



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

NATÁLIA MADUREIRA FERREIRA

O DESAFIO DA MUDANÇA: ANALISANDO A INTERVENÇÃO REALIZADA
NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UFU

CAMPINAS
2017

NATÁLIA MADUREIRA FERREIRA

O DESAFIO DA MUDANÇA: ANALISANDO A INTERVENÇÃO REALIZADA
NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UFU

*A CHANGE CHALLENGE: ANALYZING THE INTERVENTION
PERFORMED IN THE FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE RESIDENCY
AT UFU*

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde
Coletiva: Política e Gestão em Saúde. Área de Concentração:
Política, Gestão e Planejamento.

*Dissertation presented to the Faculty of Medical Sciences of the
State University of Campinas to obtain the title of Master in
Public Health: Health Policy and Management. Concentration
Area: Policy, Management and Planning*

ORIENTADOR: PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELA ALUNA NATALIA MADUREIRA FERREIRA E ORIENTADO
PELO PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

CAMPINAS
2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

Ferreira, Natália Madureira, 1985-
F413d O desafio da mudança : analisando a intervenção realizado na Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFU / Natália Madureira Ferreira. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Gustavo Tenório Cunha.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Medicina de família e comunidade. 2. Internato e residência. 3. Educação médica. I. Cunha, Gustavo Tenório. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: A change challenge : analyzing the intervention performed in the Family and Community Medicine Residency at UFU

Palavras-chave em inglês:

Family practice
Internship and residency
Education, Medical

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Gustavo Tenório Cunha
Augustus Tadeu Relo de Mattos
Daniele Pompei Sacardo

Data de defesa: 01-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

NATÁLIA MADUREIRA FERREIRA

ORIENTADOR: PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

MEMBROS:

1. PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

2. PROF. DR. AUGUSTUS TADEU RELO DE MATTOS

3. PROFA. DRA. DANIELE POMPEI SACARDO

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca
examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DATA: 01 de fevereiro de 2017

DEDICATÓRIA

JÁ FAZ TEMPO QUE ESCOLHI

*A luz que me abriu os olhos
para a dor dos deserdados
e os feridos de injustiça,
não me permite fechá-los
nunca mais, enquanto viva.
Mesmo que de asco ou fadiga
me disponha a não ver mais,
ainda que o medo costure
os meus olhos, já não posso
deixar de ver: a verdade
me tocou, com sua lâmina
de amor, o centro do ser.
Não se trata de escolher
entre cegueira e traição.
Mas entre ver e fazer
de conta que nada vi
ou dizer da dor que vejo
para ajudá-la a ter fim,
já faz tempo que escolhi.*

THIAGO DE MELLO *In Mormaço na Floresta, 1981*

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela sua generosidade infinita.

Ao meu marido pela presença constante e apoio silencioso.

À minha mãe por ser a segunda mãe do meu pequeno e permitir que eu continue estudando.

Ao meu pai pelo incentivo firme para me manter no foco.

Ao meu pequeno gafanhoto, que mesmo sem saber inspirou tanta mudança na minha vida – você é minha luz e alegria.

Ao meu queridíssimo orientador, por sua paciência, generosidade e compreensão.

Aos muitos educadores e amigos que eu tive, a minha história é uma teia da influência de vocês.

RESUMO

Um dos eixos centrais do Programa Mais Médicos para o Brasil prevê a reestruturação nas residências de Medicina de Família e Comunidade no país, de modo que elas estejam adequadas à nova legislação, sendo pré-requisito para as demais residências médicas do país. Essa alteração na legislação da formação médica preconiza a valorização da atenção básica e conseqüentemente da Estratégia de Saúde da Família como centro gestor do cuidado em saúde nas Redes de Atenção à Saúde. Associado a este movimento, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade lançou o currículo baseado em competências para o Médico de Família, onde consta as competências básicas, desejáveis e avançadas que o egresso deve dominar. Isto possibilita não somente que a Residência Medicina de Família seja a especialidade médica base das demais especialidades, mas qualifica esta residência, deixando claro quais são as competências esperadas deste profissional. Estas mudanças, torna necessário que os programas existentes se adequem, não somente para atingir as novas demandas legais, mas também para adaptar os seus programas de modo que estes estejam em consonância com o que se espera de um Médico de Família e Comunidade. Realizou-se neste trabalho um estudo de caso, analisando a experiência da Universidade Federal de Uberlândia e a metodologia utilizada na reforma curricular do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Para isto, foi realizado uma análise documental sobre o produto, atas e demais documentos construídos durante as três oficinas de reforma curricular executadas, além dos marcos regulatórios citados. A metodologia utilizada nestas oficinas engloba o Arco de Maguerez como estratégia problematizadora que dialoga com a Pedagogia Progressista de Paulo Freire, onde a prática pedagógica é crítica e reflexiva sendo um ato de transformação social. Durante as oficinas foram convidados residentes, gestor, preceptores e docentes e trabalhou-se com a matriz de planejamento estratégico Análise FOFA (Fortaleza, Oportunidade, Fraqueza e Ameaça), para realizar o diagnóstico situacional do programa, elencou-se os estágios a serem desenvolvidos,

bem como os princípios pedagógicos utilizados e as ferramentas avaliativas. Observou-se uma mudança significativa no programa da residência com envolvimento principalmente de preceptores e residentes engajados na implementação desta nova proposta. Os desafios encontrados foram parcialmente superados, porém ainda existem questões relacionadas principalmente à dinâmica ensino-serviço que precisa ser melhor estruturada para a efetivação do novo programa. O trabalho traz a análise das potências e limites do método utilizado na implantação de transformações curriculares bem como o efeito do contexto singular na implantação de uma política nacional de formação.

Palavras-Chave: Medicina de Família e Comunidade; Internato e Residência; Educação Médica

ABSTRACT

One of the central axes provided by the Program More Doctors to Brazil is the restructuring of Family and Community Medicine residencies in the country, so that they are appropriate to the new legislation, being a prerequisite for other medical residencies in the nation. This change in medical education legislation calls for the enhancement of primary care and consequently the family health strategy as care manager in the Health Care Networks. Associated to this movement, the Brazilian Society of Family and Community Medicine launched the curriculum based on skills for the GP, which contained the basic, desirable and advanced skills that the resident must master. This enables not only the residence of Family Medicine as the medical specialty base of other specialties, but qualifies this residence, making it clear what skills are expected of this professional. These changes make it necessary that existing programs are adapted; not only to meet the new legal requirements, but also to adjust their programs so that they are in line with what is expected of a GP. This work analyzes the experience of the Federal University of Uberlândia and the methodology used in the curriculum reform of the Residency Program of Family and Community Medicine. For this, we performed a documental analysis of the product, minutes and other documents built during the three workshops for curriculum reform implemented. The methodology used in these workshops includes the Arch of Magueres and strategic planning matrix SWOT Analysis, for which were invited resident, health system managers, tutors and teachers to jointly build the medical resident egress profile, the stages to be developed during the program and pedagogical principles used as well as evaluative tools. There was a significant change in the residency program, mainly involving preceptors and residents engaged in the implementation of this new proposal. The challenges encountered were partially overcome, but there are still issues related mainly to the teaching-service dynamics that needs to be better structured for the implementation of the new program. The work brings the analysis of the powers and limits of the method used in the

implementation of curricular transformations as well as the effect of the singular context in the implementation of a national training policy.

Key-Words: Family Practice; Internship and Residency; Medical Education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário em Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEREM – Comissão Estadual de Residência Médica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

COREME – Comissão de Residência Médica

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DESCO – Departamento de Saúde Coletiva

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FAMED – Faculdade de Medicina

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

MEC – Ministério da Educação

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MGFC – Medicina Geral de Família e Comunidade

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PET – SAUDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PRMFC – Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

**PROMED – Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos
Cursos de Medicina**

**Pró-Residência - Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos
Especialistas em Áreas Estratégicas**

**PRO – SAUDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação
Profissional em Saúde**

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SESU – Secretaria de Ensino Superior

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

VER – SUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Introdução	14
Os médicos no Brasil.....	14
Residência: um modelo de formação.....	21
O surgimento da Medicina de Família.....	24
A Medicina de Família no Brasil.....	26
O Impacto do Programa Mais Médicos para o Brasil.....	29
Objetivos	33
Percurso Metodológico	34
Capítulo 01 – Conhecendo o Caminho	38
Apresentação.....	38
Conhecendo a Transformação.....	42
Metodologia utilizada nas oficinas	44
Capítulo 02 – As mudanças no Percurso	
Da idéia para o papel	56
O Antigo e o Novo	66
Do papel para a realidade	73
Capítulo 03 – O que aprendemos	78
Referências Bibliográficas	82
Anexos	87
Anexo 01	87
Anexo 02	108

INTRODUÇÃO

Os médicos no Brasil

A característica do trabalho médico no Brasil vem mudando ao longo dos anos, entretanto, ainda falta bastante para alcançarmos uma formação médica que atenda às necessidades do Sistema Único de Saúde e da população brasileira. No ano de 2015 um importante documento caracterizou o trabalho médico no Brasil, o material intitulado Demografia Médica no Brasil, apresentou muitas contradições entre o que se deseja formar nas escolas médicas e a característica do egresso de medicina. O texto(1) analisa os registros médicos em todo o país e traz alguns dados importantes: O aumento expressivo do número absoluto de médicos no país nas últimas décadas ainda não foi acompanhado por uma distribuição ou à redução das desigualdades de acesso da população a esses profissionais.

Os profissionais ainda estão concentrados em capitais e regiões metropolitanas do Sudeste, Sul e Centro Oeste do país. Outro dado importante diz respeito à especialização, o número de médicos especialistas está aumentando (compreendendo aqui como especialista o médico que realizou prova de título para qualquer especialidade médica ou residência médica com obtenção de título). Cerca de 60% dos médicos brasileiros se especializaram em pelo menos uma especialidade, o que nos indica a importância crescente dada a uma continuidade do ensino de graduação. Além disso, chama a atenção o fato de que o número de especialistas do sudeste é equivalente à soma de todos os especialistas do Nordeste, Centro Oeste e Norte, deixando mais uma vez claro a concentração desta mão de obra qualificada em algumas regiões brasileiras.

Outra característica importante neste estudo diz respeito ao local de trabalho dos médicos, é praticamente a mesma quantidade de médicos a serviço do público e do privado, tanto na dedicação exclusiva como no grupo que atua nos dois setores. Entretanto, a população coberta exclusivamente

pelo SUS é três vezes maior do que aquela coberta pela saúde suplementar, mostrando a disparidade no acesso no usuário do SUS em comparação ao usuário do privado.

A tendência do médico brasileiro de favorecer as estruturas privadas também é apontada, seguindo as análises de estudos anteriores (2002, 2005 e 2009)(1), demonstrando claramente que apesar dos esforços realizados no sentido de modificar o perfil do médico egresso, as escolas médicas brasileiras são insuficientes para influenciar a opção do médico formado. Vale ressaltar que, apesar de se tratar de uma questão multifatorial, a opção pelo sistema público de saúde não tem encontrado resposta apenas no modelo de formação, sendo necessário a avaliação sobre a influência que a ideologia e os valores pessoais têm sobre esta escolha. Chama a atenção a opinião de 42% dos médicos que preferem trabalhar no setor privado ainda que, hipoteticamente, o setor público oferecesse as mesmas condições de trabalho e remuneração.

No Brasil a construção do Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição Federal de 1988, apesar de ter sido impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária em um contexto de redemocratização, ocorreu durante uma disputa ideológica com um favorecimento importante do projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas idealizadas pelos formuladores do SUS (2).

“Na luta ideológica pela construção da saúde como um valor público, há um retrocesso importante, no qual a saúde passa a ser vista como um bem de consumo e, mais do que isto, como um modelo de consumo caracterizado pela ausência da dor e do sofrimento, a busca inesgotável do prazer e da construção no próprio corpo de um padrão estético de beleza a ser atingido por meio de sucessivas intervenções (das tatuagens às cirurgias plásticas, passando pelas vitaminas e anabolizantes). Novamente, trata-se de um modelo social que prescinde de laços sociais, em que o outro se torna objeto e não é um sujeito que deva ser mais que tolerado, reconhecido como igual, ainda que diverso, em um processo de comunicação na esfera pública.”(2)

De acordo com a Fleury, durante o nascimento do SUS o processo de subjetivação (construção do sujeito político enquanto ator capaz de formular e conduzir transformações sociais) gera a superação do caráter de movimento vindo da sociedade civil como crítica ao Estado, por atores políticos que são parte da institucionalidade estatal. Nesta relação entre atores da sociedade civil e políticos existe uma desigual distribuição de recursos e poder, favorecendo gestores e corporações em detrimento do usuário cidadão. Esta fragilidade dos laços sociais em torno da concepção de saúde enquanto direito e do papel social do cidadão na garantia deste direito, são refletidas na indiferença ou até mesmo repulsa por parte de profissionais de saúde, em especial os médicos, deste cenário de trabalho.

Diferentemente do que aconteceu na Inglaterra, por exemplo, onde a criação do National Health System foi fruto de um pacto social alicerçado na crença de que a saúde é um direito inalienável do cidadão. O NHS surgiu em 1948, em uma sociedade fragilizada mas disciplinada pela Guerra e adaptada à austeridade, além disso, a ausência de um sistema de saúde organizado e a necessidade de um serviço de emergência eficaz e estruturado durante a II Guerra, permitiram que a população e os governantes pressionassem por mudanças estruturais mais dramáticas ao invés de realizarem pequenas reformas. (3)

Não só a maioria dos profissionais oriundos de universidades públicas se voltam para a iniciativa privada, como também trabalham em consultório. Se considerarmos que no ambiente do consultório privado, composto na maioria por especialistas, o médico mantém um excessivo controle e o poder sobre o seu processo de trabalho e também sobre as intervenções em saúde dos pacientes, dificultando em muito o gerenciamento do cuidado, trabalho em equipe e compartilhamento de decisões, características essenciais para o trabalho no SUS, o que torna essa preferência mais grave. O perfil de médico egresso no Brasil demonstra a fragilidade da formação médica brasileira, que não consegue, em absoluto, atender às demandas dos usuários do sistema público. Médicos que não

apresentam, em grande parte, habilidade e/ou desejo de trabalhar neste cenário, ainda que houvessem iguais condições de trabalho e salário.

“padrões demográficos, de morbidade e mortalidade tem se modificado; os médicos tem se revelado em geral incompetentes para monitorar os custos de suas decisões clínicas; os serviços de saúde tem falhado no atendimento das necessidades da população; o custo da assistência médica e hospitalar tem subido sem limites que possam ser visualizados, as forças de mercado que atuam na área da saúde tem distorcido a Medicina em direção ao comércio; especialistas tem sido preparados além das necessidades, enquanto aumenta a demanda por generalistas que não estão disponíveis; a prevenção das doenças é desvalorizada; tem crescido a percepção de que o médico como guardião da saúde e como parceiro no sofrimento é apenas um vestígio do passado. (4)

Essa colocação a princípio pessimista traçada pela Federação Mundial de Educação Médica em seu congresso de Edimburgo em 1993 é apresentada por Lima (4) como uma característica presente no Brasil ainda nos dias de hoje. Segundo o autor, é pensando neste contexto complexo e exigente que as escolas médicas devem pensar o seu processo de ensino-aprendizagem e inserir os seus egressos. É este o cenário que caracteriza o mercado de trabalho do jovem médico e as suas características como recém – formado tem se mostrado insuficientes para lidar com as necessidades complexas do Sistema Único de Saúde. Isso porque é essencial que todo processo de ensino-aprendizagem considere e estimule que o estudante tenha uma participação ativa no seu aprendizado. Não somente porque o ensino da graduação não é terminal, mas principalmente porque os conhecimentos adquiridos durante a graduação estarão superados pela metade apenas cinco anos após a formatura(4). Isso provoca a necessidade de um aperfeiçoamento constante por parte do médico e a essencialidade do mesmo ter pró-atividade sobre o seu processo de aprendizagem. O autor ainda aborda que as escolas médicas insistem e/ou tem dificuldade de incorporar algumas transformações essenciais para a construção do perfil do novo médico que o mercado de trabalho e o SUS exigem, uma vez que focam o processo de aprendizagem na aquisição de conhecimentos e não no desenvolvimento de competências

essenciais à prática clínica, impedindo que o mesmo forme uma idéia clara sobre que habilidades, atitudes e valores são de fato fundamentais.

Compreendendo a importância do papel da formação na transformação do perfil do egresso de medicina, o Ministério da Educação realizou algumas tentativas de estimular uma mudança nos currículos de graduação. Uma das mais importantes ações foram as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina que deixa clara a necessidade de incluir o Sistema Único de Saúde, principalmente a atenção básica na grade curricular desde o primeiro período do curso. Além disso, estabelece três eixos importantes para a formação dos jovens médicos: Atenção, Gestão e Educação em Saúde (5). Dentre as mudanças apresentadas por esta nova resolução, vale ressaltar a presença atitudes e valores expressos no âmbito da atenção como pensamento crítico, cuidado centrado na pessoa, promoção da equidade e habilidade de comunicação. Estes elementos valorizam aspectos que ficavam negligenciados no processo formativo e deixam claro quais as atitudes esperadas de um egresso.

Uma inovação apresentada neste documento é a introdução da gestão em saúde com habilidades como gestão do cuidado, trabalho em equipe, tomada de decisões com horizontalidade e participação social incorporando à formação a necessidade de diálogo com outros profissionais de saúde e compartilhamento de decisões. Porém, uma das mudanças mais centrais propostas nas novas diretrizes diz respeito à educação em saúde, na co-responsabilização do estudante pelo seu processo de aprendizagem e a necessidade de autonomia na busca pelo conhecimento. Este quesito redefine o papel do professor no processo educacional, de maneira que ele seja um facilitador ou mediador da aprendizagem, sendo necessário implementar novas tecnologias para gerar autonomia, pensamento crítico e principalmente consciência sobre a necessidade da educação continuada no futuro médico.

Outras estratégias também foram implementadas para fomentar a mudança na graduação. Destaca-se aqui iniciativas importantes como o PROMED, que no ano de 2002, dava fomento para uma cooperação técnica para reforma curricular e estágios na Atenção Básica. Em 2003 e 2004

observa-se o VER-SUS com proposta de vivências na realidade do SUS e o AprenderSUS com um curso de ativadores de mudanças. As políticas de Reorientação de Formação Profissional em Saúde iniciam-se em 2005 e 2006 com a institucionalização das mudanças curriculares através do PRO-SAUDE I investindo em integração ensino-serviço, atenção básica como cenário de prática e estímulo à atenção integral à saúde. Deu-se continuidade com o PRO-SAUDE II e o PET – SAUDE, nos anos de 2007 a 2010, e que tinham por objetivo a integração ensino-serviço-comunidade, capacitação docente, aprendizagem tutorial e a produção científica voltada para as necessidades do serviço (6).

Essas iniciativas visavam estimular de forma consistente as transformações curriculares e reorientar a forma como os médicos e outros profissionais de saúde eram lançados no mercado de trabalho. Ainda persiste, até o ano de 2016 o PET-SAUDE/GRADUASUS que são bolsas de fomento para estratégias de ensino para consolidar as transformações curriculares e a qualificação da integração ensino-serviço-comunidade. Medidas exitosas que tem trazido muita produção científica socialmente referenciada e auxiliado a implementar não somente mudanças nas estruturas curriculares mas na forma com que a aprendizagem se concretiza, conforme observado na IV Mostra de Experiências Exitosas na Atenção Básica, promovida pelo Ministério da Saúde em 2014 (7).

Apesar das estratégias por parte do governo de reorientar a característica e perfil do egresso de medicina, as mudanças efetivas ainda não são vislumbradas na prática. São poucos os médicos que fazem a opção pela Estratégia de Saúde da Família ou o trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, enquanto carreira. A presença dos médicos nestes dois cenários representa somente 23% do total de médicos que atuam no setor público (1), número bastante insuficiente para a efetivação da atenção primária como ordenadora do sistema de saúde. Países com sistema público universal e atenção básica forte como Canadá e Inglaterra utilizam políticas de estado, como regulação das vagas de residência ou eixo estrutural do processo formativo, para a ocupação dos cargos de médico de família no país.

Os especialistas em Medicina de Família e Comunidade somam 4022 médicos no Brasil e representam 1,2% do total de médicos existentes. A idade média dos médicos dessa especialidade é de 41,4 anos e muitos apresentam outra especialidade cadastrada(1). Se entendermos que existiam em dezembro de 2015 um total de 40.162 Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil (8) para um total de 4022 médicos especialistas podemos perceber o abismo entre as vagas de trabalho e a mão de obra qualificada para ocupar este cenário.

O que se percebe é que a atenção básica, tanto as Unidades Básicas de Saúde quanto as de Saúde da Família, ainda é vislumbrada como um espaço de trabalho para recém-formados enquanto aguardam o ingresso na residência de escolha, médicos de “segunda categoria” ou para médicos especialistas no final da carreira aguardando a aposentadoria. Em artigo publicado pelo BBC Brasil, a jornalista aponta a forma como os cursinhos de residência médica ilustram a especialidade de Medicina de Família e Comunidade, sempre de maneira jocosa e depreciativa, como “médicos inferiores” em seu material didático(9). São pouquíssimos os médicos que optam pela MFC como carreira. Quando analisamos a Medicina Preventiva e Social a situação é ainda mais alarmante: existem 1790 médicos especialistas cadastrados, representando 0,5% do total de médicos no Brasil. A idade média é de 53,3 com tempo médio de formado de 29,7 ano(1), indicando um envelhecimento da especialidade e uma diminuição no ingresso para esta residência.

Residência – Um modelo de formação

O processo de formação do médico não termina na sua formatura. É evidente que neste momento, legalmente, o profissional já está apto a exercer suas funções e a responder pelas suas escolhas e decisões, bastando para isso apenas concluir o registro de seu diploma no Conselho Regional de Medicina. Apesar disso, o médico compreende que sua formação ainda não está completa, a grande maioria dos profissionais ainda busca na especialização uma forma de concluir ou aprimorar os conhecimentos adquiridos durante a graduação.

A residência médica é uma modalidade da pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. É uma especialização em serviço, com caráter eminentemente prático e por este motivo ainda considerada o “padrão ouro” da especialização médica. Sua história se inicia em Baltimore, nos EUA, no Hospital Johns Hopkins em 1890. Conforme apontado por (10), as pessoas responsáveis pela sua idealização foram William Stewart Halsted (que criou o serviço de cirurgia) e William Osler (criador do serviço de medicina interna). Defendia-se então, que o aprendizado médico deveria ser edificado através da sua prática clínica. Os médicos residiam no prédio da administração do Hospital, tinham uma dedicação integral ao serviço e não havia um prazo pré-estabelecido para a conclusão da residência(11). Com o Relatório Flexner publicado em 1910, o Hospital John Hopkins foi consagrado como modelo de ensino, como consequência as financiadoras do ensino médico norte-americano passaram a adotar as orientações de Flexner e a mudar gradativamente o ensino e a prática médica no que hoje é denominado de modelo Biomédico de Atenção à Saúde. Este modelo, assim como o formato da residência médica como instrumento de especialização em serviço foi difundida em toda a América do Norte até a Segunda Guerra Mundial e para todo o restante da América Latina e do mundo após a Guerra.

No Brasil as primeiras residências foram implantadas em São Paulo (no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – USP) e no Rio de Janeiro (no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro) na década de 1940. Com a expansão, nas décadas de 1960 e 1970, dos serviços e escolas médicas, bem como as residências médicas tornou-se necessário a regulamentação desta forma de especialização. Como resultado da mobilização dos médicos residentes em 1977 houve a criação da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, através do decreto 80.281 de 5 de setembro de 1977, que regulamentava os programas e definia sua duração de um ano.

Em 1981, com a Lei no 6.732/1981,(12) a residência médica brasileira ganhou contornos definitivos, com duração de pelo menos dois anos. O nome “residência médica” passa a ser destinado exclusivamente para graduados em medicina e a conclusão de um programa graduado garante o título de especialista ao médico. Além disso, a lei ainda garante o direito a uma bolsa com valor mínimo definido e que todos os programas de residência médica deverão ser credenciados na Comissão Nacional de Residência Médica e atender aos pré-requisitos vigentes.

Em 1985 a CNRM passa a ser uma comissão assessora da Secretaria de Ensino Superior – SESU – do Ministério da Educação(13). Em 1987 a CNRM define a hierarquia de regulação, supervisão e avaliação das residências médicas no Brasil, estabelecendo a Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) e a Comissão de Residência Médica (COREME). As CEREMs são subordinadas à CNRM tendo como principal atribuição tratar dos assuntos da Residência Médica nos estados, facilitando o trânsito de informações e o controle dos programas, além de ouvir e compreender as especificidades de cada unidade da federação. A COREME representa a unidade institucional de controle e desenvolvimento dos programas de residência. Importante ressaltar que em todos os níveis de controle e regulação deve haver participação das diferentes partes que compõem a pós-graduação (residentes, supervisores e preceptores)(14).

O decreto 7.562 de 15 de setembro de 2011(15) dispõe sobre o papel de regulação, avaliação e supervisão das instituições que ofertam residência médicas no país. Explicita que a residência não pode ser

compreendida apenas como processo educacional, reconhecendo e valorizando o papel do trabalho na formação profissional.

É indiscutível o papel que a residência médica apresenta hoje e seu impacto na formação e qualificação da mão-de-obra médica existente. Como apontado por Fuerwecker abaixo:

“[...] é no processo de especialização, no treinamento prático que a residência propicia, que se dá a verdadeira “iniciação profissional” do médico. Tanto que, para a inserção no mercado de trabalho, é mais importante e significativa a instituição onde médicos fizeram seu processo de especialização do que a escola médica de origem.” (16)

Importante mencionar todos os avanços possibilitados pelo Pró-Residência - Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – lançado pelo Ministério da Saúde e da Educação no ano de 2010 com o objetivo de impulsionar a formação de especialistas em áreas estratégicas definidas pelo SUS, com a criação de vagas de Residência Médica. Com este programa, o Ministério da Saúde passa também a financiar bolsas de residência, antes responsabilidade apenas do Ministério da Educação, para áreas estratégicas prioritárias como Norte, Nordeste e Centro-Oeste. (17)

O surgimento da Medicina de Família

O surgimento da Medicina de Família como especialidade possui várias origens diferentes, de acordo com o contexto histórico analisado. Percebe-se, entretanto que sua primeira aparição remonta de 1700, onde explora o surgimento do Clínico Geral a partir de uma crise de apotecários ingleses que praticavam medicina, perpassando a agregação ao trabalho médico o parto em 1740 até o surgimento do College General Practitioners em 1952, conforme apresentado no *Oxford Textbook of Primary Care* (18).

Outra versão, mais condizente com a Medicina da Família e Comunidade, afirma que no final do século XVIII e início do século XIX, com a introdução do pensamento científico e sistematização dos mecanismos de adoecimento, há uma descrença na terapêutica convencional da utilização de drogas como cura de enfermidades, conhecido como niilismo terapêutico. Os niilistas influenciaram fortemente os ensinamentos acadêmicos da época, desacreditando por completo a terapêutica e centrando a ação do médico na aglutinação de conhecimentos acerca do funcionamento do corpo humano ao invés de curá-lo. Em contrapartida ao niilismo da academia, surgiu, no final do século XIX na Inglaterra, um movimento de médicos clínicos gerais, que preconizava a abordagem do paciente enquanto pessoa. Este movimento de clínicos gerais mantinha uma postura proximidade do paciente durante o período de doença, de onde surgiu a terminologia de “médico de cabeceira” (19).

Ao término da Segunda Guerra Mundial, há uma preocupação mundial de reorganizar os sistemas de saúde, tendo como marco a Inglaterra e a criação do National Health System, que se organiza com bases na territorialização e adstrição de pacientes tendo no General Practitioner (GP) o centro do cuidado de uma população de cerca de 3000 pessoas. Desta maneira, iniciam-se as atividades de delimitação de responsabilidades, prevenção e controle de doenças (19).

A falência do modelo flexneriano se acentua em 1978 na Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS/UNICEF, com participação de

178 países, tendo como lema “Saúde para todos no ano 2000”, e que em seu relatório recomenda princípios fundamentais a serem implementados com equidade, para melhorar a saúde das populações pobres do planeta. Cria-se aí a necessidade de profissionais especificamente formados, com uma visão integradora, para atuar essencialmente no primeiro nível de assistência à saúde, num trabalho que tradicionalmente era desvalorizado, mas que a partir das recomendações da Conferência de Alma-Ata e da Organização Mundial da Saúde, começou a ser concebido como peça chave dos sistemas nacionais de saúde.(20)

Medicina da Família no Brasil

A III Conferência Nacional de Saúde, em 1963 inicia no Brasil as primeiras ideias de municipalização dos serviços de saúde. Além disso, algumas iniciativas da sociedade civil organizada e do Ministério da Saúde apontam para a formulação de políticas de descentralização das ações e serviços de saúde. Entretanto, devido ao contexto político vigente na época, de centralização do poder durante a ditadura, estas ideias são abandonadas.

Na primeira metade da década de 1970, já com apontamentos de abertura política, ocorre a implantação de atendimentos básicos de saúde para populações pobres de áreas urbanas ou moradores de zona rural sem acesso aos serviços de saúde. Buscava-se a integração de ações preventivas e curativas com ênfase em visitas domiciliares, trabalho de campo, saneamento, reuniões e ações educativas, com a denominada medicina comunitária. No mesmo período, em alguns núcleos começam a surgir programas de especialização médica inspirados no modelo inglês no General Practitioner e o Family Physician americano. Surge então, em 1976 os primeiros programas de residência médica do país em Porto Alegre com o Centro de Saúde Murialdo, no Rio de Janeiro na Universidade Estadual do Rio de Janeiro e em Vitória de Santa Antão. Em 1980 inicia-se a residência em Medicina Geral do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, que posteriormente daria origem ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

Em 1981, a CNRM estabelece as primeiras regulamentações das Residências Médicas do país, sendo a Residência de Medicina Geral e Comunitária regulamentada neste mesmo ano. Neste mesmo ano a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade é criada, ainda sob o nome de Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (19). É somente após a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, que o Brasil passa a preocupar-se efetivamente com a implementação da Atenção Básica em Saúde e com a estruturação do Programa de Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família, iniciada no Brasil em 1994, vem como alternativa à atenção meramente curativa que se entendia por saúde até

a sua reformulação na constituição de 1988 e a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde de 1990, decorrente da Reforma Sanitária. Esta proposta, além da descentralização da atenção que facilitaria o acesso dos indivíduos e possibilitaria uma gerência de saúde mais adequada ao contexto de cada comunidade atendida, com conseqüente melhoria qualitativa, se insere no nível da atenção básica, buscando promover a qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. (21)

De maneira geral, observar as conseqüências proporcionadas por uma nova proposta de intervenção nas condições de vida da população, tais como mudanças no modelo de assistência, oferta de novos serviços, incentivo à participação e organização comunitária, entre outros, adquire grande relevância, visto que as transformações estruturais, conceituais e práticas conseqüentes envolvem condições primárias de sobrevivência, como é o caso da assistência básica à saúde. Qualquer aspecto relativo à saúde, por sua importância inerente ao ser humano, tem, portanto, relevância social. A estratégia de prevenção e promoção da saúde propostas pelo Programa de Saúde da Família – PSF estaria voltada não apenas para a atenção pontual, mas também para as condições de vida da população, tendo em vista a amplitude do conceito de saúde atualmente aceito.

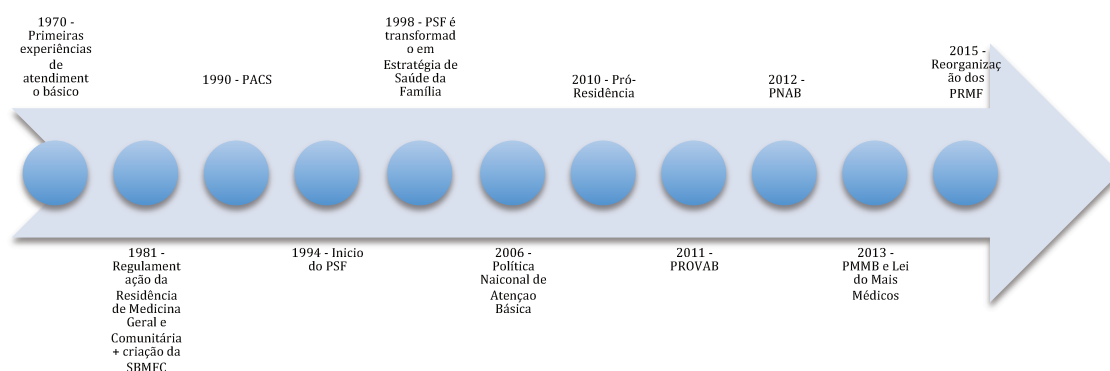
Uma das bases para a concepção do PSF foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS que se iniciou em 1990, com repercussão significativa, principalmente na região nordeste. Foi, então, no contexto nacional de experiências pioneiras que vinham sendo desenvolvidas em municípios brasileiros, que foram elaboradas as diretrizes nacionais para implantação do Programa Saúde da Família. No contexto internacional, a consolidação de sistemas nacionais baseados em Atenção Primária à Saúde (APS) em países como Canadá, Cuba e Reino Unido, entre outros, serviam de estímulo ao avanço da discussão. Em 1993, então, o Ministério da Saúde reuniu um grupo de profissionais com experiência em saúde comunitária, para finalmente, ser lançado, em 1994, o Programa de Saúde da Família como a nova estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde.

Apesar de ser regido por diretrizes normativas, com objetivos e operações claramente definidos, o PSF traz resultados que extrapolam o nível da atenção primária e repercutem sobre a dinâmica e o funcionamento do sistema de saúde como um todo, quando implantado adequadamente.(21)

O PSF reconhece que a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao modelo vigente, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer a assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais. Para um modelo assistencial centrado no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves/leve-duras, com a "produção do cuidado" entendido enquanto ações de Acolhimento, Vínculo, Autonomização e Resolução (54). No contexto do SUS, o PSF incorpora as bases conceituais presentes na Vigilância da Saúde, que incluem o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos como estratégia de promoção da saúde. (21)

O Impacto do Programa Mais Médicos para o Brasil – PMMB

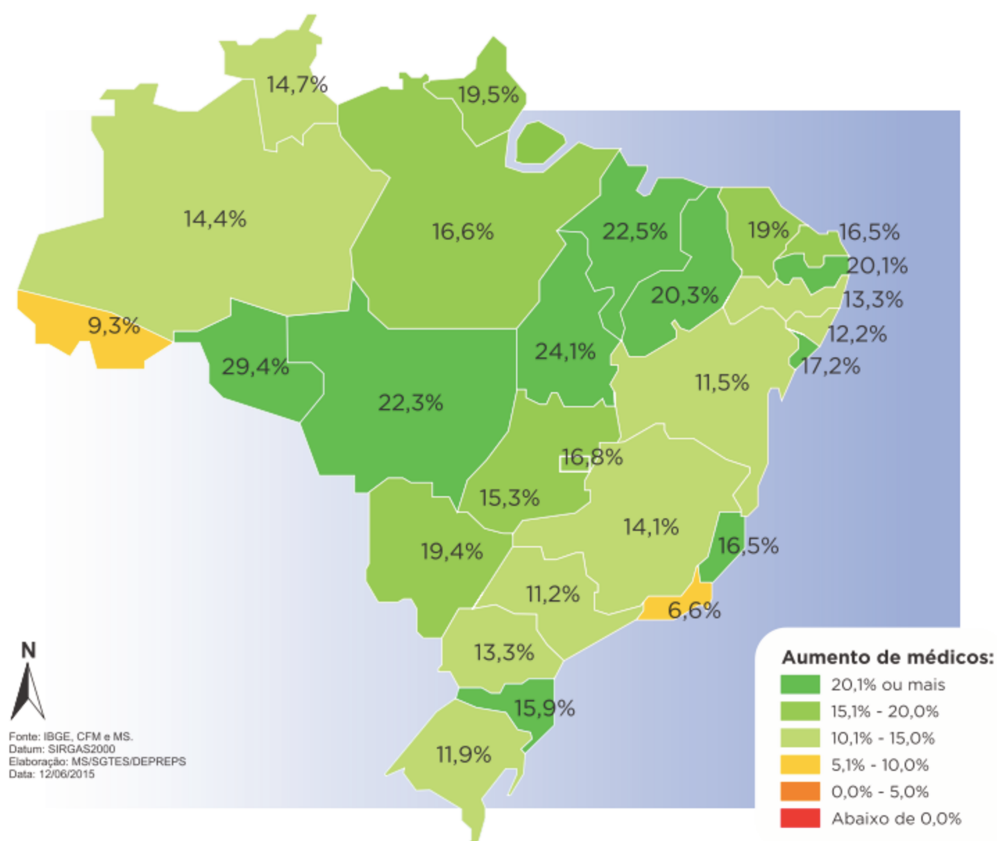
Figura 01: Linha do tempo sobre a evolução da Estratégia de Saúde da Família no Brasil



Em 2011 o Ministério da Saúde publicou uma portaria interministerial (22) que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB – com o objetivo de estimular o provimento e capacitação de médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas na atenção básica. O Programa conta com o incentivo de uma bolsa, um curso de especialização em Saúde da Família, supervisão local por supervisores selecionados pelas Instituições supervisoras e um incentivo de dez por cento na prova de residência médica. Os municípios que aderiram ao PROVAB ficaram responsáveis por oferecer moradia para os trabalhadores que foram contratados. Visto com pessimismo no início, como uma proposta que não teria grandes adeptos o primeiro ano do PROVAB (2012) contou com apenas 351 inscritos atendendo 272 municípios brasileiros. Essa realidade, entretanto, mudou consideravelmente no ano seguinte, com a inscrição 3800 médicos, dos quais 3333 participaram do programa até o final. Apesar do sucesso do

programa, 55% dos municípios brasileiros que se cadastraram para receber médicos do PROVAB não foram atendidos. Apenas 29% da demanda nacional foi atendida, mostrando uma clara dificuldade de levar médicos para áreas de difícil acesso e provimento. (23)

Mapa 01: Porcentagem do aumento do número de médicos por região do Brasil por UF, com Projeto Mais Médicos, período 2012-2015 (até junho de 2015) (17)



Fonte: DEPREPS/SGTES/MS.

Em julho de 2013 é publicada medida provisória que institui o Programa Mais Médicos para o Brasil, abrangendo três esferas de atuação: autorização do funcionamento dos cursos privados de medicina que passa a ser realizado através de chamamento público; formação do médico no Brasil, que passa a contar obrigatoriamente com um segundo ciclo de formação exclusivo na atenção básica; e o provimento de médicos através de edital onde podem se inscrever médicos brasileiros, médicos estrangeiros e através

de cooperação internacional.(24)

Tabela 01: Participantes do Programa Mais Médicos por categoria de participação(17)

Região	CRM BRASIL	INTER-CAMBISTA COOPERADO*	INTER-CAMBISTA INDIVIDUAL	Total Médicos
Centro-Oeste	489	705	115	1.309
Nordeste	2.472	3.745	291	6.508
Norte	442	1.561	230	2.233
Sudeste	1.282	3.592	432	5.306
Sul	589	1.826	469	2.884
Total Geral	5.274	11.429	1.537	18.240

Fonte: DEPREPS/SGTES/MS.

* incluindo brasileiros formados no exterior.

Em outubro do mesmo ano a medida provisória é transformada em lei e a regulamentação acerca de formação médica sofre algumas alterações: a obrigatoriedade do cumprimento de 30% da carga horária de dois anos do internato na atenção básica e nos serviços de urgência do SUS; a necessidade de que os programas de residência médica ofereçam anualmente número de vagas equivalente ao número de egressos da graduação em medicina do ano anterior; a obrigatoriedade da conclusão do primeiro ano de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para ingresso nas residências de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Medicina Preventiva e Psiquiatria; e a necessidade de um ou dois anos (dependendo da regulamentação da Comissão Nacional de Residência Médica) concluídos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade para ingresso nas outras residências médicas, excetuando-se as de acesso direto, com meta prevista para ser alcançada em 31 de dezembro de

2018.(25)

Essa reestruturação na formação médica, ao mesmo tempo que valoriza sobremaneira a especialidade de Medicina Geral de Família e Comunidade, lança um grande desafio para os programas de residência da área: adequar seus programas às especificidades exigidas pela Comissão Nacional de Residência Médica comportando um número muito maior de médicos residentes. Além disso, vale ponderar que os programas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade têm como cenário de prática prioritário a rede de atenção básica dos municípios onde estão instalados, o que necessariamente significa uma articulação entre o ensino e o serviço para que as metas sejam alcançadas.

É justamente dentro deste contexto que a necessidade de reestruturação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade se apresenta. Acompanhando as mudanças estruturais da Rede de Atenção à Saúde, com a priorização do cenário da Saúde da Família e impulsionada por mudanças no processo de formação do médico, tanto na graduação quanto na residência médica, é essencial que os programas se adaptem às novas necessidades apresentadas. Importante ressaltar que estas necessidades são reflexo de uma sincronicidade entre Ministérios da Saúde e da Educação, Comissão Nacional de Residência Médica e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade expressa através da Resolução 01 de 2015 da CNRM (26)(17).

Dentro desta perspectiva o presente estudo se coloca como uma, dentre as muitas possíveis estratégias para a consolidação de transformações estruturais nos PRMFC, buscando um meio termo entre as novas necessidades regulamentadas e a realidade previamente existente dentro do contexto histórico-político da especialidade de Medicina de Família no Brasil.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Descrição e análise do processo de transformação curricular realizada no Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Uberlândia

Objetivos Específicos:

- Identificar e analisar as modificações propostas no novo marco regulatório dos programas de residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil e seus impactos no PRMFC da UFU;
- Descrever as atividades de preparação, construção, planejamento e deliberação das mudanças realizada no PRMFC da UFU após Resolução 01/2015 da Comissão Nacional de Residência Médica;
- Descrever e analisar a metodologia utilizada no processo de transformação curricular, contribuindo para a análise das potências e limites deste método;
- Compreender a potência e limite do processo de implantação das políticas nacionais nas transformações curriculares em programas de residência;
- Compreender o efeito do contexto singular na implantação de uma política nacional de formação;

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo constitui-se por meio de uma metodologia qualitativa de pesquisa, o que Segundo Minayo (27) significa o desafio de criar teorias e instrumentos que se aproximem da suntuosidade que é a vida humana em sociedade, ainda que com suas muitas limitações. O percurso teórico-metodológico, fundamenta-se no estudo de caso que é um meio de organizar dados, preservando no objeto estudado a sua característica unitária, visando a investigação de um situação/ caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informação. (28) Além disso, é um método abrangente com a lógica do planejamento, da coleta e análise de dados. Para estudos de casos naturalísticos (aqueles que priorizam a abordagem qualitativa da pesquisa) as características consideradas essenciais são: a interpretação de dados feita no contexto, a busca constante de novas respostas e indagações, a retratação completa e profunda da realidade, o uso de uma variada fonte de informações e a revelação de diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo.

Segundo Gil(29), o estudo de caso não necessita de um roteiro para sua delimitação, mas é possível definir quatro fases que mostram o seu delineamento: delimitação da unidade-caso; coleta de dados; seleção, análise e interpretação de dados e elaboração do relatório. Além disso, por sua flexibilidade é recomendável em fases iniciais de uma investigação sobre temas complexos ou na exploração de novos processos ou comportamentos,

novas descobertas. Para Yin (30) o estudo de caso, é mais apropriada para responder questões de “como” e “por que”, por isso sua tarefa inicial é esclarecer a natureza de suas questões de estudo a esse respeito. Além disso, assim como os experimentos, é generalizável às proposições teóricas e não às populações. A meta neste sentido, não será a amostragem mas sim a generalização de teorias (generalização analítica) que podem ser aplicadas em outros cenários e não inferir probabilidades.

Para que os objetivos acima elencados fossem contemplados, uma análise documental fez-se necessária. Análise essa que envolveu o Programa da Residência de Medicina de Família e Comunidade antes das oficinas de transformação curricular, os registros e atas da execução das oficinas e o Programa de Residência finalizado após a realização completa da intervenção. Analisou-se ainda os documentos produzidos como orientação para o novo marco regulatório: o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e a Resolução 01/2015 da CNRM. Dentro da análise documental observou-se os seguintes elementos:

- as alterações sugeridas pelo novo marco regulatório estão contempladas no programa final;
- as competências propostas pela SBMFC foram incluídas na estruturação dos estágios;
- o que saiu de uma oficina chegou no programa final;
- comparação entre a metodologia e a ata;
- Discussão sobre os resultados, produtos e atas;
- Metodologias avaliativas;

Para participação nas oficinas foram convidados os professores do Departamento de Saúde Coletiva da FAMED/UFU, supervisores e preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFU, residentes do primeiro e segundo ano da referida residência bem como a Coordenadora da Atenção Básica do Município, totalizando 22 convites e uma média de 10 participantes por oficina. Foram observados e seguidos todos os protocolos éticos necessários, com aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer anexado. As oficinas ocorreram entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016.

Importante salientar que a autora coordenou o processo de intervenção da mudança de estrutura curricular do referido programa e utilizou como documentação complementar seu caderno de notas, redigido para propósitos de cunho pessoal.

“Implicado sempre se está, quer se queira ou não, visto não ser a implicação uma questão de vontade, de decisão consciente, de ato voluntário. Ela está no mundo, pois é uma relação que sempre estabelecemos com as diferentes instituições com as quais nos encontramos, que nos constituem e nos atravessam” (31)

Apesar do evento analisado ter se dado antes da proposição de análise do mesmo, é impossível não explicitar que as leituras descritas neste trabalho contém os recortes e afetações da autora, enquanto análise de sua contribuição para o programa de residência. Compreender a implicação presente como parte da análise dos dados e conclusões é essencial. Conforme descrito por Coimbra (31) é importante lançarmos luz sobre o papel que ocupamos na sociedade, as relações de poder presentes e os sentimentos que nos atravessam

em determinada pesquisa/ intervenção, quando o fazemos, colocamos em evidência quem somos e como a nossa presença altera a instituição, grupo, pesquisa. Analisar a implicação é deixar claro de onde partimos e as lentes com as quais realizamos a análise.

“Colocar em análise o lugar que ocupamos, nossas práticas de saber-poder enquanto produtoras de verdades - consideradas absolutas, universais e eternas - seus efeitos, o que elas põem em funcionamento, com o que elas se agenciam é romper com a lógica racionalista ainda tão fortemente presente no pensamento ocidental. A análise de implicações traz para o campo da análise sentimentos, percepções, ações, acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, como desvios e erros que impediriam uma pesquisa/intervenção de ser bem sucedida.”(31)

Capítulo 01 – Conhecendo o Caminho

Apresentação

É árduo este trabalho de olhar para si mesmo, para sua história e tentar reconhecer de onde a pessoa refletida no espelho veio, quais influências, desejos e histórias compõem quem se é. Esta é uma tentativa, embora incompleta, de apresentar a você um pouco de mim e de tudo que me forjou ao longo dos anos. Na tentativa de ser didática, eu sou fruto de três grandes troncos que tem inúmeras ramificações: Família, Profissão e Militância.

Eu sou fruto de uma família católica, tradicional em tudo o que se pode pensar, mas repleta de muitas peculiaridades, a começar pela sua tradição matriarcal apesar de machista. Meu núcleo familiar é composto por mulheres admiráveis, fortes, guerreiras que ditam os rumos da vida respeitando e seguindo a sociedade machista em que foi forjada. São essas mesmas mulheres que abraçam as diferenças que nasceram nessa família e que romperam com o ideário da família tradicional brasileira que se construiu na minha infância.

Os escândalos familiares: homossexualidade, deficiência física, traições, abortos, doenças, gestações não planejadas, bigamia, problemas legais, prisões, violência doméstica, violência sexual, pedofilia entre tantas outras coisas que existem na cultura social brasileira fizeram parte do meu cenário de vida desde que eu tinha idade para compreender e fazer parte das demoradas conversas na cozinha. Diferente do que acontece em outros lares, na minha casa, o hábito sempre foi de colocar as cartas na mesa e pensar em conjunto a melhor solução para lidar com a situação.

Entre as paredes da cozinha e sempre com café e pão-de-queijo na mesa houveram muitas brigas e discussões, mas nunca houve a possibilidade de rejeitar ou negar a diferença. Os membros da minha casa são bastante distintos entre si, repletos de defeitos, de problemas e de limitações mas sempre tivemos amor suficiente para nos unir em torno de uma boa

refeição. As divergências eram resolvidas com conversas, intervenções e muitas vezes por um “concordar em discordar”. Isso me permitiu desde sempre ter contato com a diferença, a absurda diferença que existe entre os seres humanos, sem a máscara social que nos faz parecer tão encaixados em um padrão aceitável. E enxergar esta diferença com os olhos amorosos e tolerantes que só a convivência fraterna de um amor familiar me concederia.

"Penso que não tive escolha...Fui escolhido e gostei da escolha. Faço o que sonho! Faço o que gosto! Sou um pouco irresponsável como os passarinhos, isto seja: Sou livre!"

Manoel de Barros

Talvez por esta vivência familiar tão importante e a influência do catolicismo solidário que construíram a minha infância e adolescência, o começo da minha vida profissional tenha sido tão utópico. Eu tinha aquele sonho comum, que pra mim era muito concreto, de ser médica para ajudar as pessoas. Eu fiz faculdade de medicina na Universidade Federal de Uberlândia, e no começo, era sensível, idealista e cheia de paixão pela imagem socialmente construída do “médico que salva vidas”. Naquele tempo, o curso de medicina da UFU era bastante conservador e tradicional, machista e opressor. Foram necessárias muitas conversas, amizades, apoio e resiliência para suportar a deformação que a FAMED propunha, não somente do que eu acreditava mas do que a medicina representava para mim. Foi ali o meu contato com a mercantilização da saúde, a ambição acima do cuidado, o descaso para com o outro e o poder inerente à “máfia do jaleco branco” como meu pai costumava chamar.

Neste cenário de grande desilusão, eu encontrei no movimento estudantil de área um caminho que dava fôlego para suportar o processo “formativo” da medicina. Fiz parte do Diretório Acadêmico de Medicina – o DADU – da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM – do Fórum Discente da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM e também com vários projetos de extensão da Universidade que me colocavam no locus que eu realmente ansiava por estar, junto com as

peessoas. Foram nestes espaços que o desconforto com o cotidiano começou a tomar a forma da crítica política e onde consegui compreender que para além da ilusão pueril adolescente havia uma estrutura social e política que mantinha o status quo que eu desprezava. Conheci o Brasil e um pedaço do mundo, visitando escolas, conhecendo outros Diretórios Acadêmicos, construindo rede e aprendendo que apesar de culturalmente diferentes todos enfrentávamos desafios muito semelhantes.

O movimento estudantil de medicina me permitiu compreender o processo de ensino aprendizagem, currículo, políticas de ensino e diretrizes nacionais que (des)orientavam o meu processo formativo. Ali eu aprendi a dar nome ao que eu acreditava e às formas de transformar sonho, desejo e idéias em ato, vida, ação. Foi através da educação médica que outros temas como políticas de saúde, políticas educacionais, saúde coletiva e política partidária começaram a fazer sentido e dar significado ao que eu tão incipientemente tentava construir.

O movimento estudantil me possibilitou polir e aperfeiçoar a forma de fazer política, argumentar, estudar e compreender as idéias antes de disputá-las. Ele me instrumentalizou no aceitar e abraçar as divergências aprendidas no ambiente familiar e a disputar contra a intolerância com amorosidade.

Neste processo de formação humana e profissional eu aprendi sobre a Medicina de Família e Comunidade, única especialidade pra mim possível como opção de residência e em Recife iniciei o desafio de me tornar Médica de Família, pela Universidade de Pernambuco.

Recife foi uma casa de muito aprendizado, local de grande efervescência política, com problemas sociais graves e infra-estrutura bastante precária aprendi a fazer muito tendo pouco e a contar com tecnologias leves para levar o cuidado para as pessoas. Foi lá que eu me apaixonei pela profissão e pelo potencial transformador que ela tem. Tive o privilégio de trabalhar com profissionais maravilhosos, equipes comprometidas e com uma população apaixonante. Dali pra frente ser médica de família fez parte de quem eu sou e o encontro com o outro numa consulta passou a dar significado ao trabalho desgastante do cotidiano.

De volta a Uberlândia experimentei a docência através da preceptoria da residência de MFC da UFU e em pouco tempo prestei a prova para docente da UFU. Sempre houve um compromisso de tentar ser semente de mudança no local onde fui formada, um compromisso militante com a escola que me formou e com a comunidade que permitiu que eu estudasse e aprendesse.

“Ninguém começa a ser professor numa certa terça-feira às 4 horas da tarde. Ninguém nasce professor ou marcado para ser professor. A gente se forma como educador permanentemente na prática e na reflexão sobre a prática” Paulo Freire

O desafio tem sido grande, mas o aprendizado também. Uma vez docente, assumi a supervisão do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade desta instituição com a responsabilidade de adequar e realizar as “costuras” com preceptores e docentes sobre as novas regulamentações em relação à residência. A prática da docência tem sido um exercício interessante de conhecimento e reconhecimento da prática profissional e também um processo constante de redescobrir o meu lugar dentro da instituição que foi a minha casa durante tanto tempo.

Conhecendo a Transformação

O PRMFC na UFU iniciou no ano de 2010, como fruto de uma disputa entre dois grupos políticos distintos dentro da instituição. Havia uma necessidade crescente no município e na Universidade da qualificação dos profissionais da rede de atenção à saúde, sendo que o grupo liderado pelos professores da Saúde Coletiva, deu início ao desafio de implantar o programa. O município contava na época com 36 Unidades Básicas de Saúde da Família, correspondendo a cerca de 25% de cobertura e com nenhum médico especialista em Medicina de Família e Comunidade. Inicialmente foram solicitadas à CNRM 10 vagas para o primeiro ano de residência, sendo que o programa foi contemplado com 04 vagas para R1 e 04 vagas para R2.

Uma vez que o pedido de credenciamento provisório tem duração de 05 anos, prevê-se uma visita da CEREM para certificar o programa e conceder o credenciamento definitivo. Até o presente momento, por motivos diversos, o programa não recebeu a visita da CEREM e nem o credenciamento definitivo, ficando impedido de solicitar o aumento de vagas através do programa SIGResidências. Atualmente o programa conta com 04 vagas para R1 e 04 vagas para o R2. Com o investimento na ampliação da cobertura da atenção primária no município e priorização de contratação de profissionais com especialização em MFC, o programa conta hoje com 06 preceptores com formação adequada e disponibilidade para acompanhar os residentes de MFC nas UBSFs. Estes preceptores estão passando por um processo de formação em preceptoria, uma parceria que a Universidade fez com a Coordenação da Atenção Básica, para qualificar as ações de educação em serviço, não somente dos residentes de MFC mas dos demais estudantes de graduação que eventualmente poderão ser lotados em Equipes de Saúde da Família como cenário de prática.

A imperativa necessidade de mudanças no programa de residência de Medicina de Família e Comunidade, frente às transformações exigidas na

formação de médicos de família através da Lei do Mais Médicos, associada à presença de uma nova coordenação na residência, que também era uma nova docente no espaço do departamento de saúde coletiva coincidiram para impulsionar um processo de reestruturação curricular. Cabe ainda salientar, que já havia sido verbalizado, por parte dos residentes, uma insatisfação com a estrutura curricular antiga, de maneira que as críticas eram centradas na ausência de um direcionamento que deixasse claro para o ingresso ou o egresso quais as características centrais do programa e como estas características se desenvolviam ao longo dos dois anos.

Outro fator importante que estimulou a reestruturação curricular foi um pedido realizado ao MEC para aumento no número de vagas no primeiro ano de residência de 04 para 80, de forma que se tornou necessário uma reorganização do processo educacional para comportar a expansão de vagas.

As mudanças propostas ao final das oficinas de reestruturação curricular precisaram ser submetidas para aprovação dentro do departamento de saúde coletiva (responsável institucional pela residência) e pela Comissão de Residência Médica – COREME, instância deliberativa sobre todos os programas de residências vinculados à Faculdade de Medicina. O desejo pessoal de preceptores foi respeitado, de modo que aqueles que não se identificavam com o papel de preceptor dentro da residência, não compreendiam a necessidade da especialização de medicina de família ou não dialogavam de modo adequado com os residentes foram convidados a se retirar do programa.

Metodologia utilizada nas oficinas

Para a elaboração das oficinas de reestruturação curricular foi escolhido uma metodologia que será descrita a seguir. Vale ressaltar que esta metodologia foi proposta pela autora e desta maneira, existe uma viés de implicação importante. Será utilizado como estruturação da metodologia utilizada o caderno de notas da autora responsável pela supervisão da residência de Medicina de Família e Comunidade, que também foi a pessoa responsável pela condução deste processo e facilitação das oficinas.

Neste sentido é importante pensarmos no papel dos participantes da oficina, seus desejos e motivações para realizar a transformação curricular, em especial da supervisora/autora. Compreendendo que a utilização de seu caderno de notas também demonstra a implicação neste processo.

“Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc. Com o saber científico anulo o saber das mulheres, das crianças e dos loucos - o saber social, cada vez mais reprimido como culpado e inferior. O intelectual (...) com sua linguagem de sábio, com a manipulação ou o consumo ostensivo do discurso instituído e o jogo das interpretações múltiplas, dos “pontos de vista” e “níveis de análise”, esconde-se atrás da cortina das mediações que se interpõem entre a realidade política e ele. O intelectual programa a separação entre teoria e política: é para comer-te melhor, minha filha (...) mas, esquece que é o único que postula tal separação, tal desgarramento.”
(32)

Como militante da saúde e da educação, médica de família apaixonada pelo que faz e docente da FAMED/UFU, realizar as adequações necessárias ao novo marco regulatório significou não somente um avanço às necessidades descritas pelo MEC/MS em relação aos rumos da Residência de Medicina de Família no Brasil, mas também a possibilidade de incluir

elementos de disputa da concepção da especialidade e colocá-los em discussão (como o papel social do médico) com o grupo. Trazer os documentos do marco regulatório e do Currículo Baseado em Competências da SBMFC foram tentativas de politizar a discussão da transformação curricular.

Foram propostos três espaços destinados a pensar e reestruturar o currículo da residência, descritos a seguir, que não necessariamente representam a forma como a oficina transcorreu. Vale ressaltar, pois é um elemento importante, que todos os espaços foram previamente pactuados com todos os participantes convidados (professores do Departamento de Saúde Coletiva da FAMED/UFU, Preceptores Médicos de Família da residência, Residentes do primeiro e segundo ano, Coordenação da Atenção Básica do SMS/Uberlândia), sendo acatadas as sugestões e desejos dos mesmos em relação a turno, dia e local. Elemento importante para a análise deste espaço o fato de que dois professores do DESCO foram residentes do programa e que a Coordenadora da Atenção Básica da SMS/Uberlândia foi supervisora do Programa e docente da FAMED/UFU.

A proposta metodológica se baseia nos princípios do Arco de Maguerez, como estratégia para a metodologia problematizadora, que seguem as seguintes características: 1 – partir da observação da realidade para a identificação de um problema; 2 – Refletir sobre os possíveis determinantes do problema e escolher os pontos-chave do estudo; 3 – Teorização sobre os pontos-chave; 4 – Elaboração de hipóteses de solução e 5 – Aplicação das hipóteses de solução à realidade (33). Desta maneira essa metodologia estimula o pensamento crítico sobre os problemas concretos do cotidiano no intuito de transformação da realidade em que o indivíduo está inserido, permitindo assim a construção de uma educação crítica e reflexiva, onde os atores da mudança curricular sejam parte integrante da transformação desejada.

Figura 02: Adaptação do Arco de Maguerez de Berbel, N. (34)



O Arco de Maguerez dialoga com a Pedagogia Progressista de Paulo Freire onde a prática pedagógica é crítica e reflexiva e não somente isso, é um ato de transformação social. Desta maneira, o processo pedagógico é um ato coletivo e onde os atores envolvidos (residentes, preceptores, gestores, docentes etc) precisam fazer parte da mudança, sentindo-se representados no produto final. Isto permite que todos sintam-se parte da transformação e responsabilizem-se pela sua consolidação, uma vez que serão os problemas encontrados no seu cotidiano que estarão sendo transformados.

“a educação constitui-se em um ato coletivo, solidário, uma troca de experiências, em que cada envolvido discute suas idéias e concepções. A dialogicidade constitui-se no princípio fundamental da relação entre educador e educando. O que importa é que os

professores e os alunos se assumam epistemologicamente curiosos” (35)

Considerando a perspectiva de Paulo Freire e esta concepção de pedagogia como uma prática constante de diálogo entre educador e educando, numa tentativa de transformação social, não seria possível que esta mudança curricular fosse executada sem a busca constante do diálogo entre os muitos atores que constroem cotidianamente a residência de medicina de família e sem o escutar atento e respeitador às múltiplas questões apontadas pelos mesmos.

Oficina 01 – Diagnóstico Situacional

Espaço físico: Casa da supervisora da residência

Horário realizado: das 14:00 às 18:00

Dia da semana: sexta-feira

Acolhimento: lanche ofertado pela coordenadora do espaço

Relatoria e sistematização: Coordenadora do espaço

Metodologia Proposta: Utilizar o panorama sobe e desce como dinâmica inicial para elencar as percepções positivas e negativas acerca da residência. O Panorama Sobe e Desce é uma técnica que objetiva identificar fatores motivadores (SOBE), e desmotivadores (DESCE), de participação/atuação em algum curso/cenário de trabalho/dentre outros, no qual post-its de duas cores diferentes são distribuídos aos participantes para que estes possam listar, a partir de suas experiências, fatores de motivação e desmotivação na participação ou execução de determinada ação/atividade. Esse método é muito útil, também, para comparação e avaliação de processos de ensinagem, ao dar parâmetros avaliativos iniciais e finais (36). A pergunta norteadora foi: o que te motiva e te desmotiva na residência?

Quadro 01: Panorama Sobe e Desce da Oficina 01

SOBE	DESCE
Troca de Saberes	Burocracia
Possibilidade de Aprender	Falta de compromisso
Muitas possibilidades	Pouca governabilidade
Aprendizado	Salário
Troca de experiências	Falta de preceptoria
Planejamento conjunto	Estágios “soltos”
Possibilidade de qualificar a rede e fazer inovações	Não concordância ou compreensão com o papel do residente
Estar em construção	Falta de projeto pedagógico
Epaços protegidos: Tenda Invertida/ Reunião Clínica	Pouca ênfase na comunidade e intersectorialidade
Agenda “Flexível”	Atraso no cronograma
Nova coordenação	Dificuldade pactuação entre SMS e Universidade
Mais preceptores	Meta
Médicos de Família como professores do DESCO	Infra estrutura : espaço físico pequeno na Unidade
Maior prática e autonomia – mais atendimentos quando comparada com outras residências	Gastos para estar na UBSF: alimentação, gasolina, etc
Tempo de Estudo	Alcançar os objetivos de aprendizagem para MFC
Formação de novos especialistas em MFC	

Após a conclusão do Panorama Sobe e Desce, a proposta foi desenvolver um planejamento participativo através da matriz Análise FOFA. O nome FOFA é derivado da intersecção que é feita das FORÇAS, OPORTUNIDADES, FRAQUEZAS e AMEAÇAS com as quais a instituição/ programa/ equipe tem que lidar. Em inglês, o nome da matriz é SWOT - strenght, weakness, opportunities and threats, e é um planejamento muito utilizado no meio empresarial, apesar de já ter várias experiências descritas principalmente relacionadas com trabalhos na comunidade. Esta matriz cruza os cenários pra saber quais serão os objetivos estratégicos da instituição/ equipe/ programa, com menor chance de falha (37).

Quando definimos os cenários, eles são separados da seguinte forma: internos e externos. Os internos são aqueles influenciáveis pela instituição/ programa/ equipe: força - elementos da instituição considerados vantajosos e fraquezas - pontos da instituição que devem ser melhorados. Os externos são situações não influenciáveis pela instituição: ameaças - elementos que dificultarão a execução ou o sucesso do empreendimento e oportunidades - elementos apoiadores para alcançar o objetivo. Objetivos estratégicos são as ações necessárias para alcançar determinado resultado. Após a análise dos cenários internos (força e fraqueza) e externos (oportunidade e ameaça), definem-se os objetivos estratégicos para que o resultado seja alcançado com menor possibilidade de intercorrência (37).

Figura 03: Esquematização da Matriz SWOT/ FOFA (38)



Como terceira e última etapa da primeira oficina, após a identificação do objetivo estratégico, seria a leitura dos novos marcos regulatórios da Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade, bem como os prazos estabelecidos para alcançar a proposta elencada na Lei do Mais Médicos (39) e na Resolução 01 de 2015 da Comissão Nacional de Residência Médica(26).

Importante salientar que todo o material produzido, bem como a relatoria da oficina, foram referendados pelos participantes e foi encaminhado cópia da produção para o Departamento de Saúde Coletiva – responsável institucional pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade para adequações caso julgassem necessário.

Oficina 02 – Estágios

Espaço físico: Casa da coordenadora da residência

Horário realizado: das 18:00 às 22:00

Dia da semana: sexta-feira

Acolhimento: feito pausa para solicitar pizza

Relatoria e sistematização: Coordenadora do espaço

Metodologia Proposta: Primeiro momento – discussão da relatoria realizada da oficina 01 encaminhada previamente por e-mail para ser aprovada. Discussão e aprofundamento teórico sobre a Lei do Mais Médicos(39), Resolução 01 de 2015 da Comissão Nacional de Residência Médica(26) e Currículo Baseado em Competência da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade(40).

Segundo momento – destinado a discussão dos cenários de prática existentes (incluindo aqui os objetivos pedagógicos e competências desenvolvidas em cada estágio), cenários de prática necessários para o desenvolvimento do perfil do médico de família egresso do programa e seleção de preceptores aptos para recepcionar o residente nestes cenários.

Oficina 03 – Avaliação

Espaço físico: Casa da coordenadora da residência

Horário realizado: das 18:00 às 22:00

Dia da semana: sexta-feira

Relatoria e sistematização: Coordenadora do espaço

Metodologia Proposta: Discussão sobre avaliação e apresentação de algumas metodologias avaliativas destinadas a programas de residência como preceptoria minuto, técnicas de feedback, avaliação 360, portfólio, Mini CIEX, prova discursiva e múltipla escolha. Discussão sobre as metodologias mais adequadas e definição das mesmas para o ano subsequente.

Geralmente a característica principal de todo processo avaliativo é submeter regularmente um conjunto de estudantes a provas que evidenciam e quantificam o desempenho, elencando bons ou maus desempenhos. Essa forma tradicional de realizar avaliação é normativa, criando uma distribuição normal e é também comparativa, os desempenhos de alguns se definem em relação ao desempenho de outros. Esta avaliação é também pouco individualizada no sentido de que se aplica a mesma prova ao mesmo conjunto de estudantes, em um mesmo intervalo de tempo, mas onde cada um é avaliado por um desempenho que supostamente reflete sua competência (41).

A prática avaliativa tradicional traz algumas consequências deletérias ao processo de aprendizagem uma vez que reforça a visão utilitarista do saber, que só precisa ser conhecido até a realização da prova; consome boa parte da energia do educador e do educando, não dando margem pra criatividade ou inovação; ratifica a hierarquização da relação aluno/professor, impedindo um trabalho colaborativo entre ambos; estimula a idéia de que os alunos são depositários do conhecimento de professor e portanto não tem saber próprio; a padronização através das provas torna difícil escolher ou elaborar questões que estimulem o raciocínio ou dêem margem à muitas interpretações; não respeita o processo individual do estudante e o processo de aprendizagem dele, padronizando pessoas diferentes por critérios únicos.

Considerando o exposto, opta-se por discutir e implementar metodologias avaliativas que sejam formativas, ou seja, uma prática de avaliação que contribua para melhorar a aprendizagem em curso, qualquer que seja a situação. É formativa toda avaliação que ajude o estudante a se desenvolver e aprender.

“A idéia de avaliação formativa sistematiza o funcionamento, levando o professor a observar mais metodicamente os alunos, a compreender melhor seus funcionamentos, de modo a ajustar de maneira mais sistemática e individualizada suas intervenções pedagógicas e as situações didáticas que propõe, tudo isso na expectativa de otimizar as aprendizagens: ‘A avaliação formativa está portanto centrada essencial, direta e imediatamente sobre a gestão das aprendizagens dos alunos (pelo professor e pelos interessados).’ Essa concepção se situa abertamente na perspectiva de uma regulação intencional, cuja intenção seria determinar ao mesmo tempo o caminho já percorrido por cada um e aquele que resta a percorrer com vistas a intervir para otimizar os processos de aprendizagem em curso.”(41)

Nesta perspectiva, propusemos algumas metodologias avaliativas que pudessem não somente avaliar a prática clínica do residente, mas também fazê-lo de maneira formativa, construindo as competências ao longo da trajetória. As práticas avaliativas propostas foram:

- a) Preceptorial em um minuto, cuja base teórica possibilita que o preceptor transmita ao residente, em um curto espaço de tempo valiosas informações médicas. Este modelo adaptado do One-minute-preceptor(42), deve ser utilizado quando um residente, após avaliar o paciente, solicita auxílio para discutir o caso com o preceptor. Ele envolve cinco etapas fundamentais em forma de questionamentos: comprometimento com o caso, busca por evidências concretas, ensine regras gerais, reforce o que está correto e corrija os potenciais erros(43).
- b) Feedback – a importância do feedback feito de maneira adequada na aquisição de habilidades clínicas advém da própria natureza do método clínico, que se caracteriza por um junção de habilidades cognitivas, motoras e comportamentais que precisam ser demonstradas. A técnica do feedback consiste em oferecer ao

residente uma devolutiva sobre a sua atuação, bem como sobre as consequências de uma conduta. Essa devolutiva é fundamental na medida em que a ação realizada nem sempre corresponde com a pretendida e o feedback permite que haja espaço para mudanças. Pode ser utilizada quando o preceptor está observando um atendimento, que não necessariamente precisa ser um atendimento completo, mas pode se limitar a anamnese, exame físico, conduta, atitude etc. O feedback tem uma característica inerente formativa, de modo que seu propósito é manter o residente desenvolvendo-se no intuito de atingir um objetivo e de maneira nenhuma deverá significar julgamento ou repreensão(44).

- c) Avaliação 360 – envolve toda a equipe no processo de desenvolvimento de atitude profissional, deve ser utilizado na avaliação de habilidades e atitudes, como a integridade, responsabilidade, consciência, interesse no aprimoramento pessoal, etc. É um instrumento importante para avaliar as habilidades de comunicação do residente com os outros membros da equipe de saúde, no que diz respeito à clareza em fornecer e trocar informações, uso de linguagem adequada, comunicar decisões com respeito a opinião de colegas. Todos os membros da equipe, inclusive os pacientes atendidos pelo residente, se reúnem para fornecer uma devolutiva sobre o desempenho do residente dentro do ambiente de trabalho. É importante ressaltar que esta devolutiva precisa ser repassada ao residente de maneira formativa (45).
- d) Portfólio – é um instrumento potente da avaliação formativa, uma vez que estimula o pensamento crítico e a autorreflexão. Foi conceituado por Alves como um compilação de trabalhos após análise crítica e devida fundamentação. Nascido na Artes, passou pela Educação e depois para a Saúde, este instrumento tem a potencialidade de permitir ao residente ampliar sua visão crítica, principalmente no que se relaciona a sua própria formação.

Sugere-se o uso deste instrumento para avaliar ações desenvolvidas em cenários de prática como a comunidade e/ou serviços, pela sua característica problematizadora (46).

- e) Mini – CIEX – é uma escala desenvolvida pela American Board of Internal Medicine (ABIM) que procura avaliar seis competências clínicas centrais: entrevista clínica, exame físico, profissionalismo, raciocínio clínico, comunicação e organização, a estas seis une-se a competência clínica geral. Cada competência é avaliada e registada num formulário estruturado em escala de Likert de 06 ou 09 valores, que permitem classificar os valores mais baixos (1 a 3 como insatisfatório) ou o mais alto (7 a 9 – como mais que satisfatório). O avaliador realiza a observação do residente avaliando alguma competência e depois oferece um feedback imediato ao término da avaliação(47).

Capítulo 02 - As mudanças no percurso

Da idéia para o papel

Apesar da proposta metodológica ter sido apresentada para os participantes no momento inicial das oficinas e ser aprovada pelos mesmos antes do desenvolvimento da oficina é importante ressaltar algumas diferenças observadas entre o que foi proposto e o que foi construído. Quando observamos a ata da primeira oficina realizada, percebemos que a introdução com o panorama sobe e desce foi suficiente para introduzir a discussão sobre fatores positivos e negativos da residência possibilitando a execução, com base no sobe e desce, sobre as fraquezas e fortalezas do programa. Observa-se que devido às motivações e desmotivações estarem relacionados a fatores internos da residência, a proposta de realização de avaliação dos fatores externos através da metodologia FOFA foi descartada pelos participantes, tendo os mesmos elencados somente os fatores internos.

Outro dado interessante é que os participantes identificaram como fraqueza central ou nó crítico do programa a ausência de um perfil do egresso desta residência e propuseram a elaboração de uma “imagem-objetivo” ou a construção de um perfil ideal sobre o qual toda a construção pedagógica do currículo deveria estar estruturada. Esta etapa de construção da imagem – objetivo, foi fundamental para que o delineamento do programa de residência fosse realizado seguindo um eixo norteador claro para todos os participantes da reforma curricular. Importante ressaltar que a construção deste perfil foi motivo de grande debate por parte dos participantes, uma vez que cada um, de acordo com suas vivências, experiência prévias e formação profissional apresentaram uma perspectiva diferente do que acreditavam ser necessário para a formação do egresso.

Várias negociações foram necessárias para se chegar a construção de consensos, evitando-se estratégias como maioria absoluta ou outros recursos eleitorais ou de gestão democrática. Partiu-se do pressuposto que

conflitos interpessoais são parte essencial da formação psicológica e social dos seres humanos e portanto, mediação de conflitos e estímulo da cultura de paz são um caminho profícuo para a construção de sociedades e culturas mais democráticas e sensíveis à ética na relação humana.

Compreende-se que o processo de transformação curricular é também um momento formativo para todos os atores participantes e portanto, lidar com o conflito faz parte da aprendizagem. O diálogo reflexivo pode apontar as diferenças entre os significados atribuídos a um mesmo problema, bem como dar visibilidade a aspectos previamente ignorados pelas partes envolvidas. Desta maneira, para resolver um conflito é necessário que, mesmo expondo o nosso ponto de vista, consigamos sair do nosso olhar e perceber a “realidade” a partir do outro e em alguns momentos, fundir idéias divergentes em consensos criativos. Este processo implica em operações de reciprocidade e síntese entre as diferenças, sendo necessário analisar a situação enfrentada, expor adequadamente o problema e buscar soluções que permitam resolvê-lo de maneira satisfatória para todos os envolvidos. A promoção do diálogo e a participação coletiva em decisões e acordos, torna a resolução de conflitos em um instrumento para repensar a própria cultura (48).

Grande parte do tempo destinado à primeira oficina foi utilizado na busca pelo perfil do residente egresso, de maneira que a discussão sobre os marcos regulatórios da residência de medicina de família e comunidade não foi discutida. Importante pontuar que os consensos retirados desta oficina de reforma curricular foram submetidos ao Departamento de Saúde Coletiva (responsável pela gestão do programa) para aprovação dos docentes ali lotados.

Podemos mencionar aqui como contribuições e limites da primeira oficina os seguintes pontos:

Contribuições – a utilização de um metodologia estruturada, que permitiu identificar os fatores motivadores e desmotivadores, foi um importante facilitador. Talvez por estimular que os participantes tenham clareza sobre

aspectos positivos e negativos em relação ao tema abordado, direcionando e ampliando ao mesmo tempo o olhar sobre o programa. Quando comparado com outras estratégias iniciais de trabalho, como dinâmicas, observou-se pelas tarjetas que há um direcionamento ao tema proposto sem contudo perder a ludicidade, tendo o participante a oportunidade de ser específico em relação ao que tem a dizer.

A matriz SWOT foi também um ponto considerado facilitador visto que permitiu que muitas das dificuldades encontradas no processo de planejamento fossem abordados de maneira estruturada. Possivelmente pela sua estrutura visualmente simples, sem muitas etapas para elucidação, é uma ferramenta facilmente aplicável em planejamento de grupos.

Limites – Talvez pela diversidade de atores presentes na oficina, o panorama sobe e desce deu margem para que cada participante inferisse sobre seu elemento motivador e desmotivador a partir do seu cenário. Isso trouxe uma variação na leitura da atividade, permitindo ao mesmo tempo que as pessoas fossem bem específicas ou bem genéricas, ressaltando a heterogeneidade do grupo. O que para algumas pessoas é motivador, para outras é desmotivador. Outro limite da ferramenta é que alguns dos elementos do “desce” são elementos sobre os quais o grupo não tem governabilidade e acabam se tornando “queixas sem solução”, o que pode gerar frustrações ou sensação de “não ser ouvido” por parte dos participantes.

Em relação à matriz SWOT a presença de poucos membros externos ao programa como: professores do DESCO que não estão diretamente envolvidos com a residência, residentes de outros programas, preceptores de outros estágios ou outros membros da gestão municipal prejudicou a elaboração dos fatores externos da matriz.

Figura 04: Produto da Oficina 01 – Perfil Esperado do Médico de Família Egresso do PRMMFC - UFU

PERFIL ESPERADO DO MÉDICO DE FAMÍLIA EGRESSO DO PROGRAMA

Espera-se que ao término deste Programa de Residência em Medicina de Família o médico seja capaz de:

- Comprometer-se com a construção do Sistema Único de Saúde, compreendendo suas nuances, limitações e fortalezas.
- Pensar o indivíduo inserido em um contexto familiar, comunitário, social e histórico que influenciam diretamente sua condição de saúde, bem como sua qualidade de vida, entendendo que a clínica precisa ser ampliada para ser resolutiva;
- Trabalhar com equipes interprofissionais, tomando-se parte integrante da equipe, valorizando e respeitando as opiniões dos outros profissionais de saúde e compartilhe responsabilidades e decisões;
- Entender que o Brasil e o mundo, por apresentarem contextos e realidades diferentes, apresentam necessidades em saúde diferentes. Sabendo assim, adaptar-se às necessidades e peculiaridades loco-regionais e culturais, como territórios rurais, quilombolas, indígenas.
- Compreender a forma como são elaboradas e implementadas as políticas públicas de saúde e a si mesmo como agente construtor dessas políticas;
- Exerça continuamente a educação permanente, mantendo-se tecnicamente atualizado e seja disponível para implementar inovações tecnológicas (tecnologias leves, leves-duras e duras);
- Problematicar baseado em novas evidências, ocorrências ou divergências em relação à saúde da população. Pensando criticamente as atualizações científicas.
- Perceber que as políticas de equidade são uma ferramenta importante na garantia do acesso e da qualidade do atendimento a minorias populacionais, devendo estar preparado a dialogar e fortalecer a inclusão desses grupos no cuidado à saúde;
- Aplicar conhecimentos relativos às práticas integrativas e complementares, bem como instrumentos da educação popular na atividades diárias;

|

Na segunda oficina, a proposta metodológica foi adequada de acordo com o produto da primeira, de maneira que a proposta apresentada ao grupo foi de discussão dos marcos regulatórios da residência e estruturação dos estágios e cenários de prática baseado no documento Currículo Baseado em Competências da SBMFC (40). A proposta inicial, quando apresentada aos preceptores, foi rejeitada, de modo que a avaliação dos estágios e cenários de prática já existentes foram discutidos, tendo como foco o perfil esperado do residente egresso.

O grupo recusou a discussão sobre o marco regulatório e a leitura do Currículo Baseado em Competências da SBMFC, talvez pela falta de uma metodologia menos maçante do que a leitura e debate. O grupo entendeu que seria mais produtivo que os documentos fossem encaminhados aos participantes e alguns já estavam apropriados sobre o Currículo Baseado em Competências, apesar de isso não representar a maioria dos participantes. Outro argumento levantado sobre a negativa nesta questão reside no sentimento, em grande parte dos preceptores, de que o espaço precisaria ser objetivo e resolutivo e que reuniões de discussão e aprofundamento teórico seriam cansativas e pouco produtivas para a necessidade do grupo.

Por parte dos residentes, a resistência se encontrou, em grande parte, pela ansiedade em apresentar as frustrações ou insatisfações com os cenários de prática e preceptores, serem ouvidos e terem suas propostas traduzidas em mudanças efetivas na melhoria da qualidade dos estágios. Um elemento que poderia ser considerado em relação ao não desejo de cumprir esta etapa do planejamento reside na motivação dos preceptores e residentes no momento, mais concentrados na micropolítica existente no espaço construído e não na macro política responsável pelas mudanças exigidas. Isso se explica, em grande parte, pelo perfil dos participantes com pouco engajamento político, que não compartilham da percepção de que a formação política faz parte da construção do indivíduo especialmente na efetivação de uma política pública voltada para a formação da especialidade para as necessidades do SUS. A motivação principal de preceptores e residentes na construção deste programa está mais centrado na qualificação técnica do que no papel social do médico e a percepção da especialidade como uma ferramenta de transformação social.

O tempo destinado a esta discussão se estendeu muito além do previsto, porém com preceptores e residentes, foi possível delimitar em linhas gerais todos os estágios e cenários interessantes, sendo reavaliado o papel dos preceptores pouco comprometidos ou com conhecimento restrito sobre o trabalho do Médico de Família, bem como cenários que não dialogavam com a prática da atenção básica. Importante pontuar que os novos cenários de

prática sugeridos, bem como os estágios e preceptores, foram elencados enquanto possibilidades, sendo responsabilidade da supervisão da residência, após aprovação no Departamento de Saúde Coletiva, articular junto à rede municipal de saúde a viabilidade de execução da proposta.

Elemento que dificultou a resolutividade desta oficina foi a ausência de participantes da gestão municipal nesta discussão. Neste momento, assim como na primeira oficina, buscou-se incansavelmente o consenso entre os participantes, principalmente no que se refere aos estágios e à perspectiva de inclusão ou exclusão de determinado estágios, preceptor ou cenário de prática. A experiência individual de cada residente, bem como a avaliação subjetiva de preceptores foi considerada nesta avaliação e, tendo como perspectiva as competências esperadas no desenvolvimento de cada estágio e o perfil de egresso desejado. Este trabalho de mediação de conflitos e manejo das diferenças é bastante desafiador e pôde ser realizado com sucesso, em grande parte, pela afinidade existente entre os participantes da oficina.

Podemos mencionar aqui como contribuições e limites da segunda oficina os seguintes pontos:

Contribuições – O respeito a decisão do grupo de não fazer aprofundamento teórico e/ou político no espaço foi importante para solidificar o caráter colaborativo e respeitoso do processo de transformação curricular, auxiliando principalmente no manejo de conflitos e na dissolução dos pontos de tensão. Outro fator importante foi abrir um espaço para avaliação e escuta das dificuldades que os residentes encontraram nos cenários de prática que existiam, bem como nas limitações dos preceptores envolvidos com processo formativo. Estágios que não apresentavam objetivos pedagógicos claros e/ou preceptores que não compreendiam seu papel de mediador do conhecimento puderam ser expostos em um ambiente seguro, onde o residente tinha clareza e tranquilidade quanto à impossibilidade de retaliações ou constrangimento. Não estava previsto, até o momento, espaços de avaliação, por parte dos preceptores e residentes, do programa ou mesmo da estrutura dos estágios.

Permitir o diálogo com uma escuta amorosa e respeitosa foi fundamental para que todos colaborassem no sentido de efetivamente construir um programa que avançasse.

“A relação pedagógica quando perpassada pela afetividade, pela amorosidade e pela dialogicidade, oportuniza o desenvolvimento da educação como prática de liberdade e de humanização. Tais dimensões humanas aparecem interligadas, uma vez que não é possível exercer a docência, de forma autêntica e comprometida, sem vivenciar o afeto pelos educandos e pelo mundo, sem dialogar com os outros indivíduos (alunos, pais, colegas professores, enfim, com todos) e oportunizar a preservação do legado cultural da humanidade, por meio do acesso ao saber.” (49)

A citação acima traz muitos dos conceitos freirianos sobre a necessidade imperativa da prática pedagógica ser exercida com amorosidade e diálogo, única forma pela qual se dá o encontro amoroso entre os homens através do qual transformam o mundo e, transformando-o, transformam sua própria humanidade (50). O produto desta oficina pode ser observado no anexo 01.

Limites – A ausência de uma metodologia estruturada para que a escuta pudesse ser mais objetiva e com critérios mais específicos. Não foi elaborado um documento ou instrumento que auxiliasse no processo avaliativo e talvez por este motivo, muitas das queixas e avaliações negativas por parte dos residentes ficaram restritas a experiências pessoais, relatos e percepções bastante subjetivas. Não que a subjetividade seja ruim, porém em um processo avaliativo com o potencial de desligar um preceptor ou cenário de prática é necessário que haja não somente a documentação adequada sobre o processo avaliativo, mas que este seja estruturado a partir de um rigor que minimize os impactos subjetivos da experiência do residente. Isto porque, assim como é realizado no processo avaliativo do residente, quanto menos estruturado e claro for o instrumento da avaliação, maior margem para análises discrepantes com grande influência de experiências pessoais e/ou

interpretações que levam a acreditar que um cenário de prática é ruim, não porque não atenda às necessidades do programa em relação ao desenvolvimento de práticas pedagógicas, mas porque possui uma infraestrutura limitada ou um preceptor que precisa melhorar suas habilidades de comunicação. Além disso, um processo avaliativo regular e estruturado permitiria uma avaliação seriada e também formativa tanto do cenário quanto dos preceptores que ali atuam, possibilitando um feedback que qualificasse o serviço e o seu objetivo pedagógico.

Outro limite importante foi a ausência de preceptores de outras especialidades para fazer o contraponto em relação à avaliação realizada pelos residentes. Não foram ouvidos os preceptores de outros serviços e isso deixa bastante enviesada a análise realizada nesta oficina.

Na terceira e última oficina, após reavaliação da metodologia inicialmente desenhada, foi proposto ao grupo a leitura dos documentos regulatórios da residência, discussão de metodologias de avaliação de cenários de prática previamente selecionados e estruturação da metodologia avaliativa do programa de residência. A proposta foi aceita pelos participantes e foi feita a leitura dos documentos: Resolução 01 de 2015 da Comissão Nacional de Residência Médica (26) e Currículo Baseado em Competência da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (40). Foi apresentado após a discussão dos documentos, as metodologias avaliativas que haviam sido propostas levando-se em conta a experiência em outros programas de residência de Medicina de Família do Brasil: preceptoría minuto, técnicas de feedback, avaliação 360, portfólio, Mini CIEX, prova discursiva e múltipla escolha. Houve pequena contribuição dos participantes da oficina, principalmente, segundo relatos, da pouca apropriação dos mesmos sobre as metodologias avaliativas, de modo que a coordenadora propôs algumas opções de avaliação sendo acatadas pelos participantes.

Importante ressaltar que ficou a cargo da coordenadora da residência, estruturar e registrar as propostas do grupo de reforma curricular, bem como redigir um novo programa da residência tendo como referência as

atas e produtos das oficinas. Após o término de cada oficina, as atas e a sistematização do produto eram enviados aos participantes para aprovação e adequação se necessário. No último encontro uma proposta de programa foi apresentada para validação dos participantes e estruturação de propostas de mudanças.

Quando avaliamos o programa final e as atas de cada oficina percebe-se que grande parte do que está registrado como produto das oficinas foi transcrito para o Programa, incluindo o perfil de egresso esperado. Um dos fatores que contribuíram para esta coesão foi a participação da relatora em todas as oficinas e da submissão ao grupo de reforma curricular do trabalho em curso, de modo que, todos os participantes se sentissem representados no documento final.

Podemos mencionar aqui como contribuições e limites da terceira oficina os seguintes pontos:

Contribuições – A estruturação da metodologia avaliativa e a participação de preceptores e residentes neste processo contribuiu em muito para a compreensão dos mesmos sobre o que se espera de cada ator, bem como a percepção do processo formativo vinculado à proposta avaliativa.

Outro elemento importante é que grande parte dos participantes, à exceção dos docentes, não conhecia as metodologias propostas e precisaram se apropriar não somente das ferramentas em si, mas do que se pretende em relação à competência avaliada. Foi possível que compreendessem porque usar conceito ao invés de nota por exemplo, ou porque não utilizar uma prova teórica para avaliar uma habilidade cirúrgica.

Freire (51) nos mostra que a autoridade docente não é estruturada somente pela competência teórica. Além do domínio de conteúdos, processo de ensino-aprendizagem e de uma proposta pedagógica condizente com a necessidade do cotidiano, o educador necessita promover a generosidade, estabelecendo um equilíbrio entre autoridade e liberdade, orientando os estudantes para a assunção de responsabilidades, para a tomada de decisões

e para a construção da autonomia. Desta maneira, é importante que o residente e o preceptor se empoderem sobre o processo avaliativo, de aprendizagem e sejam atores ativos de seu próprio aprender.

Limites – Apesar de bastante produtiva, a oficina não preparou uma metodologia para introduzir os conceitos abordados sobre avaliação. Equivocadamente, partiu-se do pressuposto de que os participantes já dominavam metodologias e uma compreensão acerca da avaliação. A apresentação dos métodos e seus objetivos poderiam ter sido introduzidos de uma maneira menos tradicional e com metodologias ativas que permitissem aos participantes construir seus próprios conceitos sobre processo avaliativo e a melhor metodologia a ser aplicada em cada cenário ou momento.

O antigo e o novo

Quando comparamos os dois programas da residência, o inicial e o final, pode-se perceber diferenças importantes. Optou-se por deixar clara as divergências entre os dois programas, uma vez que esta compreensão é fundamental para entender as disputas ideológicas e de poder que se seguiram na aprovação do novo programa, tanto nas instâncias deliberativas dentro da instituição quanto nas negociações com a gestão municipal de saúde.

Para compreendermos adequadamente o contexto do surgimento do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade na UFU, é importante esclarecer o seu surgimento. Fruto de uma disputa institucional, o seu primeiro programa é consequência de uma necessidade nacional, estimulada fortemente pelo Ministério da Saúde e a necessidade local de provimento de médicos mais bem qualificados para a rede de atenção básica do município e região, que absorvem a maioria dos egressos de medicina da UFU. Foi no contexto de compromisso com o médico egresso e a competência técnica e habilidade humanística que professores da saúde coletiva construíram o primeiro programa e iniciaram as atividades aprovadas pela CNRM em 2010. Vale ressaltar que neste momento, não havia nenhum docente especialista em Medicina de Família e os poucos médicos de família da rede do município tinham realizado especialização com pouco ou nenhum contato com o contexto nacional da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Neste primeiro documento, chamam a atenção algumas diferenças importantes: a proposta de que a residência tivesse três anos de duração ao invés dos dois proposto pela Comissão Nacional de Residência Médica; que neste primeiro ano, o médico residente iria fazer estágio nas cinco grandes áreas (Clínica Médica, Saúde Mental, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Clínica Cirúrgica e Saúde Coletiva), só sendo iniciando o estágio em uma Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF- no seu segundo ano de residência. Este primeiro ano utilizava como cenário de práticas ambulatoriais,

enfermaria e plantões na urgência e emergência do HC-UFU. A proposta para o segundo ano contava, além do estágio em UBSF, metade da carga horária semanal destinada a ambulatórios de outras especialidades, um estágio optativo que o residente poderia escolher a partir de uma oferta inicial (radiologia, dermatologia, saúde mental, cuidados paliativos e gestão) além de um segundo estágio optativo a ser escolhido de acordo com as necessidades do residente e a percepção de necessidade do supervisor, disponível também no ano seguinte. A proposta para o terceiro ano de residência voltaria - se para o desenvolvimento de habilidades de preceptoria, gestão em saúde, pesquisa em APS, epidemiologia e aperfeiçoamento técnico com treinamento em procedimentos de maior complexidade como colposcopia e criocirurgia. Além disso, o R3 contaria com o cenário de prática da Unidade Básica de Saúde no desenvolvimento de outras habilidades como terapia familiar, colocação de DIU e pequenas cirurgias. Importante salientar a presença da enfermaria do HC – UFU como cenário de prática, durante os dois últimos anos de residência, bem como a proposta de acompanhamento de supervisão balizado por tutorias com o grupo de residentes e discussão de bibliografia previamente selecionada. Outros elementos que chamam a atenção no primeiro programa é a presença de um conteúdo programático extenso, principalmente no primeiro ano, com exposição das patologias essenciais a serem abordadas ao longo da residência e a necessidade de entrega de um projeto de pesquisa com artigo para publicação ao término do programa.

Quando pensamos retrospectivamente este programa inicial é necessário ponderar que a rede de atenção à saúde no município de Uberlândia era muito diferente do que no ano de 2015/2016 quando as mudanças curriculares foram propostas. Houve uma significativa ampliação das Unidades Básicas de Saúde da Família no município desde o ano de 2012 (52), bem como a priorização, por parte da secretaria de saúde, na contratação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade ou com residência concluída para compor o corpo clínico da Atenção Primária. Outra alteração política que contribuiu de forma sobremaneira na integração ensino-serviço foi a gestora da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde ser uma professora do departamento de saúde coletiva, médica de

família e antiga coordenadora do Programa de Residência de MFC. Isto por si só, já contribui enormemente nas discussões junto à secretaria sobre os cenários de prática e a preceptoria, uma vez que a mesma era aberta e compreendia as dificuldades e desafios de uma residência da instituição de ensino que tem uma boa parte de seu cenário de prática na rede municipal de saúde.

Quando analisamos o novo programa de residência chama a atenção, em primeiro lugar, a descrição clara de qual o perfil esperado do egresso e é com base neste perfil que todos os estágios e propostas pedagógicas são desenhados. Observa-se que a proposta é de dois anos de residência, seguindo as recomendações da Comissão Nacional de Residência Médica, com objetivos gerais e específicos definidos para os dois anos e divididos em Atenção à Saúde, Gestão e Educação em Saúde. A carga horaria definida é de segunda a sexta feira, acompanhando o horário de funcionamento das UBSFs e com plantões noturnos ou nos finais de semana limitados a doze horas (não sendo previstos plantões de 24 ou 36 horas).

O conteúdo programático no primeiro ano é dividido em competências a serem adquiridas: teórica, prática, organização e gestão do serviço de saúde, clínica (atenção à saúde) e competência voltada a situações específicas dos ciclos de vida. No segundo ano prevê-se um aprofundamento das competências já desenvolvidas no R1 e direcionamento para as questões do ciclo de vida, inclusive com análise epidemiológica e gestão da clínica. Observa-se que grande parte do conteúdo programático segue a orientação da CNRM(26) e fato importante que difere da proposta inicial da residência é que os cenários de prática incluem em grande parte a rede de atenção à saúde do município (Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de Atendimento Integrado – atenção secundária –, Hospital Municipal, Programa Melhor em Casa, SAMU, rede CRESCER, CEAI – Centro Especializado de Atenção ao Idoso etc) com a carga horária majoritária destinada a UBSF. Apesar da prática dos estágios ser majoritariamente na rede de atenção à saúde, alguns espaços dentro do HC-UFU foram mantidos porém com um perfil diferente do anterior como ambulatório de Transexuais e

Travestis, ambulatório de pediatria para crianças com Síndrome de Down e o de Transtornos de Aprendizagem, não sendo cenário de prática para urgência e emergência e não tendo como disponibilidade o acompanhamento em enfermarias.

Além disso, também é digno de nota a possibilidade do residente experimentar o atendimento especializado dentro da Atenção Básica, visto que faz parte do cronograma curricular o acompanhamento do matriciamento em Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde Mental, onde o residente acompanha o médico especialista na discussão de casos junto aos médicos da Estratégia de Saúde da Família. Quando observamos os estágios propostos, tanto no R1 quanto no R2, observamos alguns cenários de prática ou propostas inovadoras como Saúde do Escolar em parceria com o Colégio de Aplicação da Universidade Federal de Uberlândia com enfoque nos transtornos de aprendizagem; Práticas Integrativas e Complementares com homeopatia e acupuntura, ambulatório de transexuais, acompanhar a equipe volante de assentamentos e ocupações, o estágio de medicina rural e a possibilidade do residente acompanhar o parto vaginal das gestantes que realizaram o pré-natal na sua UBSF. Apesar de iniciativas inovadoras, são todas propostas discutidas e sugeridas pela Sociedade Brasileira de MFC (40), de acordo com as necessidades e peculiaridades de cada localidade do Brasil.

Apesar destes estágios propostos, outros observados ainda refletem uma concepção de medicina de família como junção de outras especialidades com um cenário de prática não adequado à atenção primária e que por vezes se afasta da realidade do que é atendido nas UBSFs como os ambulatórios de especialidades médicas (urologia, nefrologia, cardiologia etc). Por terem como cenário de prática um hospital terciário, é importante observar que muitas vezes não dialogam com a rede de atenção ou com a realidade da atenção básica, porém diminuem a ansiedade dos residentes recém-formados em carências educacionais da graduação. Assim como no programa antigo, o novo programa também prevê uma formação em preceptorial, com o residente

sendo inserido na iniciação à docência no primeiro ano e sendo responsável pela preceptoria de internos da graduação no segundo ano.

Elementos importantes presentes no novo programa incluem a descrição do estágio com os objetivos gerais e específicos de cada um, baseado nas competências que deverão ser adquiridas bem como a metodologia avaliativa da aquisição das mesmas. Além de uma descrição de quais outros estágios estão sendo realizados no mesmo período, de modo que os preceptores tenham clareza que, por exemplo, dentro da Saúde Mental do segundo ano existem dois meses de urgência psiquiátrica, atendimento no CAPS e matriciamento de saúde mental, possibilitando maior interação e diálogo entre cenários e preceptores. Em nenhum momento, durante os dois anos de residência, o residente terá mais do 50% de sua carga horária fora da UBSF e o mesmo fica vinculado a uma mesma equipe.

Se, por um lado, a permanência do residente em uma mesma equipe permite que ele se vincule aos pacientes e faça um acompanhamento longitudinal do seu trabalho, por outro, corre-se o risco de atritos existentes entre os membros da equipe e o residente e/ou entre preceptor e residente serem tensionados ao limite prejudicando o processo de aprendizagem. Além disso, cada UBSF apresenta uma riqueza de cenário que perpassa a relação médico-paciente, médico-equipe e equipe-comunidade, com uma grande possibilidade de aprendizagem. Manter um residente em uma mesma UBSF diminui a possibilidade de aprender outras formas de trabalho de acordo com outros cenários de UBSFs.

Quadro 02: Principais mudanças entre o programa antigo e o novo programa após a transformação curricular

	ANTES	DEPOIS
Duração	3 anos	2 anos
Cenário de Prática	GO, CM, CC, Pediatria, Saúde Mental e Saúde	Acontece majoritariamente na

	Coletiva (UBSF somente no R2) dentro do Hospital de Clínicas - UFU	UBSF com estágios estratégicos em Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde Mental acontece prioritariamente na Rede Municipal de Saúde
Urgências/ Emergência	Realizado dentro do PS do HC-UFU	Realizado nos serviços de Pronto Atendimento da SMS e no SAMU
Atendimento Especializado	Acompanhado nos ambulatórios do HC-UFU	Acompanhamento do matriciamento realizado na Rede municipal de Saúde e/ou ambulatórios da atenção secundária do município
Estágio Optativo	No R2 (a partir da oferta da residência) e no R3 a ser negociado entre preceptor e residente	No R2 pactuado entre preceptor e residente de acordo com as necessidades do mesmo
Outras habilidades	Preceptoria, gestão, epidemiologia e aperfeiçoamento técnico em procedimentos de maior complexidade no R3	Incorporação da epidemiologia aplicada na prática clínica, iniciação à docência, gestão da clínica e aperfeiçoamento técnico ao longo do R1 e R2

Teoria	Conteúdo extenso desenvolvido principalmente no R1 e necessidade de entrega de artigo ao final do programa	Desenvolvimento do conteúdo teórico através de reuniões clínicas com metodologia ativa e não há necessidade de entrega de artigo para publicação
UBSF e Preceptoria	Volante, residente ficaria rodiziando entre preceptores e UBSF	Residente fica vinculado a um preceptor e equipe durante os dois anos
Supervisão	Introdução do mentoring/ tutoria como estruturação pedagógica para a supervisão	Reuniões clínicas semanais com preceptores, residentes e docentes; Tenda invertida semanal realizada pelos docentes na Unidades e avaliação realizada pelos docentes e preceptores
Inovação	Estímulo à produção científica e desenvolvimento de habilidades técnicas como radiologia e cuidados paliativos	transtorno de aprendizagem no saúde escolar, ambulatório de transexuais e travestis, implementação das PICS e Medicina Rural

Do papel para a realidade

Desafios Internos

Quando analisamos o processo de implantação de qualquer transformação curricular alguns elementos institucionais precisam ser levados em consideração, uma vez que é necessário a aprovação dessas mudanças nos fóruns de discussão e deliberação. No caso da Residência de Medicina de Família e Comunidade, a primeira instância deliberativa foi o departamento de saúde coletiva que é o responsável institucional pela coordenação do programa, seguido da COREME da instituição.

Assim como em todo espaço de trabalho, existem relações micropolíticas que podem interferir no desenvolvimento de ações ou projetos. Interferências essas que envolvem desde as crenças pessoais e a formação anterior das pessoas intrinsecamente comprometidas com o programa até a disputa por cenários de práticas e preceptoria dentro do ambiente institucional. A disputa política e de poder que permeia as micro-relações esteve presente em todo o processo de construção deste novo programa, incluindo na relação com os profissionais da rede de atenção básica do município e a seleção de cenários de prática e preceptores mais capacitados para exercer a função de preceptoria.

Todo processo de mudança gera desconfortos, em especial com os preceptores e docentes que já estão acostumados a um modo de fazer, pensar e construir o processo pedagógico. Inevitavelmente a mudança gera conflitos e resistências. Neste processo não foi diferente. Dentro do Departamento de Saúde Coletiva, espaço fraterno de discussão política, houveram divergências em relação à nova proposta do programa, que focava muito mais em aspectos técnicos da formação da especialidade de Medicina de Família e menos no componente da Saúde Coletiva previamente existente. Apesar de mantidos estágios vinculados aos professores da saúde coletiva, compreendendo que o perfil do médico egresso deve ter desenvolvido

competência em relação ao gerenciamento do cuidado e do território, conhecer a rede de atenção à saúde e os princípios do planejamento institucional, bem como compreender-se enquanto agente político transformador do Sistema Único de Saúde, houve divergências quanto aos objetivos pedagógicos, duração do estágio e professores vinculados.

Outro elemento importante a ser considerado em propostas de mudança curricular como a ocorrida é que envolve mexer em estruturas já bastante arraigadas, principalmente no que se refere à burocracia institucional, como horas – aula, certificados de participação e pontuação na progressão de carreira. Neste sentido, definir novo plano de ensino, implica em um aperfeiçoamento por parte do docente e/ou preceptor, no sentido de conseguir, através de seu estágio, desenvolver competências que serão cobradas do residente posteriormente, o que conseqüentemente leva à necessidade de aprofundamento em metodologias de ensino, adequação das avaliações à competência desenvolvida e eventualmente também aperfeiçoamento técnico. Nesta perspectiva a mudança curricular promove conflito, disputa e uma necessidade de sair da zona de conforto.

Professores e/ou preceptores foram desligados do programa ou sua participação foi redesenhada, houve resistências, alguns estágios foram realocados, mas de maneira geral foi possível negociar as mudanças e o projeto pedagógico sofreu poucas alterações após as ponderações do Departamento de Saúde Coletiva. Neste sentido, existir uma diretriz nacional para a formação do médico residente, um currículo mínimo da sociedade e uma lei norteando a necessidade imperativa de mudanças e adequações dos currículos foi fundamental para que as disputas políticas internas fossem embasadas em documentos nacionais e internacionais sobre o processo de formação do médico residente em medicina de família.

Desafios Externos

Considerando que a Residência de Medicina de Família e Comunidade acontece majoritariamente na rede de atenção à saúde do município de Uberlândia, outro elemento muito importante na execução das

mudanças propostas foi a articulação do ensino-serviço. Existem, nesta perspectiva, três grandes complicadores na implementação de um programa de residência com estágios estruturados: rotatividade de profissionais, perfil dos profissionais da rede e pactuação com a gestão municipal.

A rotatividade dentro do sistema único de saúde, em todas as categorias profissionais, mas especialmente entre os médicos é muito grande. Esse dado se agiganta ainda mais quando falamos em municípios que não realizam concurso público para contratação de profissionais, mantendo contratos terceirizados através de organizações sociais (como é o caso de Uberlândia) ou com contratação temporária de seus profissionais através da CLT. Este vínculo empregatício frágil, deixa os profissionais susceptíveis a mudanças de gestão, perseguições ou influências políticas.

Além disso, permite que o profissional assuma um cargo com uma programação de temporalidade curta, já prevendo uma mudança de emprego, aprovação em prova de residência ou motivos de ordem pessoal. Sem a estabilidade de uma carreira em regime estatutário, profissionais e empregadores vislumbram o cargo como temporário, uma vez que o que rege o vínculo entre os dois, e a sua dedicação e empenho no desenvolvimento de suas funções fica comprometido frente à fragilidade temporal de sua permanência. Esta rotatividade, como esperada, prejudica o vínculo do residente com a equipe, o desenvolvimento de atividades previstas, bem como a estabilidade a longo prazo do residente dentro de uma mesma unidade de saúde (proposta deste programa).

Quando o preceptor Médico de Família opta por deixar o serviço público ou mesmo transferir-se de unidade de saúde, isso gera um contratempo muito grande para a residência, visto que o objetivo principal na permanência do residente em uma mesma unidade de saúde é que ele possa criar vínculo, não somente com a equipe, mas também com os pacientes. Além disso, pensar projetos de intervenção que são desenvolvidos dentro dos estágios de iniciação a docência ou planejamento e gestão, por exemplo, preveem o diagnóstico, elaboração e execução da intervenção na equipe ou

unidade de saúde. Ainda que o residente permaneça alguns meses na unidade, a necessidade de acompanhar o preceptor na mudança ou mesmo mudar de preceptor é bastante deletério para esta proposta de formação. Ainda assim, não foi possível implementar uma alternativa para que a rotatividade de profissionais na rede de atenção à saúde de Uberlândia diminua.

Outro fator bastante difícil na implementação das mudanças está na característica dos profissionais contratados pela rede. Conforme apontado anteriormente os médicos que atuam na estratégia de saúde da família em sua grande maioria não são especialistas na área, uma vez que existem 4022 médicos de família no Brasil e estes representam 1,2% do total de médicos existentes(1). Fica claro que pela quantidade de médicos de família existentes não seria possível que todas as equipes de saúde da família fossem ocupadas por especialistas na área. Isso acaba provocando uma dificuldade grande em encontrar preceptores com perfil, não somente dentro da categoria médica mas também fora dela.

Todos os dispositivos governamentais citados necessitam para sua implementação, de profissionais de saúde que sejam capazes de cuidar, gerir o seu trabalho e ensinar. O sucesso de todos os programas perpassa, necessariamente, por um preceptor qualificado para esta função. Diante deste contexto a escolha correta do preceptor é estratégico para o funcionamento da rede de educação e saúde(53). Nem todos os profissionais que trabalham atualmente na rede sabem/ conhecem qual a proposta da ESF e os instrumentos para o desenvolvimento de um bom trabalho. Assim, com a chegada do residente e a proposta para a equipe de mudanças no seu processo de trabalho para aprimorar as ferramentas de gestão da clínicas, mediação de conflitos, recepção/preceptoría de internos, planejamento das atividades baseada nos indicadores em saúde etc acaba sendo interpretado por membros da equipe como sobrecarga de trabalho. Introduzir novas ofertas para a população como grupos de tabagismo, grupos de yoga, fitoterápicos, terapia comunitária, realização de pequenos procedimentos etc gera muito desgaste entre os membros da equipe e o preceptor e/ou residente.

Quando o estágio não é na Atenção Básica, mas em outro nível de atenção, encontramos problemas como o desconhecimento por parte do preceptor-especialista sobre a medicina de família, a concepção de que não é necessário residência para realizar o trabalho e que “o médico do postinho é um médico que não deu certo”(9). Isso acaba desgastando o residente que se sente inferiorizado pelos colegas que não compreendem o seu trabalho. Existem ainda dificuldades em relação à forma como o preceptor compreende o seu papel.

Ser preceptor hoje exige um saber renovar, reconstruir e atualizar-se constantemente. Mas acima de tudo enfrenta o desafio de não ser o dono do conhecimento, mas um cuidador do processo de aprendizagem, compreendendo o educar como um processo reconstrutivo, de dentro pra fora e sobretudo significativo(53). Algumas vezes por desconhecimento sobre metodologias de aprendizagem para adultos, outras por não se reconhecer como educador ou responsável pela formação dos colegas, o preceptor permite que o residente o acompanhe sem discutir casos, dar feedback ou estimular o pensamento crítico do residente. Se omite do seu papel de educador e perde a oportunidade do crescimento conjunto. Aprender a ser preceptor enquanto preceptora o residente.

“educar é exercer influência sobre o aluno de tal modo que ele não se deixe influenciar.” (51)

Capítulo 03 - O que aprendemos

É bastante difícil essa proposta de pensar e analisar o seu próprio trabalho. Retomar o que foi feito e pontuar erros e acertos é uma demanda no mínimo desafiadora. E não foi um processo indolor revisitar as etapas destas oficinas e perceber que já existem várias coisas que provavelmente seriam feitas de maneira diferente. Esta é uma tentativa de compartilhar o que acreditamos que foi essencialmente importante para o sucesso e também apontar caminhos que poderão auxiliar outros a não tropeçarem nos mesmos erros cometidos. A idéia em nenhum momento é oferecer “receita de bolo” mas compartilhar a nossa experiência e sugerir um trajeto que possivelmente tornará esse desafio menos penoso. Vale ressaltar que poder contar com colegas (professores do DESCO), preceptores e residentes tão dispostos a transformar a realidade do programa foi um privilégio. Além disso ter o apoio da gestora da Atenção Básica do Município, não somente enquanto pessoa que compartilha das mesmas ideias, mas sendo professora do DESCO, Médica de Família e antiga supervisora do programa também foi essencial para que algumas das propostas fossem adiante.

Um elemento muito importante quando pensamos este processo de reforma curricular, que talvez tenha sido o decisório no sentido de operacionalizar as propostas e efetivar as mudanças, foi a presença de uma regulamentação nacional que orientasse o conteúdo da reforma e estabelecesse de maneira clara um prazo pra sua efetivação. Neste sentido a Lei do Mais Médicos e o marco regulatório da CNRM foram decisivos para que tudo o que foi construído pela equipe de reforma curricular pudesse ser aprovado nas instâncias deliberativas institucionais. Além disso, esta política nacional de incentivo a Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família amplia em muito a capacidade de negociação da supervisão da residência com a rede de saúde do município.

Além do marco regulatório e da Lei, elementos vinculados a política de incentivo e ampliação da atenção básica como a estruturação das Redes de Atenção a Saúde (54), financiamento de reformas nas unidades de saúde com o programa REQUALIFICA e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ, entre outros foram fundamentais para a efetivação da Estratégia de Saúde da Família e sua qualificação, inclusive possibilitando, até certo ponto, a ampliação e melhoria das Residências de Medicina de Família e Comunidade.

Outro elemento importante que difere a residência de Medicina de Família das demais residências é o fato dela ser preferencialmente realizada na rede de atenção à saúde. Ainda que as residências hospitalares ofereçam o cenário da Atenção Básica como parte de sua oferta de estágios, é menos complexo organizar uma residência que está majoritariamente dentro de um mesmo serviço que já tem um histórico de acolher residentes. Já a Medicina de Família possui, na maioria dos casos, a rede municipal de saúde como principal cenário, não somente na Atenção Básica, mas contando também com o nível secundário e terciário. Isso implica em uma negociação direta com a Secretaria Municipal de Saúde que nem sempre compreende o papel do residente ou deseja um estudante “atrapalhando” a demanda do serviço.

Dito isto, as mudanças de gestão da Secretaria de Saúde impactam diretamente na organização da residência e nas pactuações de estágios. É então muito importante que exista um contrato entre a Universidade e a Rede Assistencial para que as relações tanto interinstitucionais quanto a do preceptor/residente não seja comprometida com mudança de gestor. Neste sentido a proposta do COAPES - Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (55) avançam na tentativa de tornar a relação ensino-serviço menos susceptível tanto às mudanças, quanto às influências dos processos eleitorais. Apesar desta ferramenta importante na articulação macro política, é essencial compreender que a efetivação das transformações propostas acontecem no âmbito da micropolítica, das relações estabelecidas entre os diversos atores envolvidos como preceptores, residentes, equipe de saúde, supervisão da residência, coordenadores de distritos sanitários etc.

Ainda que exista um contrato que verticalize a orientação em relação ao recebimento do residente e a forma como o estágio acontecerá, são as boas relações e envolvimento desses atores que efetivamente transformam o estágio e tornam o processo de ensino-aprendizagem a troca efetiva que precisa ser. Desta maneira, quanto mais envolvidos no processo de gestão e construção do programa, mais integrados e alinhados estarão. Uma proposta interessante levantada pelos preceptores para o início do ano de novos residentes é que a supervisão do programa, juntamente com a equipe da UBSF realizem o planejamento anual do residente, para que equipe e universidade tenham a mesma orientação quanto a objetivos pedagógicos e pactuações de carga horária e liberação.

Tendo clareza das motivações disparadoras do processo de reforma curricular, é importante ressaltar que a opção por ter uma metodologia minimamente estruturada foi fundamental para que houvesse um norteador nas reuniões. Além disso, considera-se que a inclusão de um número maior de atores que estão envolvidas na residência também foi relevante para um resultado satisfatório. Neste sentido, contar com a participação de residentes, ex-residentes (no caso dos docentes que formaram na instituição), docentes e ex-supervisores do programa, além de preceptores Médicos de Família auxiliou muito para que o compromisso e o empenho em qualificar o programa fossem alcançados em cada etapa das oficinas. Cada um teve a oportunidade de dar sua contribuição a partir do local em que trabalha e essa riqueza de diversidade de opiniões e olhares permitiu que todos oferecessem uma contribuição substancial e possivelmente se reconhecessem no produto final.

Vale ponderar que todos os participantes, à exceção de um sanitarista, eram médicos de família (com residência ou especialização) e que tinham ampla experiência na prática clínica da especialidade. É possível que o resultado não teria sido tão conciso caso houvessem sido convidados preceptores de outras especialidades ou médicos generalistas (pediatras, ginecologistas, clínicos etc) que atuam na Atenção Básica, uma vez que a própria especialidade ainda causa estranhamento ou desconhecimento dentro da categoria. Este fato foi reforçado diversas vezes como crítica dos

residentes à preceptores de outras especialidades que questionavam a Medicina de Família ou se referiam à residência como desnecessária para trabalhar no “postinho”. Reafirmando que ainda existe um desconhecimento e/ou preconceito em relação ao trabalho do Médico de Família, como um trabalho menos complexo e portanto mais simples de ser executado. Além disso, para que o conseguíssemos atingir o objetivo traçado foi importante pensar estrategicamente na escolha dos atores participantes. Pessoas minimamente envolvidas com o processo poderiam não ter a compreensão sobre o especialidade em si e/ou as necessidades na formação de um médico residente e dificultar a execução das oficinas.

Por fim, observamos uma necessidade de aproximação da Universidade com a Rede. É fundamental, quando falamos em processo de ensino-aprendizagem, especialmente na formação de residentes, que haja uma sincronia entre o que se pensa dentro das instituições de ensino e o que se pratica no cotidiano das Unidades de Saúde. Realizar a aproximação com o serviço através do diálogo franco com preceptores, ouvindo, compartilhando e construindo em conjunto possibilitou um empoderamento por parte dos preceptores do que a eles era solicitado. Em alguns momentos a Universidade age de modo utilitarista para com os profissionais de saúde, lotando estudantes no cenário de prática e delegando a estes atribuições que nem sempre estão preparados para assumir. As pactuações são realizadas entre os coordenadores mas não existe uma conversa com o profissional da ponta sobre sua disponibilidade, aptidão e sobretudo desejo em preceptorar estudantes. Muitas vezes não se discute as propostas pedagógicas, o que se espera do preceptor e não se dá um feedback sobre o trabalho que o mesmo vem desenvolvendo.

Convidá-lo para construir o programa permitiu escutar e compartilhar, dentro dos limites de cada ator/cenário, descobrindo como fazer esta construção conjunta. Esta parceria enriqueceu tanto a academia, aproximando a realidade cotidiana do ambiente universitário, quanto o serviço, levando elementos da docência e do processo de aprendizagem para o cenário onde ele está efetivamente acontecendo.

REFERÊNCIAS

1. Scheffer M et all. Demografia médica no brasil 2015. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo; 2015. 284 p.
2. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Cien Saude Colet. 2009;14(3):743-52.
3. Rivett G. From Cradle to Grave, the first 50 years of the NHS. First. London: Kings Fund; 1998. 506 p.
4. Lima-Gonçalves E. Médicos e o Ensino da Medicina no Brasil. 1st ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002.
5. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Resolução n3 de 20 de junho de 2014; 2014 p. 1-14.
6. Dias H, Lima L, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS; The trajectory of the national policy for the reorientation of professional training in health. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013;1613-24. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=676385&indexSearch=ID>
7. ABRASCO. Grande público participa da abertura da IV Mostra Nacional de Experiências da Atenção Básica/Saúde da Família em Brasília [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 28]. p. 1. Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/2014/03/grande-publico-participa-da-abertura-da-iv-mostra-nacional-de-experiencias-da-atencao-basicasaude-da-familia-em-brasilia/>
8. Brasil, Ministério da Saúde DAB/SAS. Histórico da Cobertura de Saúde da Família [Internet]. 2016 [cited 2016 Feb 25]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
9. Costa C. Médica de família “dirige Chevette e namora Creisom” em apostila para concurso [Internet]. BBC Brasil. Sao Paulo; 2014 [cited 2016 Jul 30]. Available from: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/09/140920_salasocial_el_eicoes2014_saude_abre_medicos_cc
10. Matias A, Lima C. RESIDÊNCIA MÉDICA SOB A ÓPTICA. Rev da ESMESC. 2010;17(23):175-96.

11. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada Bulletin Number Four (The Flexner Report). Carnegie Bulletin. 1910. p. 364.
12. Educação M da., Trabalho M do, Saúde M, Previdência e Assistência Social M. Decreto 6732 de 07 de julho de 1981. LEI 6.932/1981 (LEI ORDINÁRIA) 07/07/1981; 1981.
13. Decreto 91.364 de 21 de junho de 1985 do Ministério da Educação. DOFC 24 06 1985 008793 1 1985.
14. Brasil. Resolução CNRM 01, de 03 de janeiro de 2006 da CNRM/Sesu/MEC. D.O.U 27/01/2006. seção 1, página 18 2006.
15. Decreto 7.562 de 15 de setembro de 2011. D.O.U. DE 16/09/2011, P. 3 2011.
16. Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface - Comun Saúde, Educ. 2002;6(10):37-50.
17. Brasil, Saúde M da. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Editora Ministério da Saúde; 2015. 128 p.
18. MCWHINNEY IR. A textbook of family medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997.
19. Lopes JMC, Fernandes CLC, Curra LCD, Mattos LFC. Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade. 2009;184. Available from: http://www.sbmfc.org.br/media/file/manualoficina/manual_oficina.pdf
20. World Health Organization [WHO]. Declaração de alma-ata. Conf Int Cuid Primarios. 1978;3.
21. Santana ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Soc. 2001;10(1):33-53.
22. Brasil. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.087, DE 1º DE SETEMBRO DE 2011 [Internet]. Brasília: Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.; 2011. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html
23. Tudo sobre o PROVAB [Internet]. [cited 2016 Jan 1]. Available from: <http://www.tudosobreprovab.com.br/#!estatisticas/c1iis>
24. Brasil. Medida Provisória 621 de 8 de julho de 2013. Institui o Programa

- Mais Médicos e dá outras providências. 2013;1-3.
25. Brasil. LEI 12.871/2013 (LEI ORDINÁRIA) 22/10/2013 [Internet]. Brasília: LEI 12.871/2013 (LEI ORDINÁRIA) 22/10/2013; 2013. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
 26. Brasil CN de RM, SEsu. RESOLUÇÃO Nº 1, DE 25 DE MAIO DE 2015. 2015.
 27. Minayo MCDS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cien Saude Colet. 2012;17(3):621-6.
 28. Ventura MM. Pedagogia Médica O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa The Case Study as a Research Mode. Rev SOCERJ [Internet]. 2007;20(5):383-6. Available from: http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf
 29. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4th ed. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. Sao Paulo: Atlas; 2002. 137-142 p.
 30. Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e Métodos. 5th ed. Nowaczyk DW, editor. Sao Paulo: Bookman; 2015. 271 p.
 31. Coimbra CMB, Nascimento ML. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder Cecília Coimbra Maria Lívia do Nascimento. In: Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde. 1st ed. Niteroi: EdUFF; 2008. p. 143-53.
 32. Lourau R. A análise institucional. Petropolis/ RJ: Vozes; 1975. 88-89 p.
 33. Colombo AA, Aparecida N, Berbel N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores Problematization Methodology with Maguerez' Arch and its relation to teachers' knowledge. Semin Ciências Sociais e Humanas. 2007;28(2):121-46.
 34. Berbel NAN. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. Rev Diálogo Educ [Internet]. 2012;12(35):103-20. Available from: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/dialogo?dd99=pdf&dd1=5904>
 35. Freire P. Pedagogia da Autonomia. 9th ed. Terra P e, editor. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998.
 36. Mendonça ET de, Cotta RMM, Lelis V de P, Carvalho Junior PM. Paradigmas e tendências do ensino universitário: a metodologia da pesquisa-ação como estratégia de formação docente. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2015;19(53):373-86. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200373&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
37. Cunha, Alecsandra Santos; Leite EB. Percepção ambiental: implicações para a educação ambiental. *Sinapse Ambient* [Internet]. 2009;66–79. Available from: http://www.pucminas.edu.br/graduacao/cursos/arquivos/ARE_ARQ_REVIS_ELETR20090930145741.pdf
 38. Digital I. Matriz SWOT – O que é e como ela pode ajudar você a alcançar o sucesso no seu negócio [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 6]. Available from: <http://www.ignicaodigital.com.br/matriz-swot-o-que-e-e-como-ela-pode-ajudar-voce-alcancar-o-sucesso-seu-negocio/>
 39. Brasil. LEI 12.871/2013 (LEI ORDINÁRIA) 22/10/2013. Brasília: LEI 12.871/2013 (LEI ORDINÁRIA) 22/10/2013; 2013.
 40. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. 2015;66–8. Available from: [http://www.sbmfc.org.br/media/CurriculoBaseadoemCompetencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/CurriculoBaseadoemCompetencias(1).pdf)
 41. Perrenoud P. Avaliação: da excelência a regulação da aprendizagem entre as lógicas. Porto Alegre: Artmed; 1999.
 42. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A Five-Step “ Microskills ” Model Of Clinical Teaching. *Clin Teach*. 1992;5(January):419–24.
 43. Chemello D, Manfrói WC, Machado CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptor em um minuto. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2009 Dec;33(4):664–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 44. Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA* [Internet]. 1983 Aug 12;250(6):777–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6876333>
 45. Domingues RCL, Amaral E, Bicudo-Zeferino AM. Conceito global: um método de avaliação de competência clínica. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2009 Mar;33(1):148–51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 46. Gomes AP, Arcuri MB, Cristel EC, Ribeiro RM, Souza LMB da M, Siqueira-Batista R. Avaliação no Ensino Médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2010;34(3):390–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

55022010000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

47. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med* [Internet]. 2003 Mar 18;138(6):476–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12639081>
48. Arantes VA, Haertel BUS. Gênero, ética e sentimentos: A resolução de conflitos no campo da educação [Internet]. Programa Ética e Cidadania. [cited 2016 Jul 30]. p. 6. Available from: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Etica/16_arantes.pdf
49. NASCIMENTO LA, AZEVEDO G, GHIGGI G. O CONCEITO DE AMOROSIDADE EM FREIRE E A RECUPERAÇÃO DO SENTIDO DE EDUCAR. In: VIII Colóquio Internacional Paulo Freire. Centro Paulo Freire; 2013.
50. Freire P. *Comunicação e Extensão*. 10th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
51. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 9th ed. Terra P e, editor. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.
52. Ministério da Saúde DAB. Cobertura de PSF [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 30]. Available from: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
53. Afonso DH, Silveira LMC. Os Desafios Na Formação De Futuros Preceptores No Contexto De Reorientação Da Educação Médica. *Rev do Hosp Univ Pedro Ernesto, UERJ* [Internet]. 2012;82–6. Available from: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=313
54. Brasil. Portaria GM/MS nº 4.279. Brasília; 2010.
55. Brasil. PORTARIA INTERMINISTERIAL No 1.127, DE 04 DE AGOSTO DE 2015. Brasília; 2015.

ANEXOS

Anexo 01



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E DA COMUNIDADE

PERFIL ESPERADO DO MÉDICO DE FAMÍLIA EGRESSO DO PROGRAMA

Espera-se que ao término deste Programa de Residência em Medicina de Família o médico seja capaz de:

- Comprometer-se com a construção do Sistema Único de Saúde, compreendendo suas nuances, limitações e fortalezas.
- Pensar o indivíduo inserido em um contexto familiar, comunitário, social e histórico que influenciam diretamente sua condição de saúde, bem como sua qualidade de vida, entendendo que a clínica precisa ser ampliada para ser resolutive;
- Trabalhar com equipes interprofissionais, tornando-se parte integrante da equipe, valorizando e respeitando as opiniões dos outros profissionais de saúde e compartilhe responsabilidades e decisões;
- Entender que o Brasil e o mundo, por apresentarem contextos e realidades diferentes, apresentam necessidades em saúde diferentes. Sabendo assim, adaptar-se às necessidades e peculiaridades locais e culturais, como territórios rurais, quilombolas, indígenas.
- Compreender a forma como são elaboradas e implementadas as políticas públicas de saúde e a si mesmo como agente construtor dessas políticas;
- Exerça continuamente a educação permanente, mantendo-se tecnicamente atualizado e seja disponível para implementar inovações tecnológicas (tecnologias leves, leves-duras e duras);



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Problematizar baseado em novas evidências, ocorrências ou divergências em relação à saúde da população. Pensando criticamente as atualizações científicas.
- Perceber que as políticas de equidade são uma ferramenta importante na garantia do acesso e da qualidade do atendimento a minorias populacionais, devendo estar preparado a dialogar e fortalecer a inclusão desses grupos no cuidado à saúde;
- Aplicar conhecimentos relativos à práticas integrativas e complementares, bem como instrumentos da educação popular na atividades diárias;

OBJETIVO GERAL:

- Formar especialistas em Medicina de Família e Comunidade, capazes de utilizar conhecimentos, habilidades e atitudes necessários ao desempenho da prática da Atenção Primária à Saúde e da Saúde da Família, em consonância com os princípios consagrados pelo Sistema Único de Saúde/SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Atenção à Saúde:

- conceituar Atenção Primária à Saúde, Saúde Comunitária, Saúde da Família e definir o papel do Médico de Família e Comunidade;
- manejar condições crônicas e estáveis, com momentos de agudização e problemas que configurem situações de urgência e emergência, com o objetivo de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde mais prevalentes;

2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- desenvolver relação médico-paciente que promova o vínculo com a equipe de saúde local, a responsabilidade e a continuidade da assistência e o comprometimento com os problemas de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades;
- utilizar adequadamente os meios diagnósticos e terapêuticos na prática clínica em Atenção Primária à Saúde e desenvolver postura crítica sobre suas indicações e limitações, levando em conta os princípios da medicina baseada em evidências e a relação custo-efetividade dos diversos procedimentos;
- desenvolver diagnósticos de situação demográfica, sócio-econômica, cultural, domiciliar e familiar das comunidades locais e propor ações médico-sanitárias voltadas para as necessidades identificadas;
- abordar e estimular o trabalho com famílias, com a comunidade, com grupos sociais e com outros setores públicos com vistas à promoção da saúde;
- comprometer-se com o cuidado integral às pessoas sob sua responsabilidade, não restringindo sua atuação à existência de uma doença; bem como não terminando sua responsabilidade com a resolução desta

Gestão à Saúde

- Atuar como gerente do cuidado das equipes de saúde locais, sendo capaz de propor e executar ações que aumentem a resolutividade do meio de atendimento primário e do uso adequado das referências do sistema de saúde;
- coordenar os cuidados a serem tomados com o paciente, independentemente do percurso deste pela rede de serviços de saúde inclusive quando este é encaminhado a outro especialista
- Monitorar a situação de saúde e doença dos indivíduos, famílias e comunidades, indicando as ações mais adequadas para a melhoria da saúde.

3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Atuar em equipe multiprofissional em unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, reconhecendo a estrutura e funções da rede básica de saúde, as atribuições e as responsabilidades dos membros da equipe;
- Desenvolver competência para o manejo racional de recursos disponíveis para a sua prática, de forma efetiva e equânime

Educação em Saúde

- Integrar-se aos processos de Educação Permanente em Saúde de seu território;
- Compreender o papel formador dos serviços de saúde e exercer ações de preceptoria a estudantes e estagiários;
- Realizar pesquisa na área de atenção primária à saúde como forma de integrar o conhecimento teórico com a prática do método científico;
- Conhecer e dominar a metodologia científica para a sua aplicação adequada no nível individual e coletivo.

4



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



DURAÇÃO E HORÁRIO DA RESIDÊNCIA:

O programa prevê uma duração de 2 anos, com uma carga horária de 5760h, ocorrerá prioritariamente das 07:00 às 17:00 de segunda a sexta-feira, podendo ser desenvolvidas atividades em outros horários, e plantões de 12h de treinamento em emergências e maternidade.

NÚMERO DE MÉDICOS RESIDENTES:

Total: 8, sendo 4 RI e 4 RII

CURRÍCULO

O treinamento do residente será desenvolvido segundo os conhecimentos que se constituem os eixos da prática em Medicina de Família e Comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde:

- I - Atenção Básica;
- II - Urgência e Emergência;
- III- Atenção Domiciliar;
- IV - Saúde Mental;
- V - Educação Popular em Saúde e Participação Social;
- VI - Saúde Coletiva; e
- VII - Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

5



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



Para possibilitar o desenvolvimento das competências esperadas, existem diversos cenários de práticas, onde diferentes conhecimentos, habilidades e atitudes são exercitadas como cenários ambulatoriais, comunitários, domiciliares, hospitalares, de pronto-atendimento, de gestão em saúde, de atenção psicossocial e de acesso a meios diagnósticos para a garantia do aprendizado e treinamento em serviço dos médicos residentes.

COMPETÊNCIAS

Competência é como a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, a partir de aspectos cognitivos, atitudinais e psicomotores.

Quanto aos níveis:

Pré-requisito: O que se espera em termos de competência de um profissional antes de entrar na residência.

Essenciais: O que se espera de competências para todo residente ao fim de seu processo de formação como especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Desejáveis: O que se espera de um residente diferenciado que consiga avançar para além das competências essenciais.

Avançadas: O que se espera de um profissional que tenha adquirido uma proficiência em uma área de atuação específica dentro do campo de atuação de um MFC. São competências a serem alcançadas usualmente após o término da residência e muitas vezes demandam outras formações específicas.

Primeiro ano do Programa – R1

6



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



Competência Teórica

- Os princípios da Medicina de Família e Comunidade
- Os princípios da Atenção Primária à Saúde
- A Saúde Coletiva

Competência Prática

- A abordagem individual;
- A abordagem familiar;
- A abordagem comunitária;
- O raciocínio clínico;
- As habilidades de comunicação;
- A ética médica e bioética;
- A educação popular em saúde;
- A educação permanente em saúde;
- As habilidades frente à pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência;
- Os fundamentos da Medicina Rural, e
- A introdução às práticas integrativas e complementares

Competência de Organização e Gestão do Serviço de Saúde

- Gestão da clínica e organização do processo de trabalho;
- Trabalho em equipe multiprofissional;

7



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Conselhos de Saúde e Participação Popular;
- Avaliação da qualidade e auditoria dos serviços de saúde; e
- Vigilância em Saúde.

Competência Clínica – Atenção à Saúde

- A abordagem de problemas gerais e inespecíficos;
- A abordagem de problemas respiratórios;
- A abordagem de problemas digestivos;
- A abordagem de problemas infecciosos;
- A abordagem de problemas relacionados aos olhos e à visão;
- A abordagem de problemas de saúde mental;
- A abordagem de problemas do sistema nervoso;
- A abordagem de problemas cardiovasculares;
- A abordagem de problemas dermatológicos;
- A abordagem de problemas hematológicos;
- A abordagem de problemas relacionados aos ouvidos, nariz e garganta;
- A abordagem de problemas metabólicos;
- A abordagem de problemas relacionados aos rins e vias urinárias;
- A abordagem de problemas musculoesqueléticos;
- Os cuidados paliativos;
- O cuidado domiciliar;

8



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- O rastreamento;
- A urgência e emergência; e
- A realização de procedimentos ambulatoriais e pequenas cirurgias.

Competência voltadas a situações específicas e ciclos de vida

- A atenção à saúde da criança e adolescente;
- A atenção à saúde do idoso;
- A atenção à saúde da mulher;
- A atenção à saúde do homem;
- A atenção à sexualidade;
- A atenção ao ciclo gravídico-puerperal;
- A atenção às situações de violência e outras vulnerabilidades; e
- A atenção à saúde do trabalhador.

Segundo ano do Programa – R2

O segundo ano da Residência em Medicina de Família e Comunidade deverá abordar as mesmas áreas de competência do primeiro ano de residência, porém com maior complexidade e profundidade.

9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

A proposta didático-pedagógica privilegiará o enfoque do ciclo de vida, partindo-se dos contextos da situação social da criança, do adolescente, do adulto, da mulher, do idoso, em termos de condições sócio-econômicas, contexto familiar, graus de autonomia, fisiologia, comportamentos e qualidade de vida. A partir dos critérios identificados na prática desenvolvida nas unidades básicas e na comunidade com as famílias e pacientes, buscando-se identificar a transição do normal para o patológico, caracterizando-se os quadros clínico e epidemiológico envolvidos. Em um trabalho em equipe interdisciplinar se buscará traçar as estratégias de intervenção sobre os determinantes do processo saúde e doença, sobre os riscos, agravos e os danos. Ações de promoção e educação para a saúde, prevenção, assistência e reabilitação estarão sendo executadas usando-se da tecnologia mais apropriada segundo as premissas da atenção primária à saúde.

Dinâmicas e práticas de treinamento em serviço:

- Integração em uma Equipe de Saúde da Família que constituirá majoritariamente o cenário de prática do residente nos dois anos de residência;
- Territorialização, levantamento de indicadores, análise de situação do território adscrito e da apropriação da dinâmica de trabalho da equipe;
- assistência clínica e acompanhamento de doentes internados da sua área de abrangência

10



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- consulta individual, consulta conjunta, interconsulta com especialistas
- atendimento hospitalar e de emergência;
- atividades de grupo e de prevenção e educação;
- visitas domiciliares de consulta, vigilância epidemiológica; planejamento participativo local orientado por problemas;
- atividades comunitárias de promoção à saúde; reuniões de equipe e atividades de educação permanente;
- Introdução à docência com metodologias ativas de ensino-aprendizagem e supervisão de estudantes de graduação;
- discussão de casos clínicos, revisão de literatura científica;
- cursos teóricos complementares;
- avaliação periódica

Dinâmicas e práticas de treinamento específicos:

1º ano e 2º de residência:

A- Unidade Básica de Saúde da Família do Município de Uberlândia

- atividade diária de assistência clínica e acompanhamento das atividades rotineiras pertinentes à Atenção Básica, territorialização, levantamento de indicadores, análise de situação do território adscrito e da apropriação da dinâmica de trabalho da equipe. Cadastro familiar, diagnóstico de comunidade, mapeamento de risco clínico, epidemiológico, sanitário e ambiental, planejamento local, atividades comunitárias, de educação e de promoção à saúde, relação médico/paciente/família/comunidade, visita domiciliar, referência e contra-referência, avaliação, supervisão, trabalho multidisciplinar, ação intersetorial.

B- Serviços de Emergência – Unidades de Atendimento Integrado:

11



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- plantões de 12h/semana, no setor de emergência e/ou maternidade

C- Ambulatórios:

- atendimento referenciados ao nível secundário, diagnóstico, prognóstico e terapêutica, rotinas e condutas (UAIs, CAPS, HC-UFU)

D – Matriciamento

- Acompanhar as atividades de matriciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família das especialidades médicas – Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Psiquiatria.

E – Rede de Atenção à Saúde:

- Conhecer a rede de serviços de saúde existente em Uberlândia, atendimentos, diagnóstico, prognóstico e tratamento, grupos terapêuticos e atividades que possam ser solicitadas pela preceptoria em espaços como CAPS, Melhor em Casa, Serviço de Atendimento Domiciliar, SAMU, rede CRESCER, CEAI ou CER ou demais redes interessantes para formação de residentes.

E - Atividades de educação permanente :

- As atividades de educação permanente será realizada com docentes da UFU e Preceptores da Residência, nos locais de funcionamento das ESF e Universidade, envolvendo consultas supervisionadas, clube de revistas, apresentação de casos e aulas teóricas. Será oferecida uma programação envolvendo todos os ciclos de vida e segundo demanda verificada no local.

Serviços e instalações:

12



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Unidades Básicas de Saúde da Família do Município de Uberlândia
- Hospital e Maternidade Municipal dr. Odeldo Leão
- Hospital de Clínicas da UFU
- Unidades de Atendimento Integrado
- Centro de Atenção Psicossocial

Avaliação

Os residentes serão avaliados trimestralmente com instrumento proposto pela COREME conforme regimento interno. Além disso, haverá avaliação do comportamento apresentado pelo residente nos estágios realizados fora do ambiente da Unidade Básica de Saúde da Família aplicado pelo preceptor responsável pelo estágio. Esta avaliação será baseada no instrumento que segue ao final de cada plano de estágio e deverá ser aplicada ao término do estágio. Os residentes ainda serão submetidos a uma avaliação formativa na Unidade Básica de Saúde da Família com instrumentos que abordam diferentes competências (conhecimento, habilidades e atitudes).

Destaca-se aqui como referencia para avaliação de competências os seguintes instrumentos:

- Preceptoria Minuto (one minute preceptor)
- Avaliação 360
- Mini CEX
- Portfólio
- Video
- Prova teórica

13



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



CORPO DOCENTE:

Natália Madureira Ferreira

Erica Maria Ferreira de Oliveira

Preceptores:

Alba dos Santos Rocha	Médica de Família
Marina Soares Silva	Médica de Família
Rubia Arakaki de Oliveira	Médica de Família
Leticia Alves da Silva	Médica de Família
Gustavo Antonio Raimondi	Médico de Família
Danilo Borges Paulino	Médico de Família
Rosuita Fratari Bonito	Medicina Preventiva
Nilton Pereira Junior	Medicina Preventiva
Maria Tereza Neri Rosa	Medicina de Família
Cecília Ferreira Quirino	Ginecologia/ Obstetrícia
Julianni Bernadelli Lacombe	Pediatria

14



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



Domenica Camurugi Senhorinho Silva	Psiquiatria
Maria Luiza Mendonça Pereira Jorge	Endocrinologista
Luiz Carlos Oliveira Junior	Psiquiatria
Renata Rodrigues Catani	Ginecologia/ Obstetrícia
Luanda Calábria	Ginecologia/ Obstetrícia
Saadallah Azor Fakhouri Filho	Geriatría
Lauren Olivia Alves da Silva	Pediatria
Marcelo de Freitas Mendonça	Geriatría / Melhor em Casa

15



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



SEMANA PADRÃO PROPOSTA PARA A RESIDÊNCIA

2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
UBSF	UBSF	UBSF	INICIAÇÃO DOCENCIA	A MATRICIAMENTO
UBSF	UBSF	AMBULATÓRIO	TENDA INVERTIDA	UBSF

obs: Toda segunda-feira haverá reunião clínica das 18:00 às 20:00
O turno e o horário dos plantões dependerá do rodízio que o residente está cursando

16



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



Cronograma para os Estágios da Residência de MFC - R1

Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Vigilância e Gestão	Saúde da Mulher		Saúde da Criança		Saúde Mental		Saúde do Adulto		Saúde do Idoso		Férias
	<ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento • Ambulatório de DIU • Ambulatório de Transexuais – UFU • Urgência – UAI Martins 		<ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento • Ambulatório de Pediatria – Lauren (UFU) • Urgência - UAI 		<ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento • Urgência UAI Tiberly • CAPS 		<ul style="list-style-type: none"> • Urgência UAI • Hanseníase • PICS 	<ul style="list-style-type: none"> • Urgência UAI • Dermat • PICS 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor em Casa • Ambulatório de Geriatria 		
Iniciação à Docência											

Preceptores:

Urgência:

UAI Martins GO – Bárbara
UAI / Pediatria – Flávia
UAI Tiberly/ Psiquiatria – Mauricio
UAI/ Adulto – Lucas

Ambulatórios:

DIU
Transexuais – Gustavo/ Flávia
Pediatria – Lauren
Hanseníase - Isabela
PICS – Lucas e Rogério

Dermato - Gabriel
Geriatria – Sadallah

Matriciamento:

Mulher – Cecília
Pediatria - Julianni
Psiquiatria - Domenica

17



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



Cronograma para os Estágios da Residência de MFC - R2

Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Saúde da Mulher	Saúde da Criança		Saúde Mental		Saúde do Adulto		Saúde do Idoso e Adolescente		Optativo	Medicina Rural	Férias
<ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento Hospital Municipal 	<ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento • Ambulatório de Síndromes • Saúde do Escolar 		<ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento • Medicina Rural – Assentamentos 		<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatório Pneumologia • Ambulatório Cardiologia 		<ul style="list-style-type: none"> • Urgência Oftalmica • Ambulatório Nefrologia 		Centro de Referência para Deficiências CRESCER e CEAI		
Realização de Partos no Hospital Municipal / Preceptoría do Internato/ Roda de Conversa sobre Saúde Mental											

Preceptores:

Cenário:

Hospital Municipal – Renata/ Paula
Saúde Escolar – Carlos Henrique
Melhor em Casa - Marcelo

CER - Laerte
Medicina Rural

Ambulatórios:

Síndromes – Lauren
Pneumologia – Ricardo
Cardiologia – Luciano
Nefrologia – Carina
Endócrino – Ricardo
Oftalmo - Edimar

Matriciamento:

Mulher – Cecília
Pediatría - Julianni
Psiquiatria - Domenica

** Tenda Invertida: Camila (SM), Maria Luiza (SA) Alisson (SA), Carina (SA)

18



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



PLANO DE ENSINO

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1. IDENTIFICAÇÃO

ESTÁGIO: Estratégia Saúde da Família						
TURMA: 2º ano	ANO: 2016	DATA DE INÍCIO: 01/03/2016	DATA DE TÉRMINO: 28/02/2017	NÚMERO DE SEMANAS: 44		
Coordenador do Programa: Prof. Natália Madureira Ferreira						
Residentes: Nathalia Neiva dos Santos						

UNIDADE	DIA	HORÁRIO	CARGA HORÁRIA	PRECEPTOR	CRM	CPF	RG
UBSF Dom Almir	Seg-Sex	07:00 – 17:00	1760h	Larissa Silva Soares	59508	097.827.006-14	14555178

2. OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

Formar Médico(a) de Família e Comunidade, tendo as pessoas e suas famílias como centro do cuidado, buscando atuar de forma qualificada, voltado ao cuidado integral de pessoas, famílias e coletividades em que estão inseridos, apto a solucionar o maior número de problemas possíveis, com qualidade, por meio de uma prática integrada, continuada, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunidades.

19



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



Objetivos Específicos:

- 1) Gestão em Cuidados Primários:
 - a. Gerir o contato primário com os pacientes, lidando com problemas não selecionados;
 - b. Cobrir com ações promotoras, preventivas, curadoras e reabilitadoras todo o leque de problemas de saúde da comunidade onde trabalha;
 - c. Coordenar os cuidados com outros profissionais dos cuidados primários e outros especialistas;
 - d. Tornar disponível ao paciente os serviços adequados dentro do sistema de saúde;
 - e. Atuar como advogado do paciente.
- 2) Cuidados Centrados na Pessoa:
 - a. Compreender e utilizar a prática médica centrada na pessoa;
 - b. Desenvolver e aplicar a consulta clínica para promover uma eficaz relação médico-paciente, com respeito pela autonomia do paciente;
 - c. Comunicar-se, estabelecer prioridades e atuar em parceria;
 - d. Proporcionar continuidade longitudinal de cuidados, tal como determinarem as necessidades do paciente no que se refere à gestão continuada e coordenada de cuidados.
- 3) Aptidões para a Resolução de Problemas Específicos:
 - a. Relacionar os processos específicos de decisão com a prevalência e incidência das doenças na comunidade;
 - b. Reunir e interpretar seletivamente a informação recolhida na anamnese, no exame objetivo e nos exames complementares e aplicá-la a um plano de ação adequado em colaboração com o paciente;
 - c. Adotar princípios de trabalho adequados, como, por exemplo, pedir exames complementares de modo sequencial e usar o tempo como um instrumento e modo de tolerar a incerteza;
 - d. Intervir com urgência quando necessário;
 - e. Gerir as situações que se apresentem precocemente e de forma indiferenciada.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- 4) Abordagem integral:
- Gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias e tanto problemas de saúde agudos como crônicos do indivíduo;
 - Promover a saúde e o bem-estar aplicando adequadamente as estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença;
 - Gerir e coordenar a promoção da saúde, prevenção, cura, tratamento, palição e reabilitação;
 - Estimular a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade nas decisões inerentes à sua saúde.
- 5) Orientação Comunitária:
Conciliar as necessidades de cada paciente e as necessidades de saúde da comunidade em que ele trabalha, de acordo com os recursos disponíveis

21



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



PLANO DE ENSINO
GESTÃO e VIGILANCIA I

IDENTIFICAÇÃO

ESTÁGIO: Gestão e Vigilância								
TURMA: 1º ano (R1)	ANO: 2016	DATA DE INÍCIO:	DATA DE TÉRMINO:	NÚMERO DE SEMANAS: 04 (quatro)				
Coordenador do Programa: Prof. Natalia Madureira Ferreira								
Coordenador do Estágio: Prof. Nilton Pereira Júnior								
Residente:								
SERVIÇO	UNIDADE	DIA	HORÁRIO	CARGA HORÁRIA	PRECEPTOR	CRM	CPF	RG
Aula Teórica	HC - UFU	Sexta	14:00 – 18:00	16h	Nilton Pereira Junior			
Vigilâncias	SMS – Uberlândia	Quinta	08:00 – 12:00	16h	Nilton/ Rosuita			
SMS – Uberlândia	UBSF	Quinta	13:00 – 17:00	16h	Nilton Pereira Junior			

OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

- Monitorar a situação de saúde e doença dos indivíduos, famílias e comunidades, indicando as ações mais adequadas para a melhoria da saúde.
- Desenvolver competência para o manejo racional de recursos disponíveis para a sua prática, de forma efetiva e equânime;

22



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



Objetivos Específicos:

Gestão e Organização do Processo de Trabalho:

- Conhecer os sistemas de informação vigentes no SUS e analisar os dados disponíveis a fim de avaliar as ações de saúde e realizar planejamento em saúde;
- Conhecer a rede de assistência à saúde e a função dos seus componentes em relação à Atenção Primária;
- Conhecer tecnologias de gestão da clínica para lidar com fatores como pressão assistencial, frequência, lista de pacientes, estratificação de risco e/ou vulnerabilidade.
- Fazer a gestão da agenda, realizando consultas individuais, grupais, visitas domiciliares, consultas agendadas e não agendadas, tarefas administrativas e consultas virtuais;
- Gerenciar o fluxo de resultados de exame;
- Determinar um conjunto de indicadores, monitorar e planejar sua prática de acordo com os resultados;
- Definir indicadores relevantes para avaliação da prática no âmbito individual, familiar e comunitário;

Trabalho em Equipe Multiprofissional

- Trabalhar o cuidado de forma compartilhada, construindo projetos terapêuticos quando necessário;

23



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Propiciar momentos de troca de conhecimentos com outros profissionais (exemplo: consultas compartilhadas e matriciamento) otimizando o próprio tempo e da equipe;
- Trabalhar junto com a equipe no reconhecimento das necessidades de saúde da sua comunidade utilizando ferramentas diversas como a vigilância da saúde, o planejamento estratégico, e criando outras que sejam necessárias;
- Mobilizar a equipe e comunidade no fomento à criação e presença em espaços para participação cidadã, otimizando o próprio tempo e o dos outros profissionais;
- Mediar conflitos e promover o bem estar da equipe;

Vigilância em Saúde:

- Conhecer as normas vigentes quanto a notificação de agravos expedidos pela vigilância em saúde;
- Conhecer a área (geográfica) em que atua e os determinantes e condicionantes aos quais estão expostos a população que nela habita;
- Atuar com diligência no combate a agravos de interesse epidemiológico quando responsável por um território delimitado;

24



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



PLANO DE ENSINO
SAÚDE DA CRIANÇA I

IDENTIFICAÇÃO

ESTÁGIO: Saúde da Criança				
TURMA: 1º ano (R1)	ANO:	DATA DE INÍCIO:	DATA DE TÉRMINO:	NÚMERO DE SEMANAS: 08 (oito)
Coordenador do Programa: Prof. Natália Madureira Ferreira				
Coordenador do Estágio: Prof. Natália Madureira Ferreira				
Residente:				

SERVIÇO	UNIDADE	DIA	HORÁRIO	CARGA HORÁRIA	PRECEPTOR	CRM	CPF
Pediatria Geral	Ambulatório HC/UFU	Segunda	07:00 – 12:00	40h	Lauren Olivia Alves da Silva	19892	
Matriciamento Saúde da Criança	UBSFs da SMS		13:00 – 17:00	32h	Julianni Bernardelli Lacombe	39929	
PA de Pediatria	UAI	Quarta	19:00 – 23:00	32h	Flávia		

OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

- Manejar os problemas mais frequentes e relevantes na saúde da criança e do adolescente
- Compreender as especificidades do atendimento à saúde do adolescente, respeitando suas particularidades e direitos;
- Identificar adequadamente as situações de maior vulnerabilidade e risco na saúde da criança e do adolescente;

25



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



Objetivos Específicos:

Ambulatório de Pediatria Geral

- Manejar os problemas de saúde mais frequentes e relevantes em crianças e adolescentes;
- Manejar e interpretar os métodos diagnósticos em pediatria: anamnese, exame físico, radiologia básica, exames laboratoriais, tabelas de ganho de peso/altura;
- Orientar vacinação adequadamente, refletindo criticamente sobre o programa nacional de imunização;
- Prestar apoio familiar para situações como atraso psicomotor, patologias crônicas e problemas de comportamento
- Identificar e referir situações especiais, como síndromes genéticas e displasia de quadril;
- Realizar seguimento periódico para prevenção oportuna de acordo com fases de desenvolvimento da infância

Matriciamento de Criança

- Manejar problemas de comportamento em crianças e adolescente;
- Manejar drogas mais comuns utilizadas nesta faixa etária, inclusive na amamentação

26



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Conhecer e abordar as situações de risco e vulnerabilidade para maus tratos, como violência doméstica e negligência;
- Fazer o manejo de situações ou problemas complexos de forma compartilhada com outros especialistas;
- Realizar procedimentos em crianças e adolescentes;
Pronto Atendimento de Pediatria
- Manejar as urgências pediátricas mais frequentes e relevantes;

PLANO DE ENSINO

27



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



SAÚDE DA MULHER I

IDENTIFICAÇÃO

ESTÁGIO: Saúde da Mulher				
TURMA: 1º ano (R1)	ANO: 2016	DATA DE INÍCIO:	DATA DE TÉRMINO:	NÚMERO DE SEMANAS: 08 (oito)
Coordenador do Programa: Prof. Natália Madureira Ferreira				
Coordenador do Estágio: Prof. Natália Madureira Ferreira				
Residente:				

SERVIÇO	UNIDADE	DIA	HORÁRIO	CARGA HORÁRIA	PRECEPTOR	CRM	CPF
Transexuais e Travestis	Ambulatório HC/UFU	Sexta	14:00 – 18:00	32h	Gustavo Raimondi	58263	
Matriciamento Saúde da Mulher	UBSFs da SMS		13:00 – 17:00	32h	Cecilia Ferreira Quirino	36829	042.668.616-05
Ambulatório de DIU	UAI Planalto			32h			
PA de Ginecologia e Obstetria	UAI Martins	Quarta	19:00 – 23:00	32h	Bárbara Cunha Mello Lazarini Antonoli	41854	

OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

- Manejar adequadamente os problemas mais frequentes relacionados à saúde da mulher;
- Realizar procedimentos ginecológicos;

28



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Identificar e manejar situações de violência contra a mulher e outras situações de risco e vulnerabilidade.

Objetivos Específicos:

Ambulatório de Transsexuais e Travestis

- a - Manejar de forma oportuna as demandas relacionadas à sexualidade humana, identidade sexual, homoafetividade, transsexualidade e situações de preconceito sexual (homofobia, heterossexismo);
- b - Lidar com seus pré-conceitos de modo a não influenciar negativamente a abordagem das pessoas sob seu cuidado;
- c - Compreender o manejo do uso de hormônios por transexuais;

Matriciamento de Saúde da Mulher

- Identificar e referenciar situações de violência contra a mulher;
- Manejar principais problemas do puerpério;
- Manejar situações clínicas em gestantes relacionadas à diabetes gestacional.
- Realizar exame ginecológico, avaliação do assoalho pélvico, avaliação das mamas e demais exames físicos, bem como realizar procedimentos ginecológicos;
- Fazer rastreamento de câncer apropriadamente;

29



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Reconhecer, diagnosticar, tratar e referir adequadamente emergências obstétricas, como: aborto em curso, trabalho de parto, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e pielonefrite;
- Fazer cauterização química de verruga genital;

Ambulatório de DIU

- Inserir e retirar o dispositivo intrauterino;
- Conhecer as indicações, contraindicações e complicações dos procedimentos ambulatoriais;

Urgência de Ginecologia e Obstetria

- Manejar situações de abuso sexual;
- Reconhecer, diagnosticar e tratar adequadamente emergências obstétricas, como: aborto em curso, trabalho de parto, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e pielonefrite;
- Dar assistência à parto vaginal em situação de urgência;

Reconhecer, diagnosticar e tratar adequadamente emergências ginecológicas;

30



PLANO DE ENSINO
SAÚDE DO ADULTO I

IDENTIFICAÇÃO

ESTÁGIO: Saúde do Adulto				
TURMA: 1º ano (R1)	ANO:	DATA DE INÍCIO:	DATA DE TÉRMINO:	NÚMERO DE SEMANAS: 08 (oito)
Coordenador do Programa: Prof. Natália Madureira Ferreira				
Coordenador do Estágio: Prof. Natália Madureira Ferreira				
Residente:				

SERVIÇO	UNIDADE	DIA	HORÁRIO	CARGA HORÁRIA	PRECEPTOR	CRM	CPF
Ambulatório de Hanseníase	Jaraguá			16h	Isabela Maria Bernardes Goulart		
Dermatologia	Ambulatório UAI Tibery	Terça	16:00 – 18:00	16h	Gabriel de Camargos Cunha Ribeiro	47.196	051.427.876-50
PICS	Acupuntura			16h	Lucas Mendes		
PICS	Antroposofia			16h			
PICS	Homeopatia - Custodio		13:00 – 17:00	16h	Rogério Ferreira Guimarães	47091	
PA de Clínica Médica	UAI Tibery	Sabado	07:00 – 13:00	48h	Maria Tereza Neri Rosa	50.410	

OBJETIVOS

32



Objetivos Gerais:

- Conhecer e Manejar adequadamente os agravos mais frequentes e/ou relevantes em dermatologia;
- Conhecer as Práticas Integrativas e Complementares e suas indicações no manejo clínico de pacientes;
- Identificar e manejar situações de urgência e emergência na idade adulta;

Objetivos Específicos:

Ambulatório de Dermatologia

- Fazer diagnóstico diferencial das alterações de pele mais comuns (Eritemato-descamativas, eritemato-pruriginosas, papulosas, papulocritermatosas, bolhosas, pustulosas e discromias);
- Manejar os problemas de pele mais frequentes ou relevantes;
- Reconhecer e manejar apropriadamente lesões suspeitas de câncer de pele;
- Reconhecer manifestações cutâneas de doenças sistêmicas;
- Fazer dermatoscopia;

Ambulatório de PICS

- Conhecer basicamente os aspectos teóricos de práticas integrativas e complementares mais comuns (Homeopatia, Medicina Tradicional

33



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Chinesa, Medicina Antroposófica, Mindfulness, etc.);
- Saber utilizar as plantas medicinais e fitoterápicos disponíveis em sua região;
 - Saber indicar de forma consequente a realização de práticas integrativas e complementares para os seus pacientes;

Ambulatório de Hanseníase

- Reconhece e manejar adequadamente o impacto psicossocial de determinadas doenças de pele
- Identificar lesões suspeitas e fazer diagnóstico de hanseníase;
- Compreender a necessidade de abordagem multiprofissional no manejo da Hanseníase;

PA de Clínica Médica

- Reconhecer, diagnosticar, tratar e referir adequadamente as condições de urgência e emergência mais frequentes;
- Realizar procedimentos de urgência menos complexos;

34



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Executar procedimentos de suporte Básico de vida em adultos e crianças, como ressuscitação cardio pulmonar, e coordenar a equipe de manobras essenciais;
 - Realizar intubação orotraqueal;
 - Executar procedimentos de Suporte Avançado de Vida;
 - Conhecer as plantas tóxicas e animais peçonhentos mais comuns na região, seus mecanismos de toxicidade e manejo médico da intoxicação;
 - Conhecer as diversas ferramentas de coordenação do cuidado em urgência e emergência, como: organização do material e do fluxo da rede de atenção aos atendimentos; providências administrativas, documentais e de apoio imediato; questões de biossegurança e classificação de risco;
- Realizar procedimentos de urgência, como sutura, curativos, compressões e imobilizações;

35



PLANO DE ENSINO

SAÚDE DO IDOSO I

IDENTIFICAÇÃO

ESTÁGIO: Saúde do Adulto I				
TURMA: 1º ano (R1)	ANO:	DATA DE INÍCIO:	DATA DE TÉRMINO:	NÚMERO DE SEMANAS: 08 (oito)
Coordenador do Programa: Prof. Natália Madureira Ferreira				
Coordenador do Estágio: Prof. Natália Madureira Ferreira				
Residentes:				

SERVIÇO	UNIDADE	DIA	HORÁRIO	CARGA HORÁRIA	PRECEPTOR	CRM	CPF
Geriatria	Ambulatório HC-UFU		13:00 – 17:00	36h	Saadallah Azor Fakhouri Filho	40075	
Melhor em Casa	UAI Tibery	Segunda	13:00 – 18:00	40h	Marcelo de Freitas Mendonça	47164	

OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

- Desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo da saúde do idoso, visando a plenitude e a qualidade de vida; a manifestação da afetividade, da sexualidade, bem como o exercício pleno da cidadania;
- Dominar e executar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar as afecções agudas e crônicas mais prevalentes na população idoso com o objetivo de promover e proteger à saúde e detectar alterações e disfunções biopsicosociais passíveis de intervenção sanitária;

36



- Diagnosticar e abordar clinicamente as afecções de saúde mais prevalentes no idoso, sabendo solicitar e analisar os exames complementares relacionados.

Objetivos Específicos:

Ambulatório de Geriatria:

- Conhecer e indicar oportunamente atividades de promoção e prevenção, como, por exemplo, vacinas, exercício físico, tabaco e álcool, alimentação e avaliação de risco de quedas;
- Aplicar as escalas geriátricas mais usadas;
- Realizar avaliação multidimensional do idoso e conhece aspectos da avaliação geriátrica global, incluindo sexualidade;
- Manejar as condições clínicas mais frequentes e relevantes nos idosos;

Atenção Domiciliar / Melhor em Casa:

- Aplicar instrumentos de abordagem familiar;
- Dispensar cuidados paliativos no domicílio de modo adequado;
- Realizar entrevista clínica e exame físico em ambiente domiciliar avaliando estado orgânico, mental, funcional e social;
- Estabelecer um plano de assistência domiciliar sob a lógica do trabalho em equipe;
- Aplicar critérios de elegibilidade para os níveis de complexidade em cuidados domiciliares (vigilância em saúde, consultas e internação domiciliar);

37



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Realizar procedimentos domiciliares (sondagens, debridamento, anticoagulação, oxigênio terapia);
- Indicar alimentação enteral;

38



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



PLANO DE ENSINO

SAÚDE MENTAL I

IDENTIFICAÇÃO

ESTÁGIO: Saúde Mental				
TURMA: 1º ano (R1)	ANO:	DATA DE INÍCIO:	DATA DE TÉRMINO:	NÚMERO DE SEMANAS: 08 (oito)
Coordenador do Programa: Prof. Natália Madureira Ferreira				
Coordenador do Estágio: Prof. Natália Madureira Ferreira				
Residente:				

SERVIÇO	UNIDADE	DIA	HORÁRIO	CARGA HORÁRIA	PRECEPTOR	CRM	CPF	RG
Rede de Atenção Psicossocial	CAPS			32h				
Matriciamento Saúde Mental	UBSFs da SMS	Terça	13:00 – 17:00	32h	Domenica Camurugi Senhorinho Silva	51363	710.547.155-72	
PA de Psiquiatria	UAI Tibery	Quinta	19:00 – 23:00	32h	Maurício Rosa de Almeida Junior	50.378	056.994.846-04	11.960.289

OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

- Manejar adequadamente os problemas mais frequentes relacionados à saúde mental;
- Conhecer ferramentas mínimas para o manejo de transtornos mentais;

39



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



- Fazer o diagnóstico diferencial das principais síndromes e distúrbios de humor, fóbico- ansiosos e demências;

Objetivos Específicos:

Rede de Atenção Psicossocial:

- Coordenar o cuidado de pacientes com problemas de saúde mental;
- Reconhecer o amplo impacto dos problemas de saúde mental no indivíduo, família e sistema de saúde;
- Manejar casos não complicados de uso abusivo de drogas, incluindo fumo e álcool;

Matriciamento de Saúde Mental

- Manejar problemas de comportamento em crianças e adolescentes;
- Manejar a terapia farmacológica e não farmacológicas para doenças mentais leves e moderadas;
- Conhecer ferramentas clínicas necessárias para o diagnóstico, tratamento e reabilitação em pacientes com transtorno mental

40



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

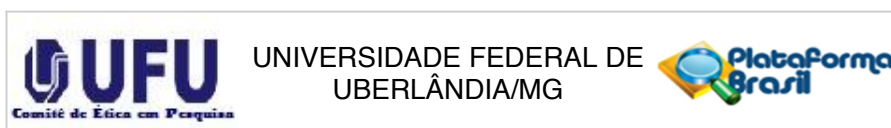


Pronto Atendimento de Saúde Mental:

- Reconhecer e diferenciar a severidade de surtos psico-mentais;
- Reconhecer, diagnosticar, tratar e, quando necessário, referir adequadamente emergências psiquiátricas, como: psicose, mania, intoxicações, abstinência, tentativa ou planejamento de suicídio e manifestações de sofrimento psíquico agudo (como somatização, estágio inicial do luto, crises de ansiedade e ataque de pânico);

41

Anexo 02



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O desafio da mudança: analisando a intervenção realizada na Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFU

Pesquisador: Natalia Madureira Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55789916.7.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.627.889

Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo: Um dos eixos centrais do Programa Mais Médicos para o Brasil prevê uma reestruturação nas residências de Medicina de Família e Comunidade no país, de modo que ela esteja adequada à nova legislação e seja porta de entrada para as demais residências médicas do país. Além disso, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade lançou o currículo baseado em competências para o Médico de Família, onde consta as competências básicas, desejáveis e avançadas que egresso deveria ter atingido. Isto faz com que os programas existentes tenham que se adequar, não somente para atingir as novas demandas legais, mas também para adaptar os seus programas de modo que este esteja em consonância com o que se espera de um Médico de Família. Espera-se abordar a experiência da Universidade Federal de Uberlândia com a utilização da matriz de planejamento estratégico FOFA na reestruturação do programa da residência de Medicina de Família e Comunidade.

O presente estudo constitui-se por meio de uma metodologia qualitativa de pesquisa. O percurso teórico-metodológico, fundamenta-se no estudo de caso que é um meio de organizar dados, preservando no objeto estudado a sua característica unitária, visando a investigação de um situação/ caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

