

Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na Atenção Primária à Saúde

Documentary analysis of the pedagogical project of a Medicine course and teaching in Primary Care (abstract: p. 12)

Análisis documental del proyecto pedagógico de un curso de Medicina y la enseñanza en la Atención Primaria a la Salud (resumen: p. 12)

Valter Luiz Moreira de Rezende^(a)

<rezende.valter@gmail.com> 

Bárbara Souza Rocha^(b)

<barbarasrocha@gmail.com.br> 

Alessandra Vitorino Naghettini^(c)

<alessandra_naghettini@ufg.br> 

Edna Regina Silva Pereira^(d)

<ersp13@gmail.com> 

^(a) Curso de Medicina, Centro Universitário de Anápolis. Avenida Universitária, Km 3,5, Cidade Universitária. Anápolis, GO, Brasil. 75083-515.

^(b) Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil.

^(c) Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina (FM), UFG. Goiânia, GO, Brasil.

^(d) Departamento de Clínica Médica, FM, UFG. Goiânia, GO, Brasil.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina de 2014 preveem uma formação com maior foco na Atenção Primária à Saúde (APS). A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, adaptando-se às novas DCN, elaborou um novo projeto pedagógico de curso (PPC). O objetivo deste estudo foi analisar e comparar, por meio de análise documental, o novo PPC nas perspectivas das DCN de 2014, tendo por base o documento "Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina". Embora o PPC contemple a maioria dos aspectos relacionados ao ensino da APS, observou-se a ausência de determinações para o ensino do método clínico centrado na pessoa, na educação popular, no respeito à autonomia do paciente e na tomada de decisão compartilhada. Espera-se, assim, subsidiar mudanças no PPC atual e estimular outras universidades a abordar esses temas.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Currículo. Medicina da família e comunidade. Ensino.

Introdução

As discussões em torno do currículo médico ganharam grande impulso no último século, especialmente após o relatório Flexner, de 1910, que influenciou a reformulação do ensino médico em boa parte do mundo¹. Esse modelo serviu de base para a organização dos currículos, principalmente com a criação de disciplinas e já com um olhar voltado para a necessidade de conhecimentos preventivos e coletivos². Flexner reconheceu que a educação médica tem de configurar-se em resposta às mudanças científicas, circunstâncias sociais e econômicas. A flexibilidade e liberdade de mudar os currículos, adaptando-se às demandas sociais locais, também faziam parte de sua mensagem³.

A formação e o perfil dos egressos no Brasil até os anos 2000 foram voltados predominantemente a um modelo hospitalocêntrico e curativo⁴. Em resposta a isso, ocorreu a articulação entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação e algumas entidades médicas para discutir a reformulação da formação médica. Esses debates levaram, em 2001, à criação de documentos como as DCN⁵. Desde então, diversos esforços foram realizados para tornar os cursos de Medicina mais voltados às necessidades da população e ao ensino na APS⁶. No entanto, a pouca valorização das atividades de ensino fora dos espaços da universidade ou hospitalares e o ainda insuficiente conhecimento do corpo docente sobre as atividades na APS representaram desafios para uma mudança curricular significativa⁶.

As DCN do curso de Medicina do ano de 2001⁴ já representaram um passo importante para estabelecer um perfil de egresso mais adequado às necessidades da população e, no ano de 2014, após as discussões em torno da Lei do Mais Médicos⁷, foram divulgadas as novas DCN para o curso de Medicina⁸. Entre as mudanças, ressaltou-se a necessidade de uma formação generalista e com ênfase nos serviços de APS e urgência/emergência. Reforçou-se também que os conteúdos fundamentais do curso estivessem relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade⁸.

A APS é a porta preferencial de entrada do sistema de saúde e países com uma orientação mais forte para este nível de atenção possuem melhores indicadores de saúde^{9,10}. No entanto, para o pleno funcionamento desta, esperam-se profissionais que saibam atender às pessoas ao longo do tempo, com conhecimento das diversas condições, alta resolutividade e que coordenem as atenções sofridas nos diversos níveis¹¹.

Nesse contexto, analisamos a Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Esta iniciou suas atividades no ano de 1960 e já graduou mais de 5.000 médicos; a maioria deles exercendo suas atividades na própria região, inclusive nas áreas de gestão pública e privada¹². Realizou diversos esforços para adequar o ensino à população e, já na década de 1970, implementou um estágio rural para o ensino de uma medicina comunitária. No ano de 2002, a FM da UFG realizou uma reforma curricular para se adequar às DCN do ano de 2001 e, além disso, em 2002, aderiu ao Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), em 2005, ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I e II), e, em 2008, ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Com a adesão a esses projetos, a instituição passou a ter um enfoque maior em atividades de ensino da saúde na comunidade¹³.

No ano de 2014, buscando nova adequação às DCN do curso de Medicina, publicou seu novo PPC, ainda em fase de implementação e avaliação. Este determina os princípios norteadores e as expectativas em torno da formação médica na instituição¹².

Considerando a necessidade de revisão e adequações curriculares de todas as escolas médicas nacionais com base nas DCN de 2014, o objetivo deste estudo foi, então, analisar e comparar o PPC do curso de Medicina da FM da UFG segundo as determinações das DCN de 2014 e do documento Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina¹⁴.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, de abordagem qualitativa, com dados produzidos por meio de análise documental. Esta, conforme Bardin¹⁵, é uma operação ou conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento em uma forma diferente da original, a fim de facilitar, em um período posterior, a sua consulta e referência.

Conforme ilustrado na Figura 1, três documentos foram analisados e dois foram comparados: o “Projeto pedagógico do curso de Medicina da FM da UFG”, publicado no fim de 2014, foi comparado às “Diretrizes curriculares do curso de Medicina”, publicada em 2014.

O documento “Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina”¹³ também foi analisado para subsidiar e estabelecer as especificações do ensino da APS na graduação. Esse documento foi escolhido por ser considerado uma referência na área; por ter sido construído em conjunto pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); e por haver participação coletiva de diversos especialistas do país nas áreas de educação médica e APS. Foi elaborado com o intuito de apoiar as escolas médicas na estruturação de projetos pedagógicos no contexto da APS.

Em um primeiro momento, foi feita a leitura exploratória das “Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina” e extraídos os temas relacionados ao “o que ensinar” nesse nível de atenção. Após essa etapa, selecionaram-se os 12 temas que tinham correspondência nas DCN de 2014:

- Competência para trabalhar em equipe
- Capacidade para atuar na atenção primária e conhecer os diversos níveis de atenção à saúde
 - Conhecimento de ações de gestão e dos serviços de saúde
 - Competência para trabalhar com educação popular e permanente da equipe
 - Respeito à autonomia
 - Capacidade de tomar decisão compartilhada
 - Utilização de evidências científicas
 - Decisão baseada em prevalência e incidência
 - Perfil generalista
 - Liderança no trabalho multidisciplinar
 - Responsabilidade social
 - Integralidade

Realizou-se, então, uma primeira leitura exploratória do PPC, estabelecendo-se, assim, contato e conhecimento do texto¹². Nesse documento, encontram-se os princí-

pios e estratégias de avaliação de aprendizagem, duração do curso e estrutura curricular, incluindo a matriz curricular, o elenco dos módulos e os conteúdos de aprendizagem, com as respectivas ementas e cargas horárias¹⁰. Todos esses tópicos foram avaliados nesta pesquisa.

Por fim, por meio da análise temática de conteúdo¹⁵, buscou-se no PPC os temas previamente escolhidos para posterior descrição e correlação, apresentados nos quadros em resultados (Figura 1).

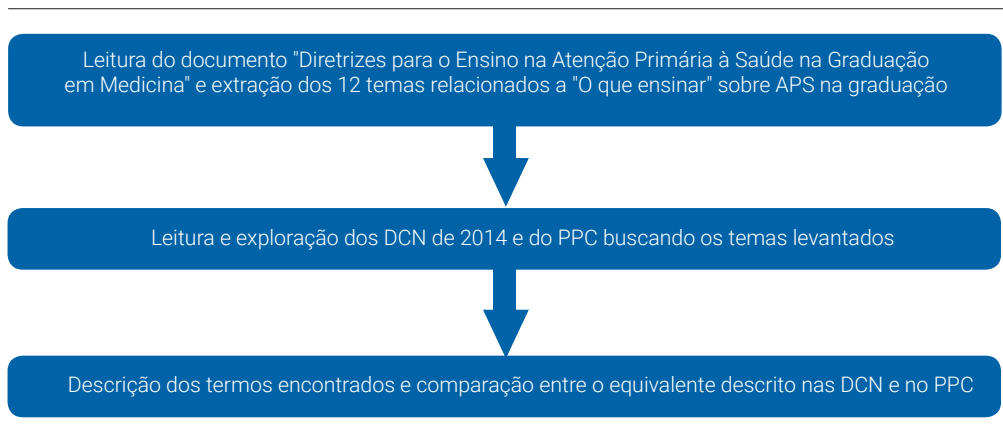


Figura 1. Passos metodológicos utilizados na análise documental.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFG e iniciado após a sua aprovação – Parecer 1.523.208 – em 2016, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 46, de 12 de dezembro de 2012.

Resultado e discussão

Os quatro temas que resultaram da análise documental são apresentados em quadros, com a descrição e a comparação entre os documentos. O Quadro 1 compara os documentos segundo o perfil do egresso, o Quadro 2 trata da área de atenção à saúde, o Quadro 3 refere-se a aspectos da Gestão em Saúde e o Quadro 4, sobre a Educação em Saúde.

Perfil esperado do egresso

O perfil do profissional descrito no PPC, um médico generalista e adequado às necessidades da sociedade, está em acordo com as DCN. A formação na Atenção Primária e a responsabilidade social são destacadas em ambos (Quadro 1).

Quadro 1. Descrição da análise documental comparativa entre os documentos referentes ao perfil esperado do egresso do curso de Medicina da UFG. Goiânia, 2017.

Diretrizes do ensino na APS	DCN do curso de Medicina de 2014	Projeto pedagógico curricular de 2014 da FM da UFG
Perfil generalista	"O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, ..." (p. 1)	"A proposta curricular visa à formação de um profissional generalista e mais adequado aos desafios da sociedade moderna." (p. 12) "O Curso de Medicina da UFG tem como objetivo geral a formação de um profissional generalista [...]" (p. 12)
Capacidade para atuar na Atenção Primária e conhecer os diversos níveis de atenção à saúde.	"[...] com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo [...]" (p. 1) "Valorização da vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica [...]" (p. 3)	"Estabelecer a inserção do estudante, desde o primeiro ano do curso, em atividades de campo oportunas à formação das habilidades e competências, nos diferentes níveis de atendimento, bem como no gerenciamento administrativo, nos diversos cenários de ensino-aprendizagem necessários ao exercício da prática médica." (p. 13) "Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário [...]" (p. 16)
Responsabilidade social	"O graduado em Medicina terá formação geral [...] com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano [...]" (p. 1)	"[...] o eixo do desenvolvimento curricular foi construído de acordo com as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, identificadas [...]" (p. 16) "[...] objetivo é tornar a educação do egresso relevante em relação às necessidades da sociedade [...]" (p. 16)

A formação de um estudante de Medicina com perfil generalista, com conhecimento dos diferentes níveis de atenção à saúde e com responsabilidade social se alinha aos princípios do Sistema Único de Saúde¹⁶. Embora as DCN do curso de Medicina de 2001⁵ já contemplassem essas orientações, as escolas médicas avançaram lentamente nesse sentido. O ensino médico no país apresentou dificuldade em transformar as tradições e espaços de atuação⁴. Com a publicação da Lei do Mais Médicos, em 2013⁷, instituiu-se a obrigatoriedade de os cursos de Medicina acompanharem as DCN. Em função disso, espera-se agora mais transformações no ensino médico brasileiro e na universidade analisada.

Para corroborar essas orientações e buscando experiências e olhares de outros países, é importante citar também que a Organização Mundial de Saúde recomenda que cerca de 80% das demandas em saúde sejam resolvidas na APS¹⁷ e que, no clássico estudo "Ecologia dos Serviços de Saúde", de White, de 1961¹⁸, replicado e confirmado em 2001 por Green¹⁹, observou-se que menos de 5% das pessoas que procuram atendimento médico necessitam de cuidados hospitalares. Esses dados reforçam a necessidade de uma formação com maior enfoque em serviços ambulatoriais, em especial, na APS.

Atenção à Saúde

No Quadro 2, foram abordados temas relacionados à área Atenção à Saúde, como o cuidado centrado na pessoa, família e comunidade; prevenção e promoção de saúde; utilização de evidências científicas e competências para trabalhar em equipe; desenvolvimento de atividades de educação popular; e tomada de decisões compartilhadas.

Quadro 2. Descrição da análise documental comparativa entre os documentos referentes à área de Atenção à Saúde do curso de Medicina da UFG. Goiânia, 2017.

Diretrizes do ensino na APS	DCN do curso de Medicina de 2014	Projeto pedagógico curricular de 2014 da FM da UFG
Abordagem centrada na pessoa, família e comunidade	"[...] integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, [...], estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades" (p. 2) "Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade [...]" (p. 2) "[...] incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico." (p. 8)	"A primeira aproximação deve se dar entre o estudante e o indivíduo inserido em seu contexto social mais próximo (a família, seu grupo de vizinhança e os focos sociais em que se desenvolvem suas relações sociais)." (p. 15) "Eixo Indivíduo, Família, Comunidade, Sociedade: visa o desenvolvimento de uma prática de ação comunitária, integrada [...], onde o estudante entra em estreita relação com o indivíduo, a família, a comunidade e a sociedade ou em ambientes e estruturas a elas pertencentes" (p. 46)
Atuação na prevenção e promoção de saúde	"[...] participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais" (p. 7) "[...] estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica" (p. 7)	"[...] atuar na proteção, na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde" (p. 24)
Competência para trabalhar com educação popular e permanente da equipe	"[...] estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica" (p. 7)	NÃO CONSTA EDUCAÇÃO POPULAR "[...] veiculação do conhecimento da área da saúde, cujo alcance envolve a formação do acadêmico, e a troca contínua entre os profissionais integrantes dos órgãos prestadores de serviços, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, alcançando, ainda, a própria comunidade, em um processo de educação e conscientização permanente." (p. 16)
Respeito à autonomia do paciente	"[...] estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades" (p. 2)	NÃO CONSTA
Capacidade de tomar decisão compartilhada	"[...] incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico" (p. 8)	NÃO CONSTA
Utilização de evidências científicas	"Tomada de decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas" (p. 3)	"[...] capacidade de tomar decisões [...] baseadas em evidências científicas" (p. 22)
Decisão baseada em prevalência e incidência	"Análise das necessidades de saúde de grupos de pessoas e as condições de vida e de saúde de comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde [...]" (p. 7)	"[...] diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças" (p. 24)

A necessidade de se considerar a pessoa em sua totalidade, incluindo a família e comunidade, é citada nos dois documentos. No entanto, não se observa no PPC menção ao método clínico centrado na pessoa. Essa abordagem apresenta diversas vantagens sobre o modelo biomédico tradicional, centrado no médico. Ambos os documentos incluem maior satisfação do paciente; maior adesão ao tratamento e melhor resposta à terapêutica; maior satisfação do médico; menor número de processos por erro médico; cuidado mais eficiente; e menor número de exames complementares e de encaminhamentos a especialistas focais, com redução dos custos para o sistema de saúde e para o paciente^{20,21}.

Prevenção, promoção de saúde e competência para trabalhar com educação popular e da equipe são colocadas como ações esperadas do estudante. A expressão "promoção da saúde" foi utilizada pela primeira vez na década de 1970, pelo ministro da saúde

canadense Mark Lalonde em um documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians*.²² A influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte foram bastante destacados nesse documento. A Carta de Ottawa, publicada pela Organização Mundial de Saúde na primeira conferência internacional de promoção à saúde, reforça essa tese e acrescenta que os indivíduos deverão ser orientados para ter maior controle sobre a própria saúde^{17,22}.

Embora o PPC aborde o conceito de educação permanente e envolva a população nesse sentido, não consta menção ao aprendizado sobre Educação Popular em Saúde (EPS) de forma clara e específica. A EPS reconhece e enfrenta os problemas de saúde dialogando com as classes populares e respeitando a cultura e os saberes trazidos por estas. A atual concepção da EPS, influenciada principalmente pelas publicações de Paulo Freire, rompe com as anteriores práticas hegemônicas de educação em saúde. Estas eram instituídas predominantemente de forma unilateral pelos profissionais de saúde, pouco dialógicas e com caráter essencialmente biomédico²³. Torna-se, portanto, de fundamental relevância o ensino desses conceitos no curso de Medicina²⁴.

As DCN colocam a necessidade do estímulo ao autocuidado pelos pacientes, do respeito à autonomia destes e de tomada de decisões compartilhadas. No entanto, merece destaque a ausência no PPC de qualquer termo que remeta ao respeito da autonomia ou decisão compartilhada. Conforme mostrado a seguir, diversas publicações reforçam a orientação das DCN sobre estes assuntos. O Código de Ética Médica, de 2009²⁵, em seu artigo XXI, diz que no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

A mudança de predomínio de doenças agudas para doenças crônico-degenerativas tornará obrigatória a reincorporação da arte da Medicina, segundo Sullivan, 2003²⁶. O objetivo exclusivo de cura e de evitar a morte dá lugar ao objetivo de cuidado das pessoas, considerando a perspectiva destas. O respeito à autonomia do paciente e a valorização de seu ponto de vista em relação à saúde e ao seu cuidado são peças fundamentais do agir médico. O paciente-sujeito está sendo reintroduzido na Medicina^{26,27}.

A tomada de decisões baseada em evidências, considerando a prevalência e incidência dos diversos agravos, aparece nos dois documentos. Essa forma de atuação garante maior resolutividade e efetividade aos tratamentos; atenção à prevenção quaternária; uso racional de recursos e medicamentos; e diminuição dos casos de iatrogenia^{28,29}.

Gestão em Saúde

Este tópico trata de assuntos como trabalho em equipe, liderança no trabalho multidisciplinar e conhecimento de ações de gestão. Todas essas competências são recomendadas pelas DCN e pelo PPC (Quadro 3).

Com o envelhecimento da população e o aumento de condições crônicas, expandiu-se significativamente a complexidade do cuidado³⁰⁻³². Portanto, torna-se fundamental a formação de profissionais que tenham competência para enfrentar esse novo perfil epidemiológico. Trabalho em equipe e liderança, de forma colaborativa, não hierárquica e coordenada, são competências imprescindíveis neste processo^{30,33,34}.

Quadro 3. Descrição da análise documental comparativa entre os documentos referentes à área de Gestão em Saúde do curso de Medicina da UFG. Goiânia, 2017.

Diretrizes do ensino na APS	DCN do curso de Medicina de 2014	Projeto pedagógico curricular de 2014 da FM da UFG
Competência para trabalhar em equipe	"Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde. (p. 3)	"Inserção do estudante desde o primeiro ano do curso em atividades práticas, em trabalho em equipe, com interação e atuação multiprofissional, tendo como beneficiários os indivíduos e a comunidade." (p. 12) "Promover a formação das competências necessárias para trabalho em equipes multiprofissionais, bem como o relacionamento interpessoal e ético em todos os níveis da atuação profissional, [...]" (p. 14)
Liderança no trabalho multidisciplinar	"Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais [...], tendo em vista o bem-estar da comunidade [...]" (p. 3)	"[...] no trabalho em equipe multiprofissional, deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade." (p. 22)
Conhecimento de ações de gestão e dos serviços de saúde	"[...] participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade, [...]" (p. 2) "Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade..." (p. 3)	"[...] ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde." (p. 24) "[...] deve estar apto a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação" (p. 22)
Integralidade	"[...] promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva [...]" (p. 8)	"[...] reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência [...]" (p. 24)

A liderança, apesar do seu caráter subjetivo, é uma competência que pode ser ensinada. Envolve boa comunicação, saber trabalhar em equipe, planejamento estratégico e tomada de decisões. Espera-se também que o estudante seja capaz de identificar necessidades, traçar objetivos e atuar em equipe, buscando envolver e partilhar o cuidado com outros profissionais³⁵.

O desenvolvimento e conhecimento de ações de gestão – outra competência desejada – envolve a organização de sistemas de saúde e atenção em Saúde Pública. Qualificar o estudante para gerir e conhecer tanto a macroestrutura quanto os serviços e políticas públicas é uma medida que trará profissionais e gestores mais capacitados e envolvidos com a melhoria dos dispositivos da rede de atenção à saúde³⁶.

Uma atuação que busque a integralidade é etapa fundamental do atendimento médico na APS. Ao utilizar a abordagem clínica centrada na pessoa integral, complexa, garante-se que o indivíduo seja visto em sua totalidade, sendo uma estratégia para a concretização de uma assistência voltada para as reais necessidades da população³⁷.

Educação em Saúde

Na parte das DCN referente à área Educação em Saúde, um ponto com interface na APS é destacado: a interdisciplinaridade. Esta encontra-se contemplada no PPC (Quadro 4).

Quadro 4. Descrição da análise documental comparativa entre os documentos referentes à área de Educação em Saúde do curso de Medicina da UFG. Goiânia, 2017.

Diretrizes do ensino na APS	DCN do curso de Medicina de 2014	Projeto pedagógico curricular de 2014 da FM da UFG
Interdisciplinaridade	"Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais" (p. 12)	"Aspectos éticos, morais, sociais e fisiopatológicos na prática médica com ênfase na interdisciplinaridade." (p. 97)

A interdisciplinaridade, que significa a interação entre diferentes teorias e saberes nos processos de ensino-aprendizagem³³, é peça essencial para a formação de um profissional que trabalhe de forma integrada, interprofissional e resolutive³⁴.

Conforme Frenk et al.³⁰, a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade são pilares da última grande geração de reformas no ensino médico que tratam da aquisição de competências para formação de um profissional mais alinhado às necessidades da população.

Considerações finais

O novo projeto pedagógico curricular foi construído em um contexto de transformações na formação médica e no modelo assistencial (pós Lei do Mais Médicos) e acompanhou as DCN de 2014 na maioria dos pontos relacionados ao ensino da APS na graduação.

Ambos determinam a formação de um profissional generalista, que atenda às necessidades de saúde da população e que possua grande conhecimento da APS. Também é descrita a necessidade de se buscar um egresso que tenha abordagem integral, habilidades para trabalhar em equipe e conhecimentos dos processos de gestão.

Merece destaque, no entanto, a ausência no PPC de temas fundamentais na prática médica e na relação médico-paciente. Não há referências ao ensino do método clínico centrado na pessoa, da educação popular em saúde, do respeito à autonomia do paciente e da tomada de decisão compartilhada.

Espera-se, assim, que os gestores do curso analisado e de outras instituições com contextos semelhantes, em um processo de avaliação e atualização continuada do currículo, possam incluir essas recomendações, que são previstas nas DCN de 2014 e são peças fundamentais para o exercício de uma Medicina mais humanizada, efetiva e centrada nas necessidades das pessoas e da população.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).

Referências

1. Marins JJ, Lampert JB, Araújo JG, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004.
2. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(12):2234-49.
3. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med*. 2006; 355(13):1339-44.
4. Streit DS, Neto FB, Lampert JB, Lemos JMC, Batista NA. Educação médica: dez anos de diretrizes curriculares nacionais. Rio de Janeiro: ABEM; 2012.
5. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. 9 Nov 2001; sec. 1, p. 38.
6. Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, Amaral E. Síntese final e as perspectivas para o futuro da educação baseada na comunidade no contexto Brasileiro. In: Bollela VR, Germani ACC, Campos HH, Amaral E, organizadores. Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC-Editora; 2014. p. 293-7.
7. Presidência da República (BR). Lei 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
8. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. 23 Jun 2014; sec. 1, p. 8-11.
9. Organização Mundial da Saúde. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. *Relatório Mundial da Saúde*. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2010.
10. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de atención primaria de salud em las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPAS; 2007.
11. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344(8):1129-33.
12. Universidade Federal de Goiás. Projeto pedagógico do curso de medicina. Goiânia: UFG; 2014.
13. Naghettini AV, Pereira ERS, Moraes VA. Educação baseada em comunidade: a experiência da Universidade Federal de Goiás. In: Bollela VR, Germani ACC, Campos HH, Amaral E, organizadores. Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2014. p. 125-36.
14. Demarzo MM, Almeida RC, Marins JJ, Trindade TG, Anderson MI, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(19):145-50.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, Tradutor. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB). *Diário Oficial da União*. 22 Out 2011; sec. 1, p. 48-52.
17. World Health Organization. The Ottawa Charter for health promotion. Geneva: WHO; 1986.



18. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med.* 1961; 265:885-92.
19. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001; 344(26):2021-5.
20. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 12:CD003267.
21. Lopes JM. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso G, Lopes J. *Tratado de medicina de família e comunidade.* São Paulo: Artmed; 2012. p. 112-23.
22. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005; 13(3):423-31. doi: 10.1590/S0104-11692005000300018.
23. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(1):7-18.
24. Simon E, Jezine E, Vasconcelos EM, Ribeiro KS. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. *Interface (Botucatu).* 2014; 18 Suppl 2:1355-64. doi: 10.1590/1807-57622013.0477.
25. Conselho Federal de Medicina – CFM. Código de ética médica; Resolução CFM Nº 1931/2009. *Diário Oficial da União.* 24 Set 2009; sec. 1, p. 90.
26. Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med.* 2003; 56(7):1595-604.
27. Ribeiro MM, Amaral CF. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(1):90-7.
28. Manser R, Walters EH. What is evidence-based medicine and the role of review: the revolution coming your way. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2001; 56(1):33-8.
29. Oannidis JP. Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *J Clin Epidemiol.* 2016; 73:82-6.
30. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010; 376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
31. Ornstein SM, Nietert PJ, Jenkins RG, Litvin CB. The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care practice: a PPRNet report. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26(5):518-24.
32. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev Kairós Gerontol.* 2015; 18(1):325-39.
33. Furtado JF. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(22):239-55.
34. Matuda CG. Colaboração interprofissional na Estratégia de Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(8):2511-21.



35. Provenzano BC, Ferreira DAV, Machado APG, Aranha RN. Liderança na educação médica. *Rev HUPE*. 2014; 13(4):26-31.
36. Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JRC, Lima MECC. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(4):526-39.
37. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

The 2014 National Curriculum Guidelines (DCN) for the medicine course provide for an education that focuses on primary care. The School of Medicine of Universidade Federal de Goiás, adapting itself to the new DCN, has developed a new Pedagogical Course Project (PCP). The objective of this study was to examine, through documentary analysis, the new PCP in the perspective of the 2014 DCN, based on the document “Guidelines for Primary Care Teaching in Undergraduate Medicine Courses”. Although the PCP covers most of the aspects related to primary care teaching, there is no reference to the teaching of the person-centered clinical method, popular health education, respect for patient autonomy, and shared decision-making. We hope, therefore, to subsidize changes in the current PCP and to stimulate other universities to approach these issues.

Keywords: Primary care. Curriculum. Family and community medicine. Education.

Las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de 2014 prevén una formación con mayor foco en la Atención Primaria de la Salud (APS). La Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Goiás, adaptándose a las nuevas DCN elaboró un nuevo Proyecto Pedagógico de Curso (PPC). El objetivo de este estudio fue analizar y comparar, por medio de análisis documental, el nuevo PPC en las perspectivas de las DCN de 2014, teniendo como base el documento “Directrices para la Enseñanza en la Atención Primaria de la Salud en la Graduación en Medicina”. Se observó la ausencia de determinaciones para la enseñanza del método clínico centrado en la persona, en la educación popular, en el respeto a la autonomía del paciente y en la toma de decisión compartida. Se espera, así, subsidiar cambios en el PPC actual e incentivar a otras universidades.

Palabras clave: Atención primaria de la salud. Currículo. Medicina de la familia y comunidad. Enseñanza.

Submetido em 14/12/17.

Aprovado em 08/10/18.