;
 - c. lista de diagnósticos diferenciais;
 - d. aspectos relacionados à prevenção (quando adequado);
 - e. aspectos sociais, éticos e legais (quando adequado);
 - f. percepção da doença pelo paciente;
 - g. dificuldades encontradas pelo interno no caso: eleja alguns poucos objetivos de aprendizagem que te ajudem a buscar na literatura as informações que complementem seu conhecimento e te ajudem a ter mais autonomia na próxima vez que atender o mesmo paciente ou pacientes com quadro semelhante.
 - h. plano de estudo para manejo do caso, coerente com os objetivos de aprendizagem que você elegeu, com a referência bibliográfica das fontes de estudo consultadas.
- 3. Reflexões temáticas.** Ao longo de cada módulo do estágio você deve selecionar um tema, entre os listados abaixo, e elaborar uma reflexão escrita e estruturada sobre eles. Eles representam algumas das situações especialmente desafiadoras da prática médica, para as quais devemos estar preparados, e também uma vivência gratificante. O objetivo

dessas reflexões é apendermos com essas experiências e nos aprimorarmos como pessoas e profissionais através delas.

Os temas propostos são

- conflitos com paciente ou familiar;
- conflitos entre membros da equipe de saúde;
- recusa de pacientes e/ou familiares em adotar o plano terapêutico proposto;
- pobre adesão de pacientes a planos terapêuticos;
- dificuldades e limitações do sistema de saúde;
- diferenças da abordagem de pacientes na atenção primária e secundária;
- comunicação de más notícias;
- terminalidade da vida e morte;
- encontros especialmente gratificante com um paciente;
- outra vivência que te levou à reflexão.

As reflexões **devem basear-se numa situação real vivenciada por você no IAIS**. Você deve descrever a vivência, explicar porque você a escolheu para o relato e explicar como ela te desafiou e contribuiu para seu crescimento pessoal e/ou profissional. Analise sua postura diante dela e registre se você gostaria de ter reagido a ela de forma diferente agora que se dedicou a analisá-la. **Essas reflexões substituem as reflexões semanais, que, neste estágio, não serão solicitadas no portfólio.**

O portfólio é um instrumento de desenvolvimento profissional no qual o diálogo é importante. Dessa forma, os professores vão, com o feedback, frequentemente fazer perguntas que, entre outras coisas, tem como finalidade incentivá-los a explorar mais profundamente as vivências. Respondê-las não é obrigatório, mas naturalmente é ação valorizada na avaliação!

4. Avaliação: Os portfólios serão avaliados **periodicamente** pelos professores do Internato. Ao final do Internato a nota total do portfólio terá o valor de 100 pontos.

A seguir os critérios de avaliação que serão utilizados pelos professores para compor a nota de seu portfólio.

Item	Critérios de avaliação	Pontuação
1- Planejamento de estudos individual (10 pontos)	<ul style="list-style-type: none"> • Elege objetivos coerentes com o estágio, incluindo habilidades cognitivas, de comunicação e atitudes; • Discrimina objetivos de aprendizagem específicos que possam ser avaliados objetivamente; • Analisa os progressos do PDP. 	5- Planejamento perfeito, sem falhas; 3 a 4- Planejamento suficiente; 1 a 2- Planejamento insuficiente; 0- Não realizado.

2- Reflexões temáticas (30 pontos)	<ul style="list-style-type: none"> • Descreve de forma clara e organizada a situação real vivenciada; • Justifica a escolha da vivência para a reflexão; • Explica de forma consistente como a vivência contribuiu para seu aperfeiçoamento pessoal e/ou profissional. 	5- Reflexões elaboradas que a superam as expectativas do professor; 3 a 4- Reflexões atendem as expectativas do professor; 1 a 2- Reflexões não contemplam as expectativas do professor; 0- Não realizado.
3- Estudo de casos (20 pontos cada)	<ul style="list-style-type: none"> • Justifica a escolha de caso para relato; • Registra casos clínicos de forma clara e organizada; • Aponta as dificuldades encontradas no caso e elege objetivos de aprendizagem; • Elaborar revisão bibliográfica coerente com os objetivos de aprendizagem eleitos; • Usa referências bibliográficas reconhecidas e atualizadas; • Ao final do relato, analisa criticamente as condutas adotadas, propondo mudanças na abordagem de futuros pacientes com problema semelhante, quando adequado. 	5- Caso sem falhas, com análise crítica que supera as expectativas do professor 3 a 4- Análise de caso que atende as expectativas do professor; 1 a 2- Análise de caso não contempla as expectativas do professor; 0- Não realizado.
4- Compreensão do texto (10 pontos)	<ul style="list-style-type: none"> • Respeita a norma culta da língua portuguesa em todas as etapas do portfólio; • Redige frases completas e organizadas; • Estrutura os períodos em sequência lógica e encadeamento. 	5- Ausência de erros. 3 a 4- Erros eventuais, que não comprometem a compreensão do texto; 1 a 2- Erros frequentes que tornam a compreensão do texto difícil; 0- Texto ilegível.
5- Diálogo com o professor (10 pontos)	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra-se aberto ao diálogo na forma de respostas às dúvidas e apontamentos do professor. 	Pontuação de acordo com o contexto dos relatos.

FORMULÁRIO PARA DESCRIÇÃO DOS CASOS SELECIONADOS

Portfólio

Interno (a): _____

Identificação do atendimento:

Data do atendimento: ___ / ___ / ___

Iniciais do paciente: _____ N. prontuário: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Estado conjugal: _____ Religião: _____

Profissão: (se aposentado, a ocupação principal que exerceu) _____

História Clínica:

Perfil psicológico e condições familiares:

Descrição da atividade ocupacional (quando adequado):

Aspectos relacionados à prevenção (quando adequado):

Aspectos sociais, éticos e legais (quando adequado):

Percepção da doença pelo paciente:

Exame clínico:

Hipóteses diagnósticas:**Conduta:**

Fatores dificultadores: Dificuldades encontradas pelo interno no caso (cite lacunas de conhecimentos técnicos que você visualizou, descreva os sentimentos que você experimentou durante a atividade e como eles interferiram na sua relação com o paciente, com o grupo, supervisores ou colegas). A partir das suas dificuldades, elabore objetivos de aprendizagem.

Plano de estudo para manejo do caso. Uma revisão da literatura que contemple os objetivos de aprendizagem que você elegeu, com a **referência bibliográfica** das fontes de estudo consultadas. Esse texto **deve ser de sua própria autoria** e ter, **no máximo, 1500 palavras**. Você pode também realizá-lo na forma de fluxograma ou mapa conceitual. O importante é contemplar seus objetivos.

Conclusão: O que você aprendeu de novo com esse caso? (cite aspectos que você percebeu que contradizem ou enriquecem sua visão anterior sobre o tema, conhecimentos técnicos que você adquiriu, novas percepções ou valores que você acha que desenvolveu. Analise se você mudaria a conduta após os estudos

ANEXO C - Critérios de avaliação conceitual itemizada – UNIFENA –BH

A avaliação do aluno deverá ser registrada em formulário próprio, registrando-se a nota que julgar apropriada em cada um dos atributos. Considere a escala de notas para realizar sua avaliação. Evite “contaminação” de um item sobre outro, bem como entre alunos. O conceito global será dado pela soma das avaliações em cada item.

Considere para a pontuação a seguinte escala:

- o aluno superou as expectativas de desempenho: 5;
- o aluno atingiu grande parte das expectativas: 3-4;
- o aluno atingiu algumas das expectativas: 1-2;
- o aluno não atingiu nenhuma das expectativas: 0.

Utilize o campo OBSERVAÇÕES para fazer comentários que julgar pertinentes à avaliação

ADEQUADO PARA O MOMENTO DE FORMAÇÃO				INSUFICIENTE PARA O MOMENTO DE FORMAÇÃO			SUPERIOR
0	1	2	3	4			5
QUALIDADE DA HISTÓRIA CLÍNICA E REGISTRO EM PRONTUÁRIO Colhe os dados de história clínica de forma competente, considerando seu momento de formação. Registra os relatos, normais e alterados, de forma organizada e legível.							
EXAME FÍSICO Demonstra delicadeza e respeito à intimidade do paciente durante a realização do exame clínico. Realiza o exame clínico e interpreta os achados de forma competente, considerando seu momento de formação. Registra os dados de forma completa, organizada e legível.							
CONHECIMENTO MÉDICO Ao longo do estágio, demonstra conhecimento crescente de fisiopatologia das doenças mais prevalentes na Atenção Primária, mesmo que tenha dificuldade em realizar julgamento clínico.							
JULGAMENTO CLÍNICO De forma crescente, integra os dados de história clínica e exame físico aos conhecimentos médicos, realizando diagnósticos coerentes e propondo exames complementares adequados. Apresenta crescente domínio de estratégias terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas. O registro de prontuário deixa claras as relações entre diagnósticos e plano de cuidados.							
SOLUÇÃO DE PROBLEMAS Envolve o paciente e familiares nas decisões propedêuticas e terapêuticas. De forma crescente, considera acesso, custos e benefícios de propostas propedêuticas e terapêuticas, prevendo possíveis riscos relacionados às intervenções propostas. Administra conflitos.							
HÁBITOS DE TRABALHO E ÉTICA Chega pontualmente e veste-se de maneira adequada às atividades propostas. Prepara-se adequadamente para as atividades propostas (estuda, traz material de estudo ou de apresentação quando solicitado). Preenche corretamente prescrições, pedidos de exame complementar, folhas de produção. Mantém sempre postura profissional. Não realiza comentários sobre pacientes, colegas ou funcionários de forma inadequada ou em ambiente inadequado.							
COMUNICAÇÃO E RELACIONAMENTO COM PACIENTES E FAMILIARES Realiza as consultas médicas centradas nos pacientes. Ouve pacientes e familiares evitando interrompê-los durante as consultas. Sempre oferece explicações com vocabulário acessível ao paciente e familiares, evitando o uso de jargões. Mostra-se disponível para esclarecer dúvidas que pacientes e familiares apresentem. Mostra respeito à autonomia dos pacientes em suas decisões. Respeita as dificuldades de pacientes e familiares (físicas e de compreensão) e busca alternativas para explicações e planejamento.							
CAPACIDADE DE AUTO-REFLEXÃO Assume responsabilidade por suas decisões e ações. Demonstra atitude positiva frente a críticas.							
PERCEPÇÃO DE CONTEXTO Demonstra respeito, atenção e sensibilidade aos sentimentos, necessidades de conforto e ajuda de pacientes, familiares e colegas.							

INTERAÇÃO COM OS DIFERENTES MEMBROS DA EQUIPE DE ASSISTÊNCIA: COLEGAS, SUPERVISORES DE ESTÁGIO, MEMBROS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E FUNCIONÁRIOS
Relaciona-se bem. Sempre pede orientação ao professor antes de discutir com pacientes e familiares as propostas

propedêuticas e terapêuticas. Não apresenta dificuldade em trabalhar em equipe, participando ativamente e contribuindo com atividades planejadas e executadas em grupo. Respeita erros e provê *feedback* adequado.

ANEXO E - Matriz de competências a serem desenvolvidas e avaliadas ao longo do estágio de atenção integral à saúde – UNIFENAS BH

Os objetivos de aprendizagem estão ordenados por competências, que podem ser definidas como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que se traduz em boa prática médica. Seus domínios centrais são:

A	Cuidado com paciente	B	Conhecimento médico	C	Habilidades práticas
D	Comunicação	E	Profissionalismo	F	Interface com o sistema de saúde

Nos quadros a seguir estão descritas as competências gerais que espera-se que você desenvolva ao longo do estágio, seus domínios centrais, os cenários mais favoráveis ao seu desenvolvimento e a forma através da qual você será avaliado quanto ao seu desenvolvimento.

As tabelas foram pensadas para que você, com a ajuda do feedback de seus supervisores, acompanhe o desenvolvimento de certas habilidades ao longo do estágio. Observando dificuldades, peça ajuda!

Matriz de Competências.

	Competência	Domínios centrais	Cenários	Avaliação
1	Realizar adequadamente entrevista médica e exame clínico.	A, B, C, D	AP, AS	ACI Portfólio
2	Reconhecer dados de exame clínico normais e alterados, interpretá-los e correlacioná-los aos dados de história clínica, elaborando hipóteses diagnósticas (sindrômicas e etiológicas) coerentes.	A, B, C	AP, AS	ACI Portfólio Av cognitiva
3	Citar e avaliar riscos, benefícios e acesso a recursos nas abordagens terapêuticas e propeleuticas.	A, B, E, F	AP, AS	ACI Portfólio Av cognitiva
4	Negociar com o paciente e sua família os processos de tomada de decisões clínicas.	A, D, E	AP, AS	ACI
5	Comunicar más notícias de forma adequada.	A, D	AP, AS	ACI
6	Reconhecer e tratar adequadamente pacientes em fase terminal, bem como abordar adequadamente seus familiares.	A, B, C, D, E	AP	ACI
7	Exercer o trabalho em equipe na assistência aos pacientes.	D, E	AP	ACI
8	Referenciar pacientes, de forma responsável, para atenção secundária e serviços de urgência/emergência.	E, F	AP	ACI
9	Interpretar e aplicar na sua prática o Código de Ética Médica brasileiro.	A, E	AP, AS	ACI Portfólio Av cognitiva
10	Registrar adequadamente dados clínicos em prontuário médico.	A, C	AP, AS	ACI
11	Elaborar adequadamente relatórios de referência e contrarreferência.	A, C	AP, AS	ACI
12	Preencher adequadamente formulários, como solicitação de exames complementares e de medicamentos especiais.	A, C	AP, AS	ACI
13	Elaborar adequadamente declarações e atestados médicos.	A, C	AP, AS	ACI Av cognitiva
14	Apresentar adequadamente casos clínicos, artigos científicos e outros recursos de interesse da prática médica .	C, D	AP, AS	ACI
15	Aplicar e interpretar os conceitos de incidência, prevalência, sensibilidade, especificidade, valor preditivo, risco relativo, razão de chances e níveis de evidência na tomada de decisões clínicas.	B, C, F	AT, AP, AS	ACI Av cognitiva
16	Relacionar estudos epidemiológicos à temática de pesquisas.	C, F	AT	ACI Av cognitiva
17	Identificar e relatar ações que expressem reconhecer a saúde como direito da cidadania.	A, E	AP	ACI Portfólio
18	Analisar criticamente o papel do médico no contexto em que atua.	A, E	AP, AS	ACI Portfólio

19	Reconhecer suas próprias dificuldades/limites de conhecimento e atuação e elaborar estratégias de superação.	A, E	AP, AS	Portfólio ACI
20	Identificar determinantes sociais nos processos de adoecimento.	B	AP, AS	ACI Av cognitiva
21	Analisar criticamente a história dos sistemas de saúde brasileiros, em especial do SUS.	F	AT, AP	ACI Av cognitiva Portfólio
22	Identificar os principais marcos legislativos do SUS.	F	AT	Av cognitiva
23	Realizar os procedimentos da tabela 1.	A, B, C	AP, AS	ACI
24	Abordar pacientes com os sinais, sintomas, síndromes e doenças listadas na tabela 2.	A, B, C	AP, AS, AT	ACI Av cognitiva
25	Realizar prevenção nos seus diferentes níveis: de primária a quaternária.	A, B, E, F		

AP: atenção primária; AS: atenção secundária; AT: atividades teóricas; ACI: avaliação conceitual itemizada; Av cognitiva: avaliação cognitiva (prova)

Tabela 1: lista de procedimentos com check-list para auto-avaliação do aluno.

	Qual minha autonomia para realizar os seguintes procedimentos? 0-não tive a oportunidade de realizar no IAIS. 1-não consigo realizar mesmo com supervisão. 2-consigo realizar desde que tenha a ajuda do supervisor (a). 3-consigo realizar bem sem a ajuda do supervisor (a). 4-consigo realizar sem ajuda e sou capaz de ensinar colegas a realizá-lo.	Semana 5	Semana 10	Semana 15	Semana 20
1	Aferir e interpretar PA em diferentes decúbitos.				
2	Correlacionar achados de ausculta cardíaca com doenças cardíacas.				
3	Calcular e interpretar risco cardiovascular global.				
4	Realizar e interpretar prova do laço.				
5	Preencher e avaliar cartão de pré-natal.				
6	Realizar exame ginecológico: inspeção, palpação e toque vaginal.				
7	Colher material para citopatologia oncológica do colo uterino.				
8	Medir útero-fita e correlacionar com idade gestacional.				
9	Auscultar batimentos cardíacos fetais com pnar e ...				
10	Calcular hidratação oral e venosa para lactentes, crianças, adultos e idosos.				
11	Prescrever insulino terapia inicial e ajustar doses quando necessário.				
12	Interpretar radiologia simples do tórax.				
13	Interpretar radiologia simples da coluna lombar.				
14	Elaborar genograma.				
15	Elaborar ecomapa.				
16	Classificar crises de broncoespasmo de acordo com a gravidade.				
17	Prescrever medicação inalatória para pacientes com broncoespasmo de acordo com sua gravidade.				
18	Reconhecer trabalho de parto.				
19	Indicar mamografia e ultrassonografia das mamas.				
20	Realizar e interpretar oroscopia e otoscopia em lactentes, crianças e adultos.				
21	Remover rolha de cerúmen.				
22	Realizar manobras de Dix-Hallpike e Epley.				
23	Realizar exame neurológico: equilíbrio, coordenação, marcha, força, sensibilidade, reflexos tendinosos, irritação meníngea.				
24	Realizar e interpretar teste de sensibilidade dos pés de pacientes diabéticos através de monofilamento.				
25	Reconhecer os estágios da dependência química (negação, contemplação, etc)				
26	Reconhecer, no ECG, ritmo, sinais de sobrecarga de câmaras e bloqueios de ramo.				
27	Descrever lesões de pele.				

28	Reconhecer indicações e contra-indicações de métodos contraceptivos: DIU e hormonais simples e combinados.				
29	Testar e interpretar os marcos do desenvolvimento infantil.				
30	Realizar avaliação nutricional e reconhecer alterações de peso (baixo peso/sobrepeso/obesidade).				

**ANEXO F - Pré-requisito para Residência De Medicina De Família E Comunidade
Conforme O “Currículo Baseado Em Competências para Medicina De
Família E Comunidade” da SBMFC**

Área	Competência	Pré requisito
Fundamentos	1 - Princípios da Medicina de Família e Comunidade	a - Conhece os fundamentos da Medicina de Família e Comunidade (Definição da WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians).
	2 - Princípios da Atenção Primária à Saúde	a - Conhece os fundamentos da Atenção Primária à Saúde tendo como referência os descritos por Barbara Starfield.
	3- Saúde Coletiva	a - Conhece a teoria das Concepções e Determinação Social do Processo Saúde-Doença b - Conhece os aspectos históricos da reforma sanitária brasileira. c - Conhece aspectos teóricos e práticos dos modelos de atenção à saúde utilizados em sistemas de saúde
	4 - Abordagem individual	a - Realiza o exame físico apropriado em um tempo adequado.
	5 - Abordagem Familiar	a - Conhece conceitos de abordagem familiar e as várias tipologias familiares. b- Conhece os ciclos vitais familiares. c - Conhece aspectos da violência familiar. d - Conhece os níveis de intervenção familiar.
	6 - Raciocínio Clínico	a - Sabe fazer bom uso das fontes de referência (diretrizes, livros, artigos, protocolos, portais na internet) para a tomada de decisão. b- Envolve apropriadamente outros recursos do sistema de saúde. c-Registra adequadamente utilizando o registro orientado por problemas. d-Reconhece as doenças mais frequentes. e-Constrói um pensamento apropriado para um diagnóstico diferencial congruente com o exame físico e a história. f-Considera a incerteza como parte do processo de raciocínio clínico g-Reconhece problemas agudos potencialmente fatais. h-Solicita judiciosamente exames complementares. i-Interpreta os resultados de exames pronta e corretamente. j-Desenvolve um plano de tratamento.
	7 - Habilidades de Comunicação	a-Explica o exame físico a ser realizado e pede consentimento.
	8 - Ética Médica e Bioética	a-Conhece os princípios básicos da bioética e da ética médica.
	9 - Habilidades frente a pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência .	a-Conhece os fundamentos da metodologia científica.
	10 - Trabalho em equipe multiprofissional.	a-Reconhece a importância do trabalho em equipe. b- Reconhece a complexidade do processo de saúde-adoecimento e a contribuição dos profissionais no manejo do cuidado.

Fonte: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015

Área	Competência	Pré requisito
Atenção à Saúde	1 - Abordagem a problemas gerais e inespecíficos.	a-Conhece o Método Clínico Centrado na Pessoa. b-Utiliza habilidades de comunicação básicas. c-Realiza abordagem centrada na pessoa para situações especiais (paciente agressivo, sedutor, manipulador, vulnerável, dependente, hiperdemandante, paranoide, controlador, não aderente). d-Conhece os conceitos de Medicina Baseada em Evidências e Prevenção Quaternária.
	2 - Abordagem a problemas infecciosos .	a-Conhece os sinais e sintomas das doenças infecciosas mais frequentes e relevantes.
	3 - Abordagem a problemas relacionados aos olhos e visão	a-Conhece a anatomia das estruturas.
	4 - Abordagem a problemas de saúde mental	a-Reconhece que o manejo de doenças mentais e do sofrimento psíquico é parte fundamental da atuação do Médico de Família e Comunidade. b-Percebe que existem famílias disfuncionais e que isso pode desencadear problemas de saúde de várias naturezas. c-Conhece as principais síndromes/doenças mentais na APS e seus critérios diagnósticos. d-Reconhece que, na escola, crianças e adolescentes podem manifestar problemas de ordem emocional. e-Conhece as principais opções farmacológicas para os diferentes transtornos mentais
	5 - Abordagem a problemas cardiovasculares.	a-Conhece os principais sinais e sintomas cardiovasculares: palpitação, cianose, dispneia, dor torácica, edema e sopro.
	6 - Abordagem a problemas dermatológicos	a-Conhece a anatomia, fisiologia e as lesões essenciais e domina os fundamentos da técnica cirúrgica.
	7 - Abordagem a problemas relacionados aos ouvidos, nariz e garganta	a-Conhece atividades preventivas relacionadas a câncer de orofaringe e déficit auditivo.
	8 - Abordagem a problemas relacionados aos rins e vias urinárias	a-Conhece fisiopatologia das doenças de rins e vias urinárias mais frequentes.
	9 - Abordagem a problemas musculoesqueléticos	a-Domina conhecimentos básicos de anatomia radiológica, identificando os padrões de normalidade e as alterações mais frequentes.
	10 - Cuidados Paliativos	a-Orienta a prevenção de úlceras de pressão/ decúbito.
	11 - Cuidado Domiciliar	a-Aceita o domicílio como espaço terapêutico.

	12 - Realização de procedimentos ambulatoriais	a-Demonstra conhecimento de técnica cirúrgica.
	13 - Atenção à saúde da criança e adolescente	a-Sabe utilizar gráficos de desenvolvimento pômdero-estatural b-Realiza anamnese e exame físico de crianças
	14 - Atenção à saúde do idoso.	a-Conhece da fisiologia e anatomia do envelhecimento.
	15 - Atenção à saúde da mulher.	a-Realiza anamnese e exame físico/ginecológico de mulheres em qualquer idade.
	16 - Atenção à sexualidade	a -Tem conhecimento adequado da biologia e fisiologia sexual.
	17 - Atenção ao ciclo gravídico- puerperal	a-Conhece indicadores epidemiológicos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal (mortalidade materna, neo-natal, gravidez na adolescência, etc.). b-Orienta e estimula o aleitamento materno. c- Demonstra conhecimento sobre fisiologia do ciclo menstrual. d-Demonstra conhecimentos sobre embriologia, anatomia, fisiologia e farmacologia relacionados ao ciclo gravídico puerperal.
	18 - Atenção à situações de violência e vulnerabilidade	a-Reconhece o impacto da violência como fator de risco para o desenvolvimento de outras comorbidades e como grave problema de saúde.
	19 - Atenção à saúde do trabalhador	a-Reconhece os impactos das condições de trabalho sobre a saúde das pessoas, famílias e comunidades. b-Consegue estabelecer nexos causal entre os problemas mais comuns de saúde do trabalhador.

Fonte: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015