

Por que estudar família na graduação médica? Relato dos 13 anos de experiência da medicina integral

Ana Cláudia S. Chazan,^{1*} Henyse G. V. da Silva,¹ Carla M. Cazelli,¹ Alfredo de Oliveira Neto,¹ Andrea Augusta Castro¹

Resumo

Em 2002 foram criadas três disciplinas pelo Serviço de Medicina Integral, resultado de mudanças curriculares promovidas pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), impulsionadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001. O objetivo deste artigo é apresentar um relato da experiência dos treze anos de implantação de uma das disciplinas cujo foco é a abordagem familiar no âmbito da medicina de família e comunidade. Os processos para a inclusão da disciplina no currículo foram relativamente rápidos, mas o fato de não ter havido uma ampla reforma curricular impossibilitou a integração desta disciplina com as demais da FCM. Não foram poucos os desafios enfrentados ao longo dos anos para o aprimoramento do ensino-aprendizagem da abordagem familiar na graduação médica, cuja importância se confirma pela ênfase que o tema recebe nas novas DCN de 2014. É necessário que a abordagem familiar seja percebida como um valor e uma prática a serem incorporados ao longo dos seis anos de graduação. Para isso, deve-se aproveitar a reforma curricular da FCM atualmente em curso e sensibilizar docentes e estudantes sobre o assunto.

Descritores: Educação médica; Medicina de família e comunidade; Saúde da família; Atenção primária à saúde.

Abstract

Why study family in medical schools? A 13-years report of Integrative Medicine experience

In 2002 three disciplines were created by the Integral Medicine Service, a result of curriculum changes promoted by the Faculty of Medical Sciences (FCM), State University of Rio de Janeiro, driven by the National Curricular Guidelines (NCG) 2001. The purpose of this paper is to present an experience report of thirteen years of implementation of the disciplines, which focus is the family approach in the Family Practice. The processes for the inclusion of the subject in the curriculum were relatively fast, but the fact that there had not been a broad curriculum reform at the time made it impossible to include this subject in other disciplines in the FCM. There were many challenges over the years to improve the teaching and learning of family approach in medical schools, whose importance is confirmed by the emphasis that the subject receives in the new NCG 2014. It is necessary that the family approach is perceived as a value and a practice to be incorporated over the six years of graduation. For this, we should take advantage of the curriculum reform of FCM currently underway and

1. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. RJ, Brasil.

*Endereço para correspondência:

Rua Professor Manoel de Abreu, 444
Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20550-170
E-mail: anachazan@gmail.com

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2016;15(3):278-285
doi: 10.12957/rhupe.2016.30643
Recebido em 13/06/2016. Aprovado em 23/09/2016.

encourage teachers and students on the subject.

Keywords: Education, medical; Family practice; Family health; Primary health care.

Resumen

¿Por qué estudio de la familia en las escuelas de medicina? Historia de 13 años de experiencia de la medicina integrativa

En 2002 tres disciplinas fueron creados por el Servicio de Medicina Integral, consecuencia de cambios en los programas promovidos por la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad del Estado de Río de Janeiro, impulsado por las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de 2001. El propósito de este trabajo es presentar un relato de la experiencia de trece años de aplicación de las disciplinas, cuyo objetivo es el enfoque familiar en la Medicina Familiar y Comunitaria. Los procedimientos para la inclusión del tema en el programa de estudios fueron relativamente rápidos, pero como no se había producido, en la época, una amplia reforma curricular, se hizo imposible la integración con otras disciplinas de la FCM. Había muchos desafíos en los últimos años para mejorar la enseñanza y el aprendizaje del enfoque de familia en las escuelas de medicina, cuya importancia se ve confirmada por el énfasis que el sujeto recibe en la nueva DCN 2014. Es necesario que el enfoque familiar se perciba como un valor y una práctica que se incorporará durante los seis años de la graduación. Para esto, se debe aprovechar la oportunidad de la reforma curricular de la FCM actualmente en marcha y sensibilizar a los profesores y estudiantes sobre el tema.

Palabras clave: Educación médica; Medicina familiar y comunitaria; Salud de la familia; Atención primaria de salud.

Introdução

A estruturação de três disciplinas de medicina integral para a graduação médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM-UERJ) teve como propósito incluir no currículo, conteúdos e práticas referentes à atenção primária à saúde (APS) sob a perspectiva da medicina de família e comunidade, indo assim ao encontro das proposições das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (DCN 2001).¹

Mais recentemente, a aprovação da lei do Programa Mais Médicos (Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013)² levou a atualização e ao aprimoramento das DCNs 2001, com base no acúmulo de experiências na educação médica desde a sua formulação.

As principais mudanças contidas nas DCN 2014³ dizem respeito à obrigatoriedade de o internato ter a duração mínima de dois anos, devendo 30% da carga horária ser cumprida nas unidades de APS e de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, são definidas três áreas de formação: atenção, gestão e educação em saúde, a serem organizadas em currículo orientado por competências, cujos conteúdos “devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde”.³

Observa-se também que as novas diretrizes dão ênfase à complexidade biopsicossocial do ser humano, conceito, fortemente discutido pela medicina integral.

Os objetivos deste artigo são relatar a experiência acumulada nos últimos 13 anos com a disciplina que trata da abordagem familiar e estimular a reflexão sobre o papel indutor desta atividade na compreensão e valorização da APS, como norte para a reforma curricular.

História da criação das disciplinas da medicina integral

Como veremos a seguir, o contexto da criação das disciplinas de Medicina Integral (DMI), no início dos anos 2000, envolveu aspectos próprios institucionais e aspectos relacionados às políticas públicas nacionais de valorização da APS e de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS.

Do ponto de vista institucional, a história da criação das disciplinas da Medicina Integral (MI), derivadas do Ambulatório de Medicina Integral (AMI) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), criado em 1974

com a proposta de oferecer ações primárias de saúde que integrassem a promoção, proteção, tratamento e reabilitação e orientasse o encaminhamento de casos específicos para o nível secundário de atenção.⁴

O AMI deu origem ao Programa de Residência da Medicina Integral em 1976,⁵ denominado em 1981 ‘Residência em Medicina Geral Comunitária’ (MGC), recebendo nesta ocasião o respaldo normativo e legal pela Comissão Nacional de Residência Médica.⁶

As reflexões teóricas e as práticas que emergiram das experiências da medicina integral visavam o desenvolvimento de competências profissionais médicas para compreender e lidar melhor com os processos de saúde e adoecimento e com o sofrimento humano, uma vez que o modelo de formação vigente não privilegiava esta abordagem, como denunciado pelo movimento estudantil de 1968.⁷

Ao contrário, a perspectiva de formação em ambiente hospitalar conduzia à especialização precoce e à restrição do olhar para as doenças, tornando o atendimento impessoal, intervencionista e medicalizante, com conseqüente desvalorização da relação médico-paciente.⁸

Ainda que no HUPE e na FCM estes movimentos pudessem ser considerados contra-hegemônicos, eles iam ao encontro das discussões conduzidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca da qualidade, equidade e custo-efetividade dos sistemas de saúde que culminaram em 1978, em Alma Ata, com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde,⁹ a partir do qual ficou clara a importância da ampliação da formação em saúde, de modo a integrar os cuidados individuais aos comunitários.

A consolidação do campo teórico-prático sobre a integralidade se deu no AMI na década de 90 por meio da interconsulta em saúde mental e da oferta de grupos de reflexão, suporte e educação em saúde, como o Com Vida¹⁰ e o Com Viver, para pessoas que convivem respectivamente com o HIV/AIDS e com doenças crônicas não transmissíveis: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e obesidade, coordenados por equipe multiprofissional.

Nesta mesma época, em 1994, houve a criação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde,¹¹ com o objetivo de reorientação do modelo assistencial em saúde. Um modelo mais descentralizado, teoricamente menos centrado no médico e na doença, e que possui como foco o sujeito e sua família, sob os cuidados de uma equipe multiprofissional, abrindo novos campos para a atuação da medicina integral, que

participou da equipe técnica do Núcleo UERJ do Polo de Capacitação do PSF do Estado do Rio de Janeiro e do curso de Especialização em Saúde da Família da UERJ.¹²

Entre 1996 e 1998 o PSF se expandiu no país, com base municipal, por meio da ampliação dos recursos federais para a atenção básica deixando de ser um programa de tempo limitado e passando a ser uma estratégia permanente com o papel de ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.¹³

Em 2002, a partir da resolução da Comissão Nacional de Residência Médica 1/2002, a MGC passa a ser designada 'Medicina de Família e Comunidade' (MFC), especialidade médica reconhecida internacionalmente como nuclear na APS e, portanto, um campo de saber e prática de suma importância, tanto para atender o mercado de trabalho que se expandia no SUS, quanto para contribuir com a formação de médicos generalistas com valores humanistas.¹⁴

Foi neste mesmo ano, dentro do processo institucional da FCM de adequação do ensino médico às DCNs, que foram criadas as DMI 1, 2 e 3, entendidas como módulos interligados.

Em 2006, com o Pacto pela Saúde, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) ganha novo impulso político para a sua consolidação e qualificação,¹⁵ e essas disciplinas recebem maior importância no cenário acadêmico, com a criação do primeiro departamento de medicina de família do Brasil.

Entretanto, na cidade do Rio de Janeiro até final de 2008 a cobertura da ESF era baixa, em torno de 3,5%, trazendo desafios no âmbito da integração ensino-serviço na APS, tanto para a residência quanto para a graduação.¹⁶

Metodologia da criação das disciplinas

As disciplinas da medicina integral sempre foram oferecidas de forma obrigatória no segundo semestre do primeiro ano e no primeiro e segundo semestres do segundo ano da graduação em medicina, cada uma com carga horária de 80 horas-aula (4h semanais por 20 semanas), tendo como propósito introduzir os estudantes no campo da APS e da MFC.¹⁷

A medicina integral sempre contribuiu para a compreensão da saúde e adoecimento como processos dinâmicos, dependentes da inter-relação de fatores de ordem biológica, psicológica e sociocultural e, portanto, singulares. A partir deste pressuposto, buscou-se estimular a reflexão crítica e o reconhecimento da importância estratégica da qualidade da relação médico-paciente para o acolhimento e o vínculo, essenciais

para o cuidado médico resolutivo e competente.

Prioriza-se também nas disciplinas o entendimento do SUS como um conjunto de serviços organizados em rede, em que os profissionais de saúde são e os estudantes serão agentes fundamentais para o seu pleno funcionamento e organização. Espera-se que a reflexão crítica dos alunos os impulse para a responsabilidade social, como estudante e futuro profissional de saúde, para atuar no aperfeiçoamento de um sistema de saúde que se pretende universal, equânime e integral.

Inicialmente, a DMI 1 tinha como foco a promoção e a educação em saúde; a DMI 2, os aspectos históricos e organizacionais do SUS e da APS; e a DMI 3, a medicina de família e comunidade e a medicina ambulatorial.¹⁷

A DMI 3 foi planejada para iniciar em 2003, tendo sido organizada em dois módulos de 40 horas cada:

a) módulo 1 - fundamentos de medicina de família e da comunidade (MFC);

b) módulo 2 - fundamentos da medicina ambulatorial (MA).

Para isso, a turma precisava ser dividida em seis grupos pequenos (três grupos para cada módulo), com 15 alunos cada, sendo cada pequeno grupo acompanhado por dois professores que seriam responsáveis pelas aulas teóricas e práticas, como dito anteriormente, sempre em um turno de 4 horas da semana.

No âmbito da abordagem familiar, os objetivos estabelecidos foram: conhecer as principais práticas de promoção, proteção e educação em saúde no âmbito da atenção à saúde da família; refletir sobre a influência da família no estado de saúde de seus componentes; desenvolver atitudes e habilidades para comunicar-se de forma ética no ambiente familiar; experimentar o uso de ferramentas para a abordagem familiar,¹⁸ sendo a ementa organizada em seis tópicos (Quadro 1).

O processo de escolha dos seis tópicos se baseou em um consenso coletivo a partir da definição de eixos norteadores comuns às três disciplinas e eixos específicos.

Em 2012, o módulo Medicina de Família foi desmembrado do módulo Medicina Ambulatorial, passando a formar cada módulo uma disciplina do segundo ano médico. Cada metade da turma participa de uma destas disciplinas no primeiro semestre, havendo a troca dos dois subgrupos no segundo semestre.

Outra mudança importante foi em seu campo de prática. A partir da ampliação do número de unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro, conhecidas como clínicas da família (CF), as visitas domiciliares passaram a ser feitas no território de algumas destas CF, que são de fácil acesso por transporte público, supervi-

sionadas por professores do departamento, residentes ou preceptores das próprias clínicas.

Por que estudar família na graduação de medicina?

Esta pergunta é feita aos estudantes no primeiro dia de aula da disciplina sobre família, com a pretensão de vê-la compreendida ao final do semestre.

Cabe aqui explicar aos leitores que o currículo médico da FCM-UERJ é tradicional, orientado por conteúdo e organizado em disciplinas distribuídas nos chamados ciclos básico e clínico, de forma que nos dois primeiros anos do curso, os estudantes ficam predominantemente em sala de aula e vivenciam uma enorme frustração por não terem contato com “pacientes”.¹⁹

A experiência na APS nesse período do curso gera expectativas positivas, mas concorre com as inúmeras provas das disciplinas de ciências biológicas, sendo

por vezes relegada ao segundo plano pelos estudantes. Sendo assim, ter esta pergunta de aprendizagem compreendida ao final do curso é um desafio posto também aos professores da disciplina.

Nesse sentido, as atividades teóricas são planejadas de modo que os professores possam conhecer as percepções e experiências dos estudantes sobre os conteúdos que serão tratados ao longo do curso e estes tenham um papel mais ativo na disciplina.

Atualmente, utiliza-se como estratégia disparadora o uso de perguntas abertas, como “O que vocês entendem sobre família?”, cujas respostas são sistematizadas em quadros brancos ou em cavaletes (Figura 1), ou também o uso de dramatizações, vídeos, textos literários ou notícias de jornais.

As atividades práticas são planejadas visando ampliar a compreensão sobre os conceitos discutidos em sala de aula.

Quadro 1. Conteúdo da disciplina de Abordagem Familiar organizado em módulos temáticos, quando da sua criação

Módulo	Tema
1	Contextualização MFC/APS/SUS
2	a. Organização familiar no processo saúde-adoecimento e cuidado b. Papel social da família na saúde, estrutura e dinâmica familiar e suas influências na saúde-adoecimento c. Atitudes de risco e proteção familiar, eventos familiares estressantes e sua relação com o adoecimento
3	Condições de vida da família e suas relações com a saúde-adoecimento
4	Organização das práticas de cuidado e implicações clínicas, terapêuticas e éticas
5	Ferramentas da MFC para o diagnóstico familiar a. Cadastro familiar e comunitário b. Consulta familiar c. Visita domiciliar d. Internação domiciliar
6	Diagnóstico familiar a. Identificação das necessidades de saúde das famílias b. Definição dos critérios de prioridade para a intervenção



Figura 1. Nuvem de palavras a partir das respostas dos alunos para a comanda: “A função da família é...”

Relato exper

Por meio das visitas feitas ao território das CF e aos domicílios dos usuários, sempre acompanhados pelos professores e por agentes comunitários de saúde, os estudantes podem experimentar o uso das técnicas para a abordagem familiar, apresentadas e exercitadas nas atividades teóricas.

À realização do cadastro familiar, segue-se com a construção do familiograma e a reflexão sobre as informações colhidas para elaboração do diagnóstico familiar e identificação de ações prioritárias a serem focalizadas pela equipe de saúde. (Figuras 1 e 2).

Busca-se depreender dos produtos apresentados pelos alunos a sua compreensão sobre o método clínico centrado na pessoa e sobre a noção de integralidade que deve orientar o cuidado em saúde.

O debate em sala de aula permite aos estudantes demonstrarem compreensão sobre as condições socioambientais do território, bem como sobre a estrutura e dinâmica familiar e sua relação com a saúde e adoecimento dos componentes familiares.

Exercícios extraclasse também são utilizados para orientar e sistematizar a aprendizagem, e incluem leituras, relatórios das visitas ao campo, pesquisas e elaboração de seminários apresentados em sala ao final de cada módulo.

A metodologia para avaliação inclui a autoavaliação e avaliação por pares nos seminários, avaliação formativa dos relatórios de visitas e uma avaliação somativa final, na qual são incluídos os conteúdos apresentados e discutidos em sala de aula e nas visitas domiciliares.

Os desafios enfrentados têm sido muitos e se baseiam nas experiências docentes e discentes. Estes se relacionam à 1) estrutura (espaço físico, logística e número de docentes); 2) aos processos de trabalho (desenvolvimento docente, integração entre as disciplinas e a pós-graduação); e 3) à avaliação de resultados (aprendizagem dos alunos, desempenho docente e integração ensino-serviço-comunidade), sintetizados no quadro 2.

1) Quanto à estrutura:

- espaço físico - são necessárias salas de aula com cadeiras móveis, dispostas em círculo, que permitam dinâmicas e trabalhos em pequenos grupos, além de *laptops*, multimídia e *data show*, material inexistente à época, mas adquirido posteriormente com recursos do Pró-Saúde;
- logística - a Medicina Integral contava com uma secretária que auxiliava nas questões referentes à residência e aos pacientes e que passou a acumular

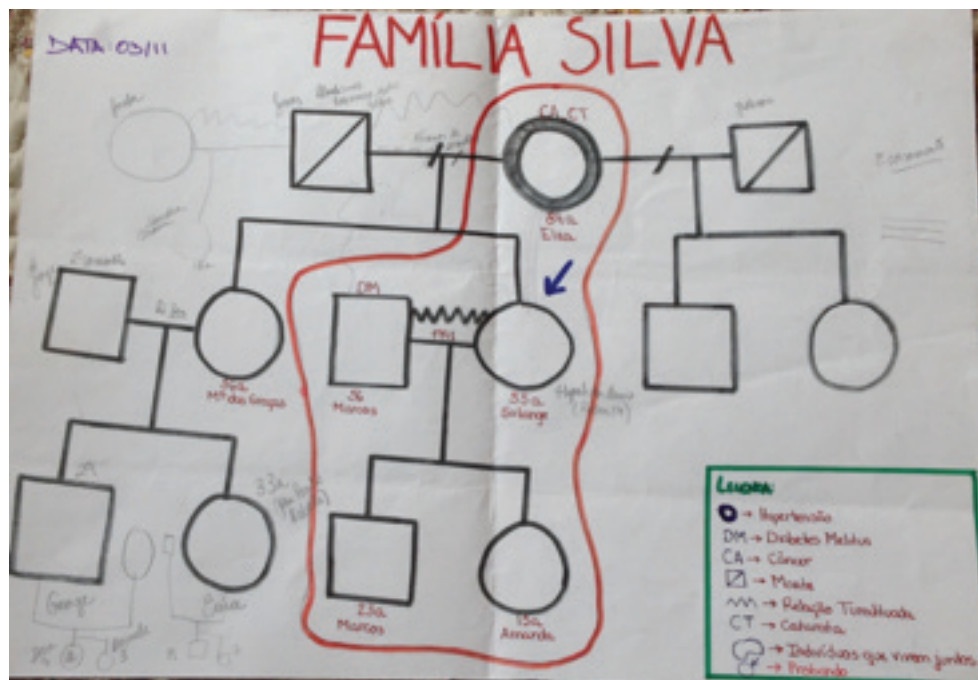


Figura 1. Familiograma realizado em grupo pelos alunos com base nas informações colhidas com uma família durante visita domiciliar. A lápis informações acrescentadas durante a apresentação feita em sala de aula

o apoio às atividades de graduação, cujas demandas exigiram uma secretária específica, o que não aconteceu por muito tempo, sendo possível eventualmente a aquisição de bolsas para estagiários. O apoio para o deslocamento de professores e alunos para as unidades de saúde do Município do Rio de Janeiro ou de Niterói nem sempre foi disponibilizado pela universidade, tendo-se recorrido aos recursos do Pró-Saúde para viabilizar as atividades propostas dentro do turno reservado para a aula.

2) Quanto aos processos de trabalho:

a) desenvolvimento docente - em relação aos professores havia, e ainda há, o fato de a disciplina ser ministrada no primeiro e segundo semestres. Quando ministrada no segundo semestre coincide com outra disciplina do departamento, demandando maior carga horária docente, em comparação ao primeiro semestre, exigindo mudanças na distribuição de atividades docentes. Foi necessária a contratação de novos professores, com formação específica em APS. O rol de competências docentes passa não somente pelo domínio dos conteúdos específicos da especialidade, mas também pelo domínio da pedagogia da problematização, da

dinâmica grupal e da escuta ativa para acolher as diferenças entre estudantes e professores, agregar ideias distintas e respeitar as opiniões divergentes de modo a tornar o diálogo possível. Em função disso, outra preocupação do grupo é a avaliação. Temos buscado o consenso na definição dos critérios que nos orientem a corrigir possíveis defasagens no aprendizado ao longo do curso. Que não só o aluno seja avaliado, mas que o professor e o conteúdo ministrado também o sejam;²⁰

b) integração entre as disciplinas - a integração docente intradisciplinar é importante já que a disciplina é ministrada simultaneamente por seis professores diferentes e implica um compromisso destes em garantir que os objetivos de aprendizagem sejam atingidos, sem prejuízo aos estudantes;

c) outro desafio é a integração interdisciplinar, tanto dentro do DMIF quanto com outras disciplinas da FCM, internato e residência de MFC, até porque na maior parte das vezes o docente do DMIF atua na disciplina, no internato e na residência. A busca por melhorias nas técnicas de ensino-aprendizagem norteia o grupo e permite que a cada semestre novas técnicas sejam experimentadas com este objetivo. É fundamental a integração com as ou-

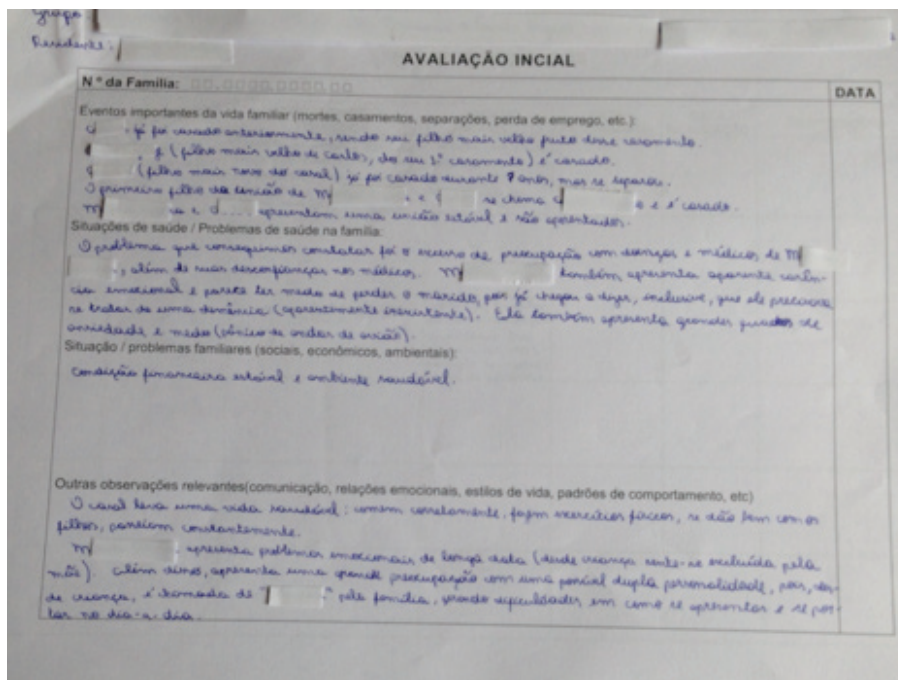


Figura 2. Síntese realizada em grupo pelos alunos com base nas informações colhidas com uma família durante visita domiciliar

Quadro 2. Desafios e propostas segundo as dimensões: estrutura física, recursos humanos, integração e avaliação, para o aprimoramento da disciplina MI Família: últimos 13 anos

Dimensão: estrutura física		
Subdimensões	Desafios	Propostas
Adaptações	Inadequação das salas de aula	Construção de uma área adequada às disciplinas da graduação
Dimensão: recursos humanos		
Subdimensões	Desafios	Propostas
Secretaria	Excesso de atividades	Motivação, aumento do número de colaboradores e qualificação
Docentes	Insuficiente domínio da pedagogia da problematização, da dinâmica grupal e da escuta ativa	Desenvolvimento docente; adequação dos processos avaliativos dos concursos para docentes
Adequação dos processos avaliativos dos concursos para docentes		
Subdimensões	Desafios	Propostas
Disciplinas MI	Melhorar a integração dos conteúdos e práticas das três disciplinas entre si	Priorizar o trabalho em equipe para (re)construção das disciplinas de MI
Disciplinas MI com a residência MFC	Pouca integração entre os docentes da graduação com aqueles que atuam na residência	Planejamento estratégico integrado: graduação e residência
Disciplinas MI com disciplinas da FCM	Baixa motivação dos docentes FCM para a integração curricular	Proposição e participação em atividades que visem à integração dos docentes de MI com demais docentes da FCM
Do ensino-serviço-comunidade	Ampliar a inserção do DMIF na APS	Responsabilidade social de fato
Dimensão: avaliação		
Subdimensões	Desafios	Propostas
Qualidade da aprendizagem na disciplina	Definição de critérios de desempenho a ser atingido	Avaliação formativa e somativa
Avaliação disciplina pelos alunos	Sistematização e adequação das avaliações	Desenvolver instrumentos apropriados

MI = Medicina Integral; FCM = Faculdade de Ciências Médicas; APS = Atenção Primária à Saúde, DMIF = Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária.

tras disciplinas da FCM e do Instituto de Medicina Social da UERJ, em especial aquelas que envolvem intercessões de práticas e saberes, como as disciplinas de saúde coletiva, psicologia médica, clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia e cirurgia geral. Quem sabe assim facilitaremos aos estudantes o desafio de integrar os muitos conteúdos numa abordagem de cuidado centrado na pessoa a partir de um campo interdisciplinar?

3) Quanto à avaliação de resultados:

a) aprendizagem dos alunos - ainda que esta pequena

mudança curricular tenha sido percebida inicialmente com reservas pelos estudantes frente às DCNs,²² é possível observar que ela contribui para a introjeção de valores profissionais mais humanistas;

b) desempenho docente - atualmente o desenvolvimento de competências pedagógicas vem sendo considerado como um fator crítico para a reforma curricular. Para isso é necessária a legitimação dos processos avaliativos e a dedicação de parte da carga horária dos professores à reflexão conjunta sobre o trabalho docente. Nestes espaços é possível

a identificação das lacunas de aprendizagem existentes e a orientação do plano de desenvolvimento docente;²¹

- c) integração ensino-serviço-comunidade - investir na ESF como modelo de APS escolhido para reorganizar a oferta de serviços do SUS, a partir das necessidades primárias de saúde da população, é uma ação coerente ao ideal de saúde como um direito social. As DCN 2014 vieram para facilitar esse processo de mudança, e a partir de 2018 todos os cursos médicos deveriam incluir a abordagem familiar ao seu currículo, o que viemos fazendo na FCM-UERJ desde 2002.

Conclusões

Ainda que não tenha sido realizada uma avaliação sistematizada sobre a contribuição das disciplinas da medicina integral para o perfil do egresso da FCM-UERJ, já pode ser observada uma mudança atitudinal no corpo discente quando, no internato da medicina integral, os estudantes expressam, entre as suas expectativas, aprender “a ver o paciente como um todo”, “a entender o que é importante para os pacientes” e “a como orientar sobre as questões psicossociais que afetam os pacientes.”.

O papel das escolas médicas não é formar terapeutas de família, porém não se pode negligenciar a abordagem familiar para a compreensão dos processos de saúde-doença das pessoas, das famílias e das comunidades onde estão inseridas.

É importante que os conceitos e práticas relacionados a esta abordagem sejam trabalhados ao longo do curso, garantindo um atendimento de excelência às pessoas, em quaisquer que seja o nível de atenção à saúde.

Referências

1. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 novembro de 2001. Seção 1. P.37.
2. Programa Mais Médicos: Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. In: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.
3. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de Junho de 2014. Seção 1. P.8-11.
4. Noronha JC, Rodrigues RD, Oliveira JA, et al. Transformações de um Ambulatório de Medicina Integral com vistas a um Programa de Atenção Médica Primária: a experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública. 1977;11:429-43.
5. Falk JW, Gusso G, Lopes JMC. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed; 2012;2:12-16.
6. Rodrigues RD. Programa de Residência em medicina de família e Comunidade (UERJ): Uma perspectiva histórica. Rev Bras Med fam e Com. 2007;3(11):149-155.
7. Daflon F. Título Provisório – O movimento estudantil nas Ciências Médicas. São Paulo: Editora Quilombo, 1980. Introdução, p.13-20.
8. Rodrigues RD. Hospital universitário no Brasil contemporâneo: dilemas e perspectivas ante o processo de consolidação do SUS. 1999. 165P. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.
9. Alma Ata. Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, URSS, 6-12 setembro, 1978. In: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.
10. Com Vida e diferente. Saber Viver: Acessível em <http://saber-viver.org.br/publicacoes/com-vida-e-diferente/>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva: Ministério da Saúde, 2001. 36p.
12. Universidade do Estado Do Rio De Janeiro. Faculdade Ciências Médicas. Departamento Medicina Interna em 27/04/1999 dispõe sobre o curso de Especialização Médico de Família sob a responsabilidade da FCM através do DMI [processo 5967/1994].
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório de Gestão 1998 -2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
14. Demarzo MM, Almeida RCC, Marins JJJ et al. Diretrizes para o ensino na Atenção primária à Saúde na graduação em Medicina-inclusão de novas propostas. In: Marins JJJ, Rego S. Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação. São Paulo: Hucitec; 2011. 460p.
15. Vanderlei MIG; Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Cienc. Saúde Colet. 2007;12(2):443-453.
16. Minayo MCS, Gualhano L. 450 anos da cidade do Rio de Janeiro: Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2016;21(5):1.
17. Itikawa, FA, Afonso, DH, Rodrigues, RD, Guimarães, MAM. Implantação de Uma Nova Disciplina à Luz das Diretrizes Curriculares no Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rev Bras Educ Med, 2008; 32 (3): 324-332.
18. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. Rev Bras Med Fam e Com. 2007;3(11):157-72.
19. Chazan, ACS. As dores e delícias da formação médica. Um estudo de caso sobre a qualidade de vida dos estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Tese (Doutorado) – ENSP/Fiocruz, RJ, 2015.
20. Ferretti, CJ. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? Educ. Soc. 2002;23(81):299-306.
21. Afonso DH, da Silveira LMC. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. Rev Hupe. 2012;11(supl1):82-86