



**FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**

**PROJETO PEDAGÓGICO DO  
CURSO DE MEDICINA**

**2014**

DIRETOR GERAL **Prof. Dr. Paulo Roberto Teixeira Michelone**

DIRETORA DE GRADUAÇÃO **Profª Maria de Lourdes Marmorato Botta Hafner**

COORDENADORA DO CURSO DE MEDICINA **Profª Mércia Ilias**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Faculdade de Medicina de Marília  
Projeto Pedagógico do Curso de Medicina / Faculdade de  
Medicina de Marília. Curso de Medicina. - - Marília, 2014.  
46 f.

Vários colaboradores.

1. Educação médica. 2. Currículo.

2014 – FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Av. José de Grande, 332 – Bairro Jardim Parati – Marília – SP

CEP 17519-470 | Fone: (14) 3402-1838 | Fax: (14) 3413-2594

e-mail: [coordcursos@famema.br](mailto:coordcursos@famema.br) | <http://www.famema.br>

Projeto gráfico, editoração e impressão financiados com recursos do projeto Pró-Saúde  
Carta-Acordo BR/LOA/1300027.002 OPAS/OMS

**Não é permitida a reprodução deste material sem a autorização da Instituição acima.**

## EQUIPE DE ELABORAÇÃO

*Prof. Dr. Antônio Carlos Siqueira Júnior*

*Prof. Dr. Carlos Alberto Lazarini*

*Prof. Dr. Carlos Rodrigues da Silva Filho*

*Prof<sup>a</sup> Celeste Maria Bueno Mesquita*

*Prof. Cleber José Mazzoni*

*Prof. Everton Sandoval Giglio*

*Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ieda Francischetti*

*Prof. Dr. José Raphael de Moura Campos Montoro*

*Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luzmarina Aparecida Doretto Braccialli*

*Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Quaglio Chirelli*

*Prof<sup>a</sup> Maria de Lourdes Marmorato Botta Hafner*

*Prof<sup>a</sup> Maria Yvette de Aguiar Dutra Moravcik*

*Prof<sup>a</sup> Mércia Ilias*

*Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Franco da Rocha Tonhom*

*Prof<sup>a</sup> Vivian Regina Affonso*

*Prof<sup>a</sup> Zilda Maria Tosta Ribeiro*

## AGRADECIMENTOS

Prof<sup>a</sup> Léa das Graças Camargos Anastasiou

Programa de Desenvolvimento Docente

Diretoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Núcleo de Avaliação

Diretório Acadêmico Christiano Altenfelder

Aos Professores e funcionários que ajudaram, direta ou indiretamente, na elaboração do projeto.

## APRESENTAÇÃO

As relevantes transformações que ocorreram na última metade do século XX e que continuam neste século impulsionaram, em diferentes etapas, a reforma do sistema de saúde brasileiro.

As primeiras escolas médicas no Brasil seguiam o modelo flexneriano, tendo o processo ensino-aprendizagem centrado no professor, que transmitia o conhecimento aos estudantes com estrutura curricular separada em ciclos básico e profissionalizante, organizados em disciplinas fragmentadas. Apesar desse modelo, os médicos tinham uma formação geral e inserção no nível socioeconômico, político, cultural e humanístico, desempenhando espontaneamente o papel de “médico de família”.

O avanço científico e tecnológico proporcionou um aumento no número de especialidades e sub-especialidades médicas, que, associado à demanda de trabalho intenso nos serviços públicos e privados, tornou progressivamente o médico em um profissional centralizador, mecanicista, desumanizado e distante das necessidades de saúde da população.

Na década de 60, o incentivo governamental de industrialização do país e o crescimento populacional estimularam a criação de novas faculdades de medicina. A Famema, criada em 1966, era a 10ª faculdade do estado de São Paulo e a 40ª no País.

Em 1988, a Carta Magna da Constituição Brasileira reconhece e assume que a saúde e a educação são direitos do cidadão e deveres do Estado. Cria-se um sistema único de saúde, com acesso universal e igualitário para todos os brasileiros. A inclusão imediata de grande parte da população no SUS, mantendo-se o mesmo financiamento, levou à ruptura do paradigma vigente na formação do médico especialista. O fortalecimento da saúde pública com políticas que propunham oportunizar assistência de qualidade e otimização dos recursos econômicos, além da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, em 2001, delinearam um perfil profissional do médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com princípios éticos, devendo promover a saúde integral do ser humano.

A Famema sente-se imensamente honrada em estar contribuindo para construção desta nova realidade na saúde e na educação médica há quase duas

décadas de um processo de ensino dinâmico e permanentemente avaliado, visando corrigir falhas e enfatizando acertos.

A pluralidade de ideias do corpo docente, discente e técnico-administrativo tem permitido avanços consideráveis na elaboração deste projeto pedagógico, que é mais uma conquista de todos.

Prof. Dr. Paulo Roberto Teixeira Michelone

DIRETOR GERAL DA FAMEMA

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>1 HISTÓRICO DA FAMEMA</b> .....	<b>7</b>
1.1 PROJETO FAMEMA 2000 .....	11
1.2 PROJETO FAMEMA SÉCULO XXI .....	12
1.3 PROJETO FAMEMA EM NOVAS PERSPECTIVAS .....	13
1.4 PÓS-GRADUAÇÃO .....	14
1.5 COMPLEXO FAMEMA .....	14
<b>2 EIXO ESTRUTURANTE</b> .....	<b>15</b>
2.1 RESPONSABILIDADE SOCIAL DA FAMEMA .....	15
2.2 MÉTODOS ATIVOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM .....	16
2.2.1 PROBLEMATIZAÇÃO .....	17
2.2.2 APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS (ABP) .....	20
2.3 CURRÍCULO INTEGRADO .....	23
2.4 ORIENTAÇÃO CURRICULAR POR COMPETÊNCIA .....	23
2.5 AVALIAÇÃO .....	26
2.5.1 DEFINIÇÃO E FINALIDADES DA AVALIAÇÃO .....	26
2.6 A AVALIAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE EGRESSOS .....	28
<b>3 PERFIL PROFISSIONAL</b> .....	<b>29</b>
3.1 CONCEITUAÇÃO .....	29
3.2 PERFIL DOCENTE .....	31
<b>4 ORGANIZAÇÃO CURRICULAR</b> .....	<b>32</b>
4.1 ESTRUTURA CURRICULAR .....	32
REFERÊNCIAS .....	37
APÊNDICE A .....	42
ESTRUTURA CURRICULAR E CARGA HORÁRIA DO CURSO DE MEDICINA, FAMEMA, 2014	
APÊNDICE B .....	44
ORGANIZAÇÃO DAS TAREFAS DE ACORDO COM A ÁREA DE ATUAÇÃO	
APÊNDICE C .....	46
DESENVOLVIMENTO DE TAREFAS CONFORME AS ÁREAS DE ATUAÇÃO, SEGUNDO SÉRIES DO CURSO DE MEDICINA	

# Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Famema

## INTRODUÇÃO

### 1 HISTÓRICO DA FAMEMA

A Faculdade de Medicina de Marília (Famema) foi criada, como instituto isolado de ensino superior, pela Lei Estadual nº 9236, de 19 de janeiro de 1966, em consequência de dois fatores principais: a dificuldade de operar um hospital, agora geral e regional, recém construído e sem perspectiva de iniciar suas atividades por falta de Recursos Humanos e da expansão, via privatização, do ensino de terceiro grau, em grande monta na área de saúde, ocorrida no final dos anos 60 e início dos 70 no Brasil (PADILHA, 1996).

Como instituição pública municipal, com 60 vagas anuais para cada uma das seis séries, foi autorizada em 30 de janeiro de 1967, depois de ter sido constituída uma entidade mantenedora, a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FMESM), criada pela Lei Municipal nº 1371, de 22 de dezembro de 1966. A Famema iniciou suas atividades desenvolvendo um modelo curricular tradicional, regulado pelo Conselho Estadual da Educação e cuja organização era semelhante ao das Faculdades de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e da Universidade de São Paulo. O modelo pedagógico adotado foi o prevalente à época, centrado nos professores e na aprendizagem por transmissão e memorização (PADILHA, 1996).

A Famema, devido ao precário modelo de gestão adotado desde seus primórdios, uma fundação municipal sem bens, sem fins lucrativos e sem recursos próprios, à medida que ampliava a assistência à população local e regional, passava por crises financeiras recorrentes, oriundas desses fatores. O custo hospitalar e os *déficits* constantes levaram a diversas greves de docentes e estudantes na busca de uma administração profissional. A necessidade de mais recursos levou a Famema, em 1974, a aumentar para 80 o número de vagas do curso médico. Isso, na verdade, apenas acelerou a frequência das sucessivas crises e aprofundou a necessidade de financiamento compatível com as necessidades (PADILHA, 1996).

Em 1980, foi organizada uma reforma curricular cujo objetivo principal era aproximar os ciclos básico e clínico, constituindo um currículo integrado por sistemas. Devido ao pouco envolvimento da comunidade, não foi implantada (PADILHA, 1996).

Criou-se o curso de Enfermagem e Obstetrícia em 20 de janeiro de 1981. Autorizado pelo governo federal, foi reconhecido em 1984. Inicialmente em período integral, com 80 vagas anuais, que, posteriormente, em 09 de maio de 1997, foram reduzidas para 40 (PADILHA, 1996).

Foi um período de expansão da área física e, por meio de uma política de incentivo à realização de pós-graduação *stricto sensu* pelo corpo docente, foi promovido o credenciamento da residência médica pela Comissão Nacional de Residência Médica (CARM)/Ministério da Educação e Cultura (MEC) nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, medicina preventiva e psiquiatria. Nesse mesmo período, foi iniciado localmente o Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA), que provocou inquietude e o desenvolvimento de modelo de ensino mais próximo à comunidade e em maior sintonia com as necessidades de saúde da população, colaborando, ainda, com seus limitados recursos, para a manutenção financeira da Instituição (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 2006).

Essa iniciativa foi fundamental, por ser uma das primeiras do Brasil a aproximar a formação de Recursos Humanos a um sistema de saúde que ainda não existia organicamente, mas estava se organizando como tal, transformando paradigmas, tais como, em vez de assistir “indigentes”, assistir cidadãos, numa estrutura hospitalar voltada agora para o binômio ensino-assistência.

A Famema foi estadualizada e tornou-se, por meio da Lei número 8.898 de 27 de setembro de 1994, a autarquia de regime especial - Faculdade de Medicina de Marília - Famema, vinculada, então, à Secretaria da Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico, passando a ter nova constituição e organização (SÃO PAULO, 1994).

O exercício da administração da Famema passa a ser responsabilidade da Congregação e Diretoria Geral com funções integradas segundo o Regimento.

Com a autarquia, a organização e a constituição da Famema passaram por reestruturação, transferindo as funções deliberativas e normativas da administração

superior à Congregação e à Diretoria Geral (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 1999b).

Em 19 de janeiro de 1998, em virtude da Lei Municipal nº 4379/98, a Famema passou a chamar-se Fundação Municipal de Assistência à Saúde (MARILIA, 1998).

Por meio do Decreto nº 51.460, de 01 de janeiro de 2007, o até então governador do estado de São Paulo, José Serra, no uso de suas atribuições legais, decretou a alteração de denominação da Secretaria de Turismo para Secretaria de Ensino Superior. Atendendo a este decreto, a Faculdade de Medicina de Marília – Famema passou a responder a esta Secretaria (SÃO PAULO, 2007).

Quatro anos depois, com o Decreto 56.636 de 01 de janeiro de 2011, do governador Geraldo Alckmin, a Famema passou a fazer parte da Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência e Tecnologia (SÃO PAULO, 2011).

Importante também resgatar que, em consequência de parte de sua comunidade estar comprometida com a discussão acerca da superação de um modelo pedagógico e assistencial desgastado e pouco eficiente, a Faculdade de Medicina de Marília foi escolhida, em 1992, pela Fundação W. K. Kellogg, para receber apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento de um projeto baseado na parceria entre a academia, os serviços de saúde e a comunidade. Este projeto, chamado Uma Nova Iniciativa (UNI) na formação de profissionais de saúde, apoiou o desenvolvimento curricular dos Cursos de Medicina e Enfermagem e possibilitou a construção de um novo projeto educacional (ROMERO, 2005).

O propósito do Programa UNI foi o desenvolvimento integrado de modelos inovadores na educação e na atenção à saúde e o desenvolvimento de lideranças.

Assim, com a estadualização e a inclusão no Projeto UNI, a Famema obteve oportunidade para avançar no desenvolvimento de um novo modelo pedagógico e no delineamento do perfil dos egressos a serem formados (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA 1999a).

O ano de 1995 foi particularmente rico na leitura dos anseios de docentes e discentes por meio de seminários, pesquisas de opinião e entrevistas, que contribuíram para o avanço do projeto acadêmico e para a definição do Plano de Consolidação e Desenvolvimento Institucional.

Naquele ano, delineou-se um Projeto Acadêmico para o curso médico que perpassava por quatro eixos centrais: desenvolvimento curricular, modelo pedagógico, apoio e avaliação. Em vista disso, várias ações foram delineadas para o desenvolvimento de cada eixo, entre elas, capacitações com assessores externos, oficinas de trabalho, seminários, palestras e fórum, envolvendo docentes de ambos os cursos, profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e gestores. A escuta dos processos vigentes foi feita por meio de avaliação com questionários e contou com a participação dos estudantes (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 1999a).

Foi realizada visita à Universidade de McMaster. Foram realizados Seminários Viajeiros cujos participantes visitaram os projetos UNI no exterior e se incluíram ativamente no projeto local. Em âmbito do Projeto Rede UNI-Brasil, a Famema participou de vários encontros com as demais escolas parceiras (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 1999a).

Criou-se o Projeto Integrado de Medicina e Enfermagem de Base Comunitária (PIMEC), que, com o auxílio de assessores externos, trabalhou não só a integração dos cursos, mas também das áreas básica e clínica, e várias atividades passaram a ser desenvolvidas pelos estudantes nas UBSs (Unidade Básica de Saúde) (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 1999a).

No curso médico, foi criado um grupo de estudos sobre aprendizado baseado em problemas com nove docentes. Houve visita de assessores de McMaster e esforços em busca de uma Proposta de Currículo Nuclear, readequação de disciplinas como propedêutica médica, ética médica e cirurgia experimental (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 1999a).

Na estrutura de apoio, houve reorganização, atualização e informatização da biblioteca, início da estruturação do Laboratório de Informática, finalizada em 1996, organização do Laboratório de Simulação, do Nuadi (Núcleo de Apoio aos Discentes) e do Núcleo de Línguas. A Famema se vinculou ao Cinaem (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico) e ao Cedem (Colegiado Estadual das Escolas Médicas) (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 1999a).

Assim, a Famema avançou, em 1996, com muitas atividades em andamento no desenvolvimento de estratégias que fortalecessem a implementação das mudanças em discussão. Orientados por uma política de planejamento estratégico, os

investimentos em assessoria, capacitações, cursos, visitas, adequação de espaço físico e de material foram mantidos e, em 1997, foi possível iniciar a primeira turma do curso de medicina com um novo projeto educacional. No ano seguinte, o mesmo se deu com o curso de enfermagem.

Em decorrência desse conjunto de situações internas e das políticas públicas de saúde, implementadas a partir da Constituição de 1988, como também da política de formação profissional na área da saúde, as quais apontavam para a necessidade de mudanças na organização curricular, na metodologia do processo de ensino-aprendizagem e no próprio enfoque das questões de saúde, a Famema consegue viabilizar seus novos projetos educacionais para os cursos de Medicina e Enfermagem.

É importante ressaltar que todos esses esforços não se deram em total conformidade com o pensamento institucional, segundo relatou o diretor de graduação à época, e, muitas vezes, o ideário do projeto não permitia sua concretização (SILVA FILHO, 1994).

Apesar disso, o acúmulo de conhecimentos, gerado pelas diversas atividades promovidas pelo UNI, permitiu a elaboração de um novo projeto educacional para a faculdade, denominado Projeto Famema 2000 (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 1999a).

### **1.1 Projeto Famema 2000**

Considerando a importância dos referenciais filosóficos, psicológicos e sócio-culturais norteadores do currículo escolar, o Projeto Famema 2000 ocupou-se da construção dos objetivos educacionais e dos desempenhos a serem desenvolvidos de modo a garantir a certificação de competência para o exercício profissional. Assim, o currículo do curso de medicina passou a ser centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade, enquanto o curso de enfermagem adotou a problematização.

Na medicina, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) tornou-se o instrumento pedagógico utilizado por favorecer o desenvolvimento da capacidade do estudante de construir ativamente seu conhecimento, considerando seus saberes prévios e a força mobilizadora dos problemas de saúde-doença selecionados para o

estudo. A ABP organiza-se em pequenos grupos, a partir da formulação de questões de aprendizagem pelos estudantes, segundo suas próprias necessidades (RAMOS, 2002).

O desenho curricular também foi além do modelo biomédico, trabalhando as dimensões psicológica, social e a compreensão do processo saúde-doença, favorecendo a formulação do plano de cuidados das pessoas (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 1999a).

A orientação à comunidade refere-se não somente à utilização dos problemas prevalentes e relevantes como base para a aprendizagem dos estudantes, mas também à parceria da escola com a sociedade na busca da resolução dos problemas de saúde e da melhoria do cuidado prestado a essa comunidade.

O constante processo avaliativo, ao qual as inovações introduzidas vêm sendo submetidas, tem permitido um desenvolvimento curricular permanente (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 1999a).

## ***1.2 Projeto Famema Século XXI***

O Projeto Famema século XXI representou todas as conquistas acumuladas nos Projetos UNI e Famema 2000 e da participação no Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares – PROMED (2003), além de incorporar os avanços originados da autorreflexão e da busca de novos conhecimentos para a superação das fragilidades encontradas. A contribuição de representantes de docentes, discentes, profissionais de saúde e comunidade na construção desse projeto ampliou a validade e a relevância das propostas (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 2003).

Essa nova lógica curricular foi fruto da necessidade de maior capacitação na formação dos profissionais de saúde tanto para a melhoria do cuidado à saúde das pessoas quanto para a apreensão e o aprimoramento das novas ferramentas pedagógicas. Assim, esse processo dinâmico tem-se estabelecido de forma sistemática e o desenvolvimento curricular na Famema passou a ser permanente e de responsabilidade de todos.

A Famema antecipou-se, em quatro anos, em relação às mudanças orientadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem, divulgadas pelo MEC em agosto de 2001.

### **1.3 Projeto Famema em novas perspectivas**

Em 03 de novembro de 2005, pela Portaria Interministerial nº 2.101 do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, instituiu-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 2005).

Esse programa visou incentivar transformações do processo de formação, da geração de conhecimentos e da prestação de serviços à comunidade para abordagem integral do processo saúde-doença.

A Famema, a partir de 2008, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Marília, tem sido contemplada com projetos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), financiados pelo Ministério da Saúde.

Assim, pioneira, no país, na implantação da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) em seu curso de Medicina, a Famema tem sido reconhecida pela formação de profissionais, médicos e enfermeiros, preparados para enfrentar o acirrado mercado de trabalho.

A Famema também tem atuado, com o intuito de apoiar e fortalecer o aperfeiçoamento da aprendizagem dos estudantes, trabalhando em sintonia com o Sistema Nacional da Avaliação do Ensino Superior (SINAES), do Ministério da Educação. A faculdade vem evoluindo ano a ano e levantando questões importantes para o desenvolvimento do ensino superior do país.

Desde 2003, a utilização da problematização (CYRINO, TORALLES-PEREIRA, 2004) também acontece nas Unidades de Práticas Profissionais (UPPs), tanto para estudantes de medicina quanto de enfermagem, sendo que, nos dois primeiros anos de ambos os cursos, seus estudantes atuam conjuntamente nesses cenários, tanto nas atividades na Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como no Laboratório de Prática Profissional (LPP) e Apoio.

## **1.4 Pós-Graduação**

Em 2010, foi enviada à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) proposta de criação de dois programas de pós-graduação “*stricto sensu*”, mestrado profissional em “Educação em Saúde” e mestrado acadêmico em “Biologia e Envelhecimento”, ambos recomendados e autorizados a funcionar a partir de 2011. A pós-graduação tem sido vista como um espaço importante de aprimoramento de profissionais nas ferramentas da pesquisa científica. Além disso, uma pós-graduação estruturada tem repercussões positivas, inclusive na graduação, porque aviva o debate científico no interior da academia além de disseminar a cultura da investigação científica entre os estudantes.

## **1.5 Complexo Famema**

A Famema é referência no atendimento em saúde com o HC I, HCII (Hospital Materno Infantil), HCIII (Hospital São Francisco), Ambulatório de Especialidades Governador Mário Covas, Instituto de Olhos de Marília (IOM) e Hemocentro.

Desde sua inauguração, a Oncoclínica do HC tem proporcionado atendimento de excelência para pacientes com câncer, contando com serviços de radioterapia e quimioterapia.

Durante o Fórum institucional de 2009, toda a comunidade se reuniu e iniciou um trabalho conjunto que resultou na reafirmação da missão, da visão e dos valores da Famema, que assim ficaram compreendidos:

**Missão:** formar profissionais comprometidos com as necessidades de saúde das pessoas, integrando ensino-aprendizagem, pesquisa e assistência.

**Visão:** ser referência internacional por meio de métodos ativos de ensino-aprendizagem, abrangendo a pesquisa e a assistência à saúde.

**Valores:** comprometimento com a integralidade, humanização dos processos de trabalho, satisfação e valorização dos colaboradores, responsabilidade sócio-ambiental nas ações, compromisso ético, gestão participativa, transparência nas ações e resultados, e, ainda, com a excelência no trabalho em equipe.

## **2 EIXO ESTRUTURANTE**

### ***2.1 Responsabilidade social da Famema***

O conceito de responsabilidade social da escola médica foi definido em 1995 e propõe que as escolas socialmente responsáveis sejam capazes de ordenar suas atividades de ensino, pesquisa e extensão na direção das preocupações prioritárias em saúde, que impactam a comunidade, a região e a nação às quais têm o dever de servir. A responsabilidade social enfatiza que as prioridades devem ser eleitas conjuntamente pelos governos, profissionais de saúde e representantes da comunidade (CALDERON; PEDRO, VARGAS, 2011).

A aplicação desse conceito implica que a instituição deve investir no desenvolvimento do compromisso social de seus produtos, dentre eles: os estudantes graduados, as pesquisas desenvolvidas e o modelo assistencial proposto. Mais do que isso, a organização deve direcionar todo o esforço para que esses produtos contribuam para a melhora de qualidade, equidade, relevância e custo-efetividade das intervenções na área da saúde e da educação.

Ao tempo em que se percebe uma enorme carência quantitativa e qualitativa de profissionais na área da saúde e que poucas escolas médicas, mundialmente, preocupam-se verdadeiramente em exercitar esses valores, a Famema desenhou seu currículo, buscando facilitar a obtenção desses objetivos. Enfatiza a formação do profissional médico não especialista, focalizando a atenção primária e secundária e, desafiada pelos limitados recursos do sistema, busca uma utilização racional de tecnologias em todas as instancias do serviço de saúde.

Almejando cumprir esse preceito, cotidianamente nos motivamos a fazê-lo. Assim, em face de restrição de recursos financeiros e tecnológicos e para garantir que não nos desviemos do objetivo social proposto, voltamos nossas energias na direção dos problemas mais relevantes. Alinhamos nossas ações com as diretivas externas, advindas das autoridades da saúde e do SUS, e nos ocupamos com o impacto delas no entorno.

No exercício da responsabilidade social, as ações se materializam no desenvolvimento de um currículo com orientação comunitária e atividades junto ao

SUS desde o início do curso, pela consecução de uma matriz de problemas de aprendizagem referenciados em casos reais e desenvolvidos por meio de metodologias ativas em pequenos grupos.

As atividades práticas junto às Unidades de Prática Profissional (UPPs) e Laboratórios de Prática Profissional (LPPs), cujos conteúdos derivam primariamente do acúmulo epidemiológico regional, são revistas e adaptadas às novas realidades. Para isso, conta-se com a participação de membros da academia nos conselhos de saúde e de membros da comunidade em órgãos colegiados da instituição, envolvendo as diversas disciplinas do curso, visando identificar conteúdos a serem suprimidos de sua matriz ou acrescentados à sua composição. Desta forma, por meio de processo de educação continuada e permanente, capacitam-se as equipes de saúde para assistência de qualidade e busca de adesão dos pacientes na atenção primária.

Na área de pesquisa, igualmente, volta-se à iniciação científica uma agenda alinhada com as necessidades do SUS, muitas vezes financiadas por projetos indutores do próprio governo federal, seu gestor principal. É meta influenciar a agenda dos programas de pós-graduação recém-implantados na instituição.

As ações assistenciais e de extensão propõem estratégias para enfrentar acúmulos epidemiológicos específicos e criticamente impactantes em conformidade com políticas propostas pelos Ministérios da Saúde e da Educação e com os objetivos institucionais.

A missão, a visão e os valores institucionais destacam os compromissos explícitos com a qualidade, boas práticas e segurança dos pacientes, assim como a construção de indicadores nas diferentes áreas. Além disso, a Famema propõe ações voltadas para políticas inclusivas e afirmativas.

## ***2.2 Métodos Ativos de Ensino-Aprendizagem***

Uma das questões fundamentais da educação superior tem sido a incorporação efetiva dos conhecimentos disponíveis da educação de adultos, em que a aprendizagem é impulsionada pela superação de desafios na resolução de problemas e a construção do conhecimento novo, feita a partir dos conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos (FREIRE, 1996).

Observando o mundo atual, em constante mudança, o ensino tradicional, que centra o aprendizado no professor e tem como sua principal meta a transmissão de conhecimentos para o aluno, já não encontra mais suporte, uma vez que não considera a especificidade de cada indivíduo no processo de aprendizagem e não se foca na construção do conhecimento aliado à capacidade de resolução de novos problemas que surgem diariamente (NUNES, 2000).

Com o novo enfoque, as metodologias ativas de aprendizagem ajustam-se ao profissional que se almeja formar, uma vez que incentivam a busca de informações, o trabalho em equipe e em pequenos grupos. Elas favorecem a análise crítica das fontes consultadas, desenvolvendo a habilidade de avaliação do estudante quanto ao crescimento individual e do grupo e proporcionam o reconhecimento da importância das relações humanas na construção do conhecimento.

Assim, a aprendizagem pode ser compreendida como um caminho para transformar-se e transformar a realidade. O estudante e o professor passam a ser sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, transformando suas práticas pedagógicas e profissionais.

### **2.2.1 *Problematização***

A Problematização baseia-se na pedagogia crítica da educação, respaldada nos pressupostos pedagógicos de Paulo Freire. Essa metodologia tem sua base de sustentação no método dialético, em que a práxis dá a direcionalidade do movimento de aprendizagem, uma vez que a realidade é dinâmica, com fatos interligados, e produz contradições.

No processo de ação-reflexão-ação são elaborados os conhecimentos, considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam (BATISTA et al., 2005).

Ao participar de um processo de aprendizagem em que são valorizadas as relações intersubjetivas, constrói-se a possibilidade de desenvolver opiniões deslocadas de si, que transcendem os interesses próprios, para construir um conhecimento em grupo, estabelecendo, obrigatoriamente, a relação dos sujeitos com o mundo social que compartilham e, nesse confronto de opiniões, desenvolvem a crítica da realidade. Assim, está implícita a dimensão ética da educação (NUNES, 2000).

O estudante, ao construir a nova síntese de sua aprendizagem, ou seja, ao conquistar um novo domínio de conceitos e formas da prática profissional, reflete sobre sua trajetória, percorrendo novamente, no plano abstrato, o caminho realizado.

Enquanto estudante, o aluno deve aprender a buscar continuamente o saber, em função de sua responsabilidade social como profissional e pela certeza de que os modelos das ciências estão permanentemente sendo testados e investigados, visto não haver verdade absoluta ou imutável. Profissionais desafiam e são desafiados a buscar mais, a questionar, a revelar e a descobrir a todo momento.

A problematização requer do professor a mudança de postura para o exercício do trabalho reflexivo com o aluno. Isso exige a disponibilidade do professor para pesquisar, acompanhar e colaborar no aprendizado crítico do estudante, o que, frequentemente, coloca-o diante de situações imprevistas, novas e desconhecidas, exigindo que os atores do processo compartilhem, de fato, a construção e não apenas a reconstrução e reelaboração do conhecimento (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Segundo Libâneo (1997), a eficácia do trabalho docente depende da filosofia de vida do professor, de suas convicções políticas, do seu preparo profissional, do salário que recebe, da sua personalidade, das características da sua vida familiar, da sua satisfação em trabalhar com alunos. Tudo isso, entretanto, não é uma questão de traços individuais do professor, pois o que acontece com ele tem a ver com as relações sociais que acontecem na sociedade.

Para Freire (1996), quanto mais o professor possibilitar aos estudantes perceberem-se como seres inseridos no mundo, tanto mais eles se sentirão desafiados a responder aos novos desafios. Constatar e conhecer os problemas torna as pessoas capazes de intervir na realidade, sendo essa a possibilidade de romper com uma leitura de dominação.

Está claro, então, que se reconhece a educação enquanto processo fundamental para que as pessoas se apropriem da herança cultural acumulada ao longo da história pela sociedade, mas também superem essa herança pela criação de novos conhecimentos, usos e costumes (MAZZEU, 1998).

Assim, a educação e a escola, enquanto espaço de produção e reprodução dessa cultura, podem representar o caminho para a transformação da sociedade. No

caso da saúde, o que se busca é a implementação do SUS e a transformação da prática profissional.

Para que ocorra essa transformação, é necessário que tanto os estudantes como o professor constituam-se sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, construindo liberdade com responsabilidade e sendo capazes de tomar sua prática como objeto histórico e passível de reflexão crítica.

Esse novo processo de ensino-aprendizagem apresenta quatro etapas:

- Vivência da prática - configura-se no encontro entre o sujeito da aprendizagem e a realidade social. Caracteriza-se pela oportunidade de realizar tarefas e sistematizá-las, favorecendo uma reflexão sobre essa ação com o questionamento da prática social. Isso propicia a exposição e a exploração dos valores dos sujeitos inerentes à prática profissional, com consequente exposição dos conhecimentos, atitudes e habilidades, entendidas como capacidades prévias;
- Síntese provisória - reflexão da prática vivenciada - permite a elaboração de uma primeira síntese, a partir da problematização em que se reconhecem os conhecimentos prévios e as lacunas de conhecimento, formulam-se hipóteses e levantam-se questões de aprendizagem;
- Busca qualificada de informações que fundamentam a prática - realizada individualmente, destina-se à identificação de fontes primárias e/ou secundárias. Significa muito mais que procurar a verdade, encontrar respostas às questões propostas, requerendo pensamento reflexivo e tratamento científico, incluindo critérios e sistematização de acordo com as normas da ABNT.
- Nova síntese - reflexão da prática com a intenção de transformá-la. Esse movimento reflexivo da prática, ao ser sistematizado, mostra a construção dos atributos que, ao serem desenvolvidos, possibilitam uma intervenção transformadora. Por conseguinte, infere-se que os sujeitos, ao se depararem com uma situação problema, mobilizarão os atributos construídos para resolvê-la, conformando, assim, o movimento ativo de ação-reflexão-ação (LALUNA; ROSA, 2005).

### **2.2.2 Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)**

A ABP tem sua origem filosófica na teoria do conhecimento do filósofo americano John Dewey, a qual se afirma no início do século XX, por meio do movimento da Escola Nova. No cenário educacional, surge como uma metodologia de ensino-aprendizagem, desenvolvida inicialmente na Universidade de McMaster, no Canadá, ao final da década de 60 (SPAULDING, 1969).

A ABP é um método de aprendizagem no qual os estudantes se deparam com um problema, a partir do qual iniciam uma investigação em um processo de aprendizagem centrado neles próprios. Objetiva definir os problemas, desenvolver hipóteses para explicá-los e explorar seus conhecimentos prévios relevantes ao assunto. Os elementos chave do ABP são a formulação de questões que podem ser exploradas e respondidas por meio da investigação sistemática e autodirigida. São essenciais ao processo a discussão ativa e a análise dos problemas, das hipóteses, dos mecanismos e dos tópicos de aprendizagem, os quais capacitam os estudantes a adquirirem e aplicarem conhecimentos e, simultaneamente, a colocarem em prática as habilidades de comunicação individual e grupal, fundamentais para o ensino-aprendizagem.

Segundo Barrows (1986), há uma grande variedade de métodos de ensino-aprendizagem com o denominador comum da utilização de problemas em uma sequência instrucional. Para ser "centrada no estudante", a ABP necessita atender a quatro características:

- a) Estruturar o conhecimento de forma que os conteúdos das ciências básicas e clínicas possam ser aplicados no contexto clínico, facilitando o resgate e a aplicação da informação;
- b) Desenvolver um processo eficaz de raciocínio clínico para as habilidades de resolução de problemas, incluindo formulação de hipóteses, levantamento de questões de aprendizagem, busca de informações, análise de dados, síntese do problema e tomada de decisão;
- c) Desenvolver habilidades que permitem ao estudante entender as suas próprias necessidades de aprendizagem e localizar fontes de informações apropriadas;
- d) Aumentar a motivação para aprender.

A ABP parte de problemas ou situações simuladas que intencionam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais. Esse levantamento metódico dos problemas, com forte motivação prática, valorizando experiências concretas e problematizadoras, serve como estímulo cognitivo para buscar escolhas e soluções criativas (CAMBI, 1999).

Contraopondo-se ao ensino tradicional, a prática construtivista situa o professor no papel de provocador do raciocínio do estudante, procurando gerar desequilíbrios cognitivos (conflitos e problemas) em relação ao objeto de conhecimento a fim de possibilitar interações ativas que o levem a uma aprendizagem significativa. Desta forma, o futuro profissional utiliza diferentes processos mentais (capacidade de levantar hipóteses, comparar, analisar, interpretar e avaliar), desenvolvendo a capacidade de assumir responsabilidade por sua formação (CUNHA et al., 2001).

Na ABP, o problema e os seus objetivos de aprendizado já estão definidos antecipadamente para o professor-tutor cujo trabalho deve centrar-se mais em dar sequência aos objetivos na discussão dos problemas (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Na ABP, nenhuma exposição formal prévia de informação é dada pelo programa do curso e são realizados os seguintes passos:

**Passo 1** - É o momento em que os participantes tomam ciência dos dados do problema. Isso pode ser feito pela leitura individual e/ou grupal. As informações devem ser retidas pelos estudantes, condição básica para a participação ativa na discussão.

**Passo 2** - Momento em que se verifica se os estudantes apreenderam os dados do problema, condição indispensável para etapas posteriores da tutoria. É realizado por meio da manifestação dos estudantes sobre o entendimento e interpretação do problema, identificando palavras ou termos cujos significados lhes sejam desconhecidos.

**Passo 3** - É o momento em que todos devem expressar as suas ideias sobre o problema sem a preocupação com certo ou errado (*brainstorming*), levantando hipóteses.

**Passo 4** - Consiste na confirmação ou exclusão das ideias/hipóteses identificadas, utilizando as experiências e os conhecimentos prévios. Os elementos que faltarem para confirmar ou excluir essas ideias/hipóteses constituem as lacunas de conhecimentos ou dúvidas.

**Passo 5** - Neste passo, elaboram-se as questões de aprendizagem, baseadas nas lacunas de conhecimento individual e/ou do grupo. Discute-se, ainda, a estratégia de busca das respostas.

**Passo 6** - Busca das respostas às questões elaboradas, utilizando recursos de aprendizagem apropriados, tais como livros, periódicos, consultas às bases de dados Medline, Lilacs, Scielo, Bireme e outras, programas interativos multimídia, entrevistas com professores, profissionais ou usuários do serviço de saúde, vídeos, slides, laboratórios, serviços de saúde, comunidade, ou sejam, as fontes de recursos mais apropriadas à exploração do problema.

**Passo 7** - Síntese dos saberes prévios e novos em relação ao problema. Ao compartilhar os resultados do estudo individual, o estudante deve mencionar a fonte, título do artigo, o periódico, nome do livro, edição, capítulo e nome dos autores. Esta atividade proporciona o desenvolvimento da capacidade de síntese, de comunicação clara e objetiva, de argumentação, de fazer e de receber críticas, além de princípios de ética, liderança e aplicação dos recursos adquiridos na realização das tarefas propostas para a série, podendo ser aplicados em outra situação ou problema. Devem ser reconhecidos os aspectos que não foram adequadamente explorados para incursões complementares.

**Passo 8** - Este é o momento em que se realiza a avaliação de desempenho: autoavaliação, dos pares, do tutor, do grupo e do processo tutorial. O ato de avaliar favorece o desenvolvimento das capacidades de observar, pensar, refletir, sintetizar, comunicar, fazer e receber críticas.

As ações educativas desenvolvidas na Famema têm como finalidade preparar profissionais capacitados para articular os propósitos educacionais às necessidades políticas, sociais, individuais e coletivas da população.

### **2.3 Currículo Integrado**

De acordo com Gimeno Sacristán (2000), a orientação curricular que centra sua perspectiva na dialética teoria-prática torna-se um eixo integrador que, em um contexto democrático, procura modelar sua própria prática, incluindo a crítica e o entendimento do currículo como objeto social.

Torres Santomé (1997) entende por currículo integrado a organização dos conteúdos de forma interdisciplinar. As metodologias propostas são baseadas na investigação cooperativa, conectando o currículo escolar e a realidade, devendo ficar explícita para os estudantes a relação entre os conteúdos que as instituições escolares trabalham e sua validade para a compreensão e intervenção na sociedade.

Alarcão (2003) salienta a importância de mudanças de atitudes de estudantes e de professores face à aprendizagem, ocasionando o afastamento de uma pedagogia da dependência para uma pedagogia da autonomia. Também o professor adota uma postura reflexiva, desenvolvendo espírito crítico e utilizando diálogo no confronto de ideias e de práticas.

A concepção transformadora do currículo depende também de uma mudança estrutural na instituição, por parte de professores e de estudantes, pois o sistema educacional, caracterizado por uma série de hábitos e práticas, favorece sua implementação para além do planejado.

No currículo integrado, considera-se que a educação parte do mundo do trabalho. Busca-se, então, construir a prática profissional de forma reflexiva, tendo como objetivo articular a formação ao trabalho, construindo significado ao fazer do médico.

### **2.4 Orientação Curricular por Competência**

Segundo Deluiz (2001), o conceito de competência começou a ser utilizado na Europa a partir dos anos 80 e envolve várias acepções e abordagens.

Perrenoud (1999a) esclarece que não existe uma definição clara e partilhada de competência. A palavra tem muitos significados e cada Instituição ou meio profissional deve procurar identificar o significado mais comum e aceito por todos. Ele

define competência como “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (PERRENOUD, 1999b).

Zarifian (1999) entende competência como “a tomada de iniciativa e de responsabilidade assumida com sucesso por um indivíduo ou por um grupo diante de uma situação profissional”. Considera também que as competências são transversais, ou seja, acompanham o sujeito durante sua formação em diversas situações vividas por ele.

Roldão (2005) aponta que a capacidade de mobilização e de convocação dos recursos necessários para atuar face a uma situação, articulando-os de forma pertinente e oportuna, seria a própria essência da competência. Portanto, não se fala somente de aplicação de recursos, mas de sua construção frente a uma dada situação da prática profissional, de acordo com o grau de autonomia e domínio do estudante no momento de sua formação.

Do ponto de vista educacional, a aprendizagem é orientada para a ação, e a avaliação da competência é baseada nos resultados observáveis, denominados desempenhos que, por sua vez, compõem-se de atributos (habilidades e capacidades) que se desenvolverão ao longo das séries do curso.

Para o desenvolvimento desses atributos, são designadas tarefas, que poderão acompanhar o desenvolvimento da formação, exigindo graus crescentes de autonomia dos estudantes.

Como se percebe, essas aproximações proporcionam a todos o entendimento de que competência não é algo que se observa diretamente, porém que se infere pelo desempenho (realização das tarefas essenciais, fundamentadas por atributos qualificados). É importante ressaltar que o conceito de desempenho não se restringe apenas à realização de uma série de tarefas descritas, definidas de modo tecnicado e avaliadas por uma abordagem descontextualizada de *check list*.

Segundo Lima (2005), na literatura, podem-se verificar três principais abordagens sobre competência: uma considera competência como uma coleção de atributos pessoais; outra como função dos resultados observados/obtidos (tarefas realizadas) e uma terceira propõe a noção de competência dialógica, originada na

combinação de atributos pessoais aplicados em contextos específicos para atingir determinados resultados.

Na abordagem dialógica, há um resgate integrador dos dois enfoques anteriores do termo competência, por se colocarem os atributos pessoais em relação a distintas construções sociais que legitimam historicamente esses atributos.

A concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, tarefas essenciais e características de uma determinada prática profissional. Assim, diferentes combinações podem compor os padrões de excelência que regem a prática profissional, permitindo que as pessoas desenvolvam um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais familiarizadas ou não. Essa abordagem, considerada holística, precisa ser desenvolvida em articulação com o mundo do trabalho, em que as práticas são realizadas.

Assim, é na ação, no desempenho frente a novas situações, que o profissional pode utilizar conhecimentos e habilidades ressignificados por meio do conjunto de seus valores pessoais. A capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e eficácia, uma série de situações foi conceituada como competência por diversos autores (GONCZI, 1997; HAGER; GONCZI, 1996; HAGER; GONCZI; ATHANASOPOULOS, 1994; HERNANDEZ 1999; PERRENOUD 1999a).

A Famema considera, portanto, competência profissional a capacidade de mobilizar articuladamente diferentes recursos (cognitivos, afetivos, psicomotores) que permitam abordar/resolver situações complexas referentes à prática profissional (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2006). Entendemos ainda que a ética e os valores são essenciais para um desempenho competente (HAGER; GONCZI, 1996; RAMOS, 2002).

## **2.5 Avaliação**

### **2.5.1 Definição e Finalidades da Avaliação**

A avaliação é uma das atividades mais significativas e norteadoras do processo ensino-aprendizagem. Para tanto, as informações necessitam ser obtidas de diversas fontes e em diferentes situações. Devem, também, ser democraticamente discutidas para que os critérios utilizados sejam validados, revelando evidências que permitam analisar processos e produtos, bem como a tomada de decisões para a melhoria do processo ensino aprendizagem e a verificação do grau de alcance dos desempenhos previamente estabelecidos (DEPRESBITERIS, 2001). Com base nesse contexto, têm-se procurado caminhos para superar o caráter de medida puramente quantitativo da aquisição de um conhecimento previamente estabelecido pelos objetivos educacionais. Ao mesmo tempo, procura-se intensificar a função diagnóstica da avaliação no processo do ensino-aprendizagem que, segundo Luckesi (2001), não representa um instrumento para a aprovação ou reprovação, mas diagnóstico para os encaminhamentos necessários.

Perrenoud (1999b) identifica duas lógicas na avaliação: a lógica formativa e a lógica somativa. Na Famema, a lógica formativa é compreendida como fonte de regulação dos processos de aprendizagem para tomada de decisão e seu caráter formativo é representado pelas oportunidades de recuperação com a elaboração de um plano a partir das dificuldades apresentadas pelo estudante e observadas no processo ensino-aprendizagem. A lógica somativa considera as aquisições do estudante para decidir por sua progressão ou não para etapas subsequentes do programa de ensino. Seu caráter somativo se expressa na obrigatoriedade de realização das atividades avaliativas e, ainda, ao final das oportunidades de recuperação, é aplicado com o propósito de análise da progressão do estudante ao longo das unidades e séries (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 2010).

Na Famema, o processo de avaliação é critério-referenciado, visto que procura avaliar a qualidade da aprendizagem e o desempenho do estudante em relação a critérios e padrões determinados para cada série (DUNN; PARRY; MORGAN, 2002). Para tal, utilizam-se:

- Formatos - documentos para coleta de dados e registro de informações do processo ensino-aprendizagem do estudante nas unidades educacionais e
- Instrumentos - documentos para coleta de dados e registro de informações da avaliação do desempenho do estudante.

Esses documentos explicitam os critérios de satisfatoriedade determinados previamente no programa de cada série.

No curso de Medicina são utilizados:

a) Avaliação do Estudante:

- Formato de avaliação do desempenho do estudante nas Unidades Educacionais: Unidade Estruturada Sistematizada – UES, Unidade de Prática Profissional – UPP e Unidades Educacionais Eletivas - UEE.
- Portfólio reflexivo;
- Exercício de avaliação cognitiva (EAC);
- Exercício de avaliação da prática profissional (EAPP);
- Iniciação científica;
- Teste de Progresso;
- Autoavaliação e avaliação pelos pares e pelo professor ao final de cada atividade, sendo estas verbais.

b) Avaliação do Professor:

- Formato de avaliação de desempenho do professor;
- Autoavaliação e avaliação pelos estudantes ao final de cada atividade, sendo estas verbais.

c) Avaliação do Processo Ensino Aprendizagem:

- Formato de avaliação das unidades educacionais - UES, UPP feita pelos estudantes e pelos professores;
- Formato de avaliação da unidade educacional eletiva feita pelo estudante;
- Formato de avaliação do EAPP e do EAC feita pelo estudante.

Critérios de Aprovação do Estudante

A avaliação do desempenho do estudante é critério-referenciada e feita mediante a atribuição dos conceitos satisfatório (S) ou insatisfatório (I).

O estudante deverá obter conceito satisfatório em todas as avaliações para progredir no curso (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 2010).

#### Processo de Recuperação

O estudante que receber conceito insatisfatório em qualquer avaliação tem duas oportunidades estabelecidas para recuperação desse desempenho insatisfatório, a partir de um plano de recuperação elaborado pelos professores responsáveis (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 2010).

#### Critérios de Reprovação

O estudante que mantiver o conceito insatisfatório em qualquer uma das unidades educacionais, após todas as oportunidades de recuperação, será considerado definitivamente reprovado na série, independentemente dos demais resultados obtidos, por força do atual Regimento (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA, 1999b).

### ***2.6 A Avaliação para Acompanhamento de Egressos***

O sistema de avaliação do currículo da Famema desenvolve-se paralelamente à implementação curricular, processo que necessita de monitoramento, e, assim sendo, não pode prescindir de constantes avaliações que levem em consideração a proposta emancipatória e que possibilitem a outros sujeitos o olhar sobre esse processo.

Uma das estratégias para tal monitoramento é a criação de uma plataforma de egressos que possibilita contribuir para a constante adequação e transformação relacionadas ao mundo do trabalho e à política nacional de saúde e educação.

O banco de dados é alimentado por meio de informações que os egressos fornecem ao preencher um formulário eletrônico, após concordar em participar por meio do termo de consentimento livre e esclarecido.

Cada egresso é acompanhado por um período de cinco anos e suas informações ao banco de dados têm acesso restrito e exclusivo à direção ou ao gestor por ela autorizado.

### 3 PERFIL PROFISSIONAL

De acordo com as DCNs para os cursos de Medicina, (BRASIL, 2001), a Famema propõe-se à formação de um médico generalista, ético, com visão política e crítico-reflexiva, conhecendo seu papel na sociedade. Exercerá a profissão, buscando atualização constante, a máxima apropriação do conhecimento científico obtido até então pelo trabalho médico, que o fundamenta, com responsabilidade social na gênese do viver, adoecer e morrer das pessoas, pautando o cuidado em saúde e considerando a integralidade, a equidade e a universalidade, nos diferentes níveis de atenção, nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

#### 3.1 Conceituação

**Formação Generalista:** conhecimentos e habilidades para cuidar da saúde sem limitar-se a um segmento ou função específica do organismo humano. São profissionais que devem incorporar, à sua bagagem clínica, o saber epidemiológico, o de educação em saúde, o trabalho em grupo, o de gestão e os conhecimentos sobre risco e vulnerabilidade que os ajudem na articulação de projetos de intervenção individual e coletiva, atuando nos diferentes cenários (SANTOS, 2006; ALBUQUERQUE, 2009).

**Ética:** Respeito aos costumes e ações humanas em suas diversas manifestações, buscando uma atuação profissional pautada nos costumes considerados corretos e adequados aos padrões vigentes, que, caso não sejam seguidos, tornam possível a aplicação de sanções por parte da sociedade civil e profissional (SANTOS, 2006; TELLES JÚNIOR, 2001).

**Formação Política:** Conforme FRANCO (1999, p. 551):

A escola, de fato, não deve apenas adequar-se às transformações ocorridas no âmbito do social, mas deve promover na sociedade um incremento progressivo de democracia, isto é, de capacidade por parte dos indivíduos de participar como protagonistas da vida social e de inserir-se nela com uma mentalidade capaz de dialogar com os outros e de colaborar em objetivos comuns [...].

Assim também entendemos que é papel da escola transformar politicamente a face da sociedade, assegurando maior participação e colaboração, a fim de

caminharmos para uma sociedade menos repressiva e autoritária, na construção de uma cultura para a paz.

**Formação crítico-reflexiva:** trata-se de desenvolver a capacidade de o profissional refletir criticamente sobre a sua atuação enquanto cidadão e profissional, como eixo norteador da construção do conhecimento, com capacidade de análise dos vários determinantes dos objetos estudados, reconhecendo a complexidade do contexto para a tomada de decisões, aceitando as limitações e procurando superá-las mobilizando os recursos cognitivos, afetivos e de habilidades no enfrentamento dos problemas (DE SORDI, 1998).

**Responsabilidade social:** É a obrigação de o curso de formação orientar as atividades educacionais, de pesquisa e assistenciais na direção das preocupações prioritárias em saúde da comunidade, região e/ou nação a que tenha a responsabilidade de servir. Assim, a não atenção a valores básicos, como relevância, equidade, sustentabilidade, inovação e colaboração, qualidade e aplicação responsável de recursos segundo as necessidades, é uma postura educacional inaceitável (BOELEN; WOOLLARD, 2011).

**Cuidado em saúde:** trata-se de uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito do ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano na sua singularidade e em sua fragilidade social, ponderando as tensões antagônicas entre relevância e aplicação responsável de recursos, segundo as necessidades, e a qualidade *versus* equidade (LUZ, 2004).

**Integralidade:** Entendida como mais próximo do conceito de integração, que compreende três ideais inter-relacionados: enxergar a pessoa como um todo e não como fragmento de uma doença específica; integrar níveis de ações de vigilância em saúde e integrar todos os níveis operacionais de atenção à saúde (Redes de Atenção e Assistência à Saúde - RAAS) (MATTOS, 2004a; MATTOS, 2004b).

**Equidade:** Item central nas organizações de saúde responsáveis e transparentes. Significa um esforço em disponibilizar saúde de boa qualidade para todas as pessoas, em todos os lugares, nas suas singularidades, valendo-se dos recursos disponíveis, implicando a diminuição das diferenças evitáveis e injustas (PAIM; SILVA, 2010).

**Universalidade:** Diz respeito ao direito de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação do indivíduo. Trata-se de um dever do poder público. A universalização coloca o desafio de oferta desses

serviços aos usuários, enfatizando as ações preventivas, levando à redução do custo do tratamento de agravo (MATTA, 2008).

### **3.2 Perfil Docente**

É fundamental para um bom processo de ensino-aprendizagem que o docente tenha conhecimento e apreensão das metodologias em uso na instituição, assim como entendimento das mudanças vigentes em terreno nacional e internacional. Assim, é necessário que tenha compromisso constante com a sua capacitação e educação.

Espera-se também que o docente tenha conhecimento do currículo como um todo e dos desempenhos esperados em cada série e unidade educacional. Ao docente cabe conhecer e reconhecer as diferentes funções educacionais (conferencista, tutor, facilitador, apoiador, integrador, preceptor, orientador, entre outras), além de saber como desenvolvê-las adequadamente. É preciso que colabore na construção de problemas e de materiais pedagógicos relacionados às metodologias em uso e de instrumentos para o processo avaliativo.

O papel de mediador do processo de aprendizagem no trabalho em grupos solicita do docente capacidade para lidar com o processo grupal assim, para escuta ativa e, ainda, para saber fazer e receber críticas. Em decorrência disso, o docente deve trabalhar constantemente suas habilidades de comunicação e de diálogo respeitoso, assim como revelar compromisso ético e cidadão em suas tomadas de decisão.

O docente deixa uma posição tecnicista e de transmissor de conhecimentos teórico-práticos para uma postura de mediador deste novo espaço de construção, de modo a permitir diálogo entre a realidade, o acúmulo sócio-histórico-cultural de cada estudante e as práticas de saúde vigentes.

## 4 ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

### 4.1 *Estrutura Curricular*

O currículo do Curso da Famema está em permanente transformação por se entender que esse processo permite uma construção coletiva e democrática, afinada às necessidades e às demandas da sociedade e atualizada em função da evolução da ciência e da tecnologia.

Em 1997, para o curso de Medicina, a Famema deu início a um processo de mudanças curriculares para integração básico-clínica e à utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Desde então, a instituição vem trabalhando na perspectiva do desenvolvimento curricular permanente, que tem nos tornado melhores e permitido assumir o maior desafio – acreditar que sempre haverá o que construir.

A participação da Secretaria Municipal de Saúde de Marília tem sido fundamental para o desenvolvimento do currículo do curso de Medicina. Essa parceria, construída ao longo das décadas de 80 e 90, representa, atualmente, um dos principais eixos na transformação da educação de profissionais de saúde e do modelo de cuidado em saúde, além de promover a inserção de estudantes e docentes na rede de serviços de saúde municipais e a participação dos profissionais da Secretaria na elaboração e execução das unidades educacionais do curso, integrando o ensino e o trabalho em saúde.

A Famema, em seu curso de Medicina, vem implementando o currículo fundamentado em competência profissional, integrado, centrado no estudante e de acordo com os princípios de metodologias ativas de aprendizagem. A definição e a utilização de competência profissional para a formação na área da saúde estão em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais e favorecem a integração entre a prática e a teoria e entre os mundos do trabalho e da academia. Esse currículo representa uma proposta de formação profissional compromissada com as necessidades e demandas da nossa sociedade, que requerem profissionais com uma prática integral, ética, crítica, criativa, em equipe e de aprendizado permanente (BRASIL, 2001).

Esta proposta de currículo está pautada no conceito de integralidade do cuidado, sob a ótica das necessidades de saúde e com uma educação transformadora, crítica e reflexiva cuja aprendizagem significativa passa a sustentar e estimular a produção de conhecimento, promovendo a reflexão sobre a prática e, conseqüentemente, sua transformação.

A estrutura curricular (APÊNDICE A) do curso é anual e organizada por séries com as seguintes unidades: Unidade de Prática Profissional (UPP), Unidade Educacional Sistematizada (UES) e Unidade Educacional Eletiva (UEE), desenvolvida a partir da 2ª série.

Na primeira e na segunda séries, essas unidades são iguais para os cursos de Medicina e Enfermagem. A partir da terceira série, o curso de Medicina se separa do curso de Enfermagem, permitindo que desenvolvam suas especificidades.

O propósito da UPP e da UES é promover o desenvolvimento de recursos cognitivos, afetivos e psicomotores que possam ser mobilizados e integrados para a realização de tarefas que visam à identificação de necessidades de saúde do indivíduo, da família e do coletivo de pessoas, para o conhecimento da organização e gestão do trabalho em saúde e para o desenvolvimento de competência profissional em vigilância à saúde (promoção, prevenção, cura, recuperação e reabilitação). Em um esforço de articulação da UPP/LPP e UES, as tarefas realizadas no cenário de prática também poderão ser discutidas na UES, proporcionando reflexões teóricas que subsidiam as UPP/LPP.

Na UPP, desenvolve-se o ciclo pedagógico com a Metodologia da Problematização nas primeiras duas séries, em Unidades de Saúde da Família, com enfoque na atenção básica e no modelo de vigilância à saúde. Na terceira série, as atividades se desenvolvem no cenário hospitalar e ocorrem nas enfermarias de pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínicas médica e cirúrgica e psiquiatria. A mudança de cenário de prática proporciona melhor percepção do acesso e da mobilidade no Sistema Único de Saúde, vivenciando-se a complexa trama: atenção básica (primária) e hospitalar (secundária e terciária).

Na quarta série, a UPP se desenvolve na Atenção Básica e em Ambulatórios de Saúde da Criança, do Adulto e da Mulher, novamente com enfoque na atenção primária e secundária, possibilitando ao estudante desenvolver um olhar crítico e

reflexivo quanto à proposta, à organização, à resolutividade e às fragilidades do SUS e, ainda, sobre a prática nas relações com o outro, com a equipe e com a comunidade, atuando num nível de intervenção que vai desde a promoção à saúde até sua recuperação e reabilitação. Nesta série, o estudante desenvolve as atividades, em rodízios, nos diferentes cenários. Em cada cenário, o estudante conta com o apoio do LPP específico. Outro cenário de prática é o ambulatório de cirurgia ambulatorial, que oferece um primeiro contato do estudante com o usuário submetido a um procedimento cirúrgico.

O desenvolvimento de atividades em cenários reais implica tanto a aprendizagem como o cuidado efetivo e integral à pessoa. Não é exclusivamente uma relação de aprendizagem do estudante na qual o paciente é um mero objeto para o desenvolvimento de capacidades. É uma relação com vínculo e responsabilização entre os pacientes e a equipe de saúde.

Desde a primeira série, os estudantes desenvolvem atividades no LPP, cenário simulado que proporciona aprendizagem sistematizada. As atividades são previamente estruturadas pelos docentes e são utilizados pacientes simulados para o estudante perceber e elaborar suas capacidades num ambiente protegido dos possíveis e inerentes erros do processo de aprendizagem. A utilização de manequins/bonecos e de pacientes simulados (atores, monitores e os próprios estudantes de forma consentida) garante o desenvolvimento de recursos cognitivos, psicomotores e afetivos, segundo uma concepção ética do processo ensino-aprendizagem, propiciando a aprendizagem significativa. Nesse contexto, busca-se oferecer situações com cenários e pacientes o mais próximo possível da realidade que o estudante vivencia na UPP.

Na UES, o estímulo para a aprendizagem advém da representação da realidade, por meio de um problema de papel, previamente elaborado pelas equipes de construção a partir de situações reais vindas dos cenários de prática profissional. Para o desenvolvimento dessa proposta, a UES utiliza a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

Na UEE, o estudante tem a oportunidade de participar ativamente da construção curricular, orientado por um docente, escolhendo seu local de preferência,

optando e definindo áreas de interesse de atuação, de fragilidade ou que requerem aprofundamento de conhecimento, além de desenvolver habilidades e atitudes.

A semana típica do estudante de Medicina, nas três primeiras séries, é composta por três períodos para UES e três períodos para UPP. A UES oferece, também, atividades de experimentação prática em laboratórios de aprendizagem.

Na quarta série, a semana típica é composta por seis períodos na UPP e um período para UES. O objetivo é o desenvolvimento da Competência Profissional. As tarefas propostas buscam a consolidação e a aplicação dos recursos já adquiridos em diferentes cenários e situações, bem como o desenvolvimento daqueles necessários a uma boa prática profissional.

O restante do tempo que integraliza a grade horária de 40 horas semanais é computado como tempo para o estudo autodirigido para que o estudante possa dedicar-se à busca de informações, estudo, pesquisa e preparação do material necessário ao seu desempenho nas atividades em grupo e em sua autoaprendizagem. Esse programa leva o estudante a desenvolver as competências necessárias para enfrentar os desafios da sua área de formação e ampliar sua capacidade de resposta frente às necessidades da sociedade. Requer dele, para tanto, uma postura ativa na construção do conhecimento, habilidades e atitudes necessárias ao enfrentamento dos problemas relativos ao exercício profissional com um elevado grau de compromisso social.

Na quinta e na sexta séries, as atividades estão divididas em estágios integrados e em regime de internato.

Na quinta série, as atividades são realizadas no cenário hospitalar em dois estágios: Saúde do Adulto I e Saúde Materno-Infantil I. O estágio de Saúde do Adulto I é composto por Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Saúde Mental e Urgência e Emergência. A Clínica Médica está dividida em Enfermaria de Clínica Médica 1 e 2, sendo as atividades desenvolvidas em hospitais de nível de atenção à saúde secundária e terciária, possibilitando ao estudante oportunidades de aprendizagem em contextos diversos e complementares. O estágio Saúde Materno-Infantil é composto por Saúde da Mulher (Obstetrícia e Neonatologia), Saúde da Criança (Pediatria e Puericultura) e Urgência e Emergência. A fim de proporcionar uma maior integração à realidade, a Saúde Coletiva está inserida nos cenários de Pediatria e Puericultura e de Clínica

Médica. Além disso, são realizados ciclos pedagógicos nos estágios, utilizando-se o método ativo de aprendizagem.

Na sexta série, os estágios integrados são Saúde do Adulto II e Saúde Materno-Infantil II. O estágio Saúde do Adulto II divide-se em Clínica Médica (Enfermaria, Terapia Intensiva e Ambulatório de Especialidades Clínicas) e em Clínica Cirúrgica (Enfermaria, Anestesiologia e Ambulatórios de Especialidades Cirúrgicas). O estágio Materno-Infantil II divide-se em Saúde da Mulher (Ginecologia) e Saúde da Criança (Ambulatórios em Pediatria/Urgência/Emergência). Assim como na 5ª série, a Saúde Coletiva está inserida no cenário de Clínica Médica.

Todos os estágios têm plantões programados e supervisionados por docentes. Nas atividades desenvolvidas nos cenários de Ambulatórios de Especialidades Clínicas e Cirúrgicas não há plantões.

## REFERÊNCIAS

ALARCÃO, I. **Professores reflexivos em uma escola reflexiva**. São Paulo: Cortez, 2003.

ALBUQUERQUE, A. S. C. **As determinações do capital sobre a formação do trabalhador na saúde**: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina no Paraná. 2009. 240 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

BARROWS, H. S. A taxonomy of problem: based learning methods. **Medical Education**, Oxford, v. 20, n. 6, p. 481-486, Nov. 1986.

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 39, v. 2, p. 231-237, abr. 2005.

BOELEN, C.; WOOLLARD, R. Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. **Educación Médica**, Barcelona, 2011, v. 14, n. 1, p. 7-14, 2011. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v14n1/colaboracion1.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: <[http://www.abem-educmed.org.br/pdf/diretrizes\\_curriculares.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/diretrizes_curriculares.pdf)>. Acesso em: 30 maio 2014.

CALDERON, A. I.; PEDRO, R. F.; VARGAS, M. C. Responsabilidade social no trabalho da educação superior: a metamorfose do discurso da Unesco em foco. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1185-1198, out./dez. 2011.

CAMBI, F. **História da pedagogia**. São Paulo: Editora UNESP, 1999.

CUNHA, M. I. et al. Inovações pedagógicas na formação inicial de professores. In: FERNANDES, C. M. B.; GRILLO, M. (Org.). **Educação superior**: travessias e atravessamentos. Canoas: Editora da ULBRA, 2001. p. 33-90.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizagem pós descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio/jun. 2004.

DE SORDI, M. R. L.; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 83-88, abr. 1998.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1 n. 2, p. 5-15, maio 2001.

DEPRESBITERIS, L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. **Formação**, Brasília, n. 2, p. 27-38, maio 2001.

DUNN, L.; PARRY, S.; MORGAN, C. **Seeking quality in criterion referenced assessment**. 2002. Paper presented at the Learning Communities and Assessment Cultures Conference. Organised by the EARLI Special Interest Group on Assessment and Evaluation, University of Northumbria, 28-30 August 2002. Disponível em: <<http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00002257.htm>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Manual Famema**. Marília, 1999a.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA. **Regimento da Faculdade de Medicina de Marília - Famema**. 1999b. Aprovado pelo Conselho Estadual de Educação, em 26 de março de 1999 e homologado pela Secretaria Estadual de Educação em 09 de abril de 1999.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED**: uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: projeto final da Famema. Marília, 2003. Disponível em: <[http://www2.famema.br/documentos/promed\\_final.pdf](http://www2.famema.br/documentos/promed_final.pdf)>. Acesso em: 30 maio 2014.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pro-Saúde**: Famema em novas perspectivas: Curso de Medicina. Marília, 2005. Disponível em: <[http://www.famema.br/institucional/documentos/Prosaude\\_Medicina\\_Famema.pdf](http://www.famema.br/institucional/documentos/Prosaude_Medicina_Famema.pdf)>. Acesso em: 30 maio 2014.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Relatório Final da Comissão Própria de Avaliação – CPA**. Marília, 2006.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA. **Manual de avaliação do estudante**: Cursos de Medicina e Enfermagem, Marília, 2010. Disponível em: <<http://www.famema.br/institucional/avaliacao/docs/manualavaliacao2010.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2014.

FRANCO, C. **História da pedagogia**. São Paulo: UNESP, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários para a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIMENO SACRISTAN, J. O currículo avaliado. In: \_\_\_\_\_. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. 3. ed. Porto alegre: Artmed, 2000. p. 311–334.

GONCZI, A. Problemas asociados con la implementación de la educación basada en la competencia: de lo atomístico a lo holístico. In: ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL

TRABAJO. CINTEFOR/OIT. **Formación basada en competencia laboral**: situación actual y perspectivas, Montevideo, 1997. p. 161-169.

HAGER, P.; GONCZI, A. What is competence? **Medical Teacher**, Basingstoke, v.18, n. 1, p. 15-18, Mar. 1996.

HAGER, P.; GONCZI, A.; ATHANASOU, J. **Tópicos generales sobre la evaluación de la competencia**. Traducción Oficina de Educación Médica. UMSS/ FM/ Kun/ MHO. Cochabamba: Universidad de San Simón, 1998. 13 p. Traducido de: general issues about assessment of competence. *Assessment and Evaluation in Higher Education*, London, v.19, n.1, p. 3-16, 1994.

HERNANDEZ, D. La certificación por competencias: un desafío. In: REUNIÓN DE DIRIGENTES DE INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA, 1999, Aracaju. **Anais...** Aracaju: CEFET, 1999. p. 1-12.

LALUNA, M. C. M. C.; ROSA, R. S. L. Metodologia ativa de ensino aprendizagem: uma contribuição à formação crítico-reflexiva. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 6., 2005. Belo Horizonte: Rede Unida, 2005.

LIBANEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1997.

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

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. São Paulo: Cortez, 2001.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 7-19.

MARILIA. **Lei municipal n. 4379/98, de 19 de janeiro de 1998**. Altera a denominação e finalidades da Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, instituída através da Lei municipal nº 1371, de 22 de dezembro de 1966 e dá outras providências. Marília: Secretaria Municipal da Administração, 1998.

MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MATTOS, R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004a.

MATTOS, R. Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 91-92, 2004b.

MAZZEU, F. J. C. Uma proposta metodológica para a formação continuada de professores na perspectiva histórico-social. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 19, n. 44, p. 59-72, abr. 1998.

NUNES, C. R. R. A ética da comunicação de Habermas e as novas metodologias de ensino. In: SIQUEIRA, J. E.; PROTA, L.; ZANCANARO, L. (Org.). **Bioética**: estudos e reflexões. Londrina: Editora UEL, 2000. p. 185-203.

PADILHA, R. Q. **Os hospitais de ensino e a previdência social**: estudo de um caso. 1996. 153 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS**: Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

PERRENOUD, P. **Avaliação**: da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas. Porto Alegre: Artmed, 1999a.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999b.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

ROLDÃO, M. C. **Para um currículo do pensar e do agir: as competências enquanto referencial de ensino e aprendizagem no ensino superior**. 2005. Trabalho apresentado no Workshop Universidade de Aveiro, 2005, Aveiro. Adaptado pela autora a partir da publicação: Para um currículo do pensar e do agir: as competências enquanto referencial de ensino e aprendizagem. **En Direct de l'APPF**, fev. p. 9-20, 2005. Suplemento. Disponível em: <[http://www1.ci.uc.pt/pessoal/abade/bolonha/docs/Competencias\\_roldao.pdf](http://www1.ci.uc.pt/pessoal/abade/bolonha/docs/Competencias_roldao.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2014.

ROMERO, P. T. **Ética, cidadania e ciência**. Marília: Gráfica Nascimento, 2005.

SANTOS, S. S. C. Perfil de egresso de curso de enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 217-221, mar./abr. 2006.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 51.460/07, de 1 de janeiro de 2007. Dispõe sobre as alterações de denominação e transferências que especifica, define a organização básica da Administração Direta e suas entidades vinculadas e dá providências correlatas. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**, São Paulo; 1 jan. 2007. Seção 1. Disponível em: <<http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/93388/decreto-51460-07>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

SÃO PAULO (Estado). Decreto 56.636/11, de 1 jan. 2011. Dispõe sobre as alterações de denominação e transferências que especifica, define a organização básica da Administração Direta e suas entidades vinculadas e dá providências correlatas. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**, São Paulo; 1 jan. 2011. Seção 1. Disponível em: <<http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/1026421/decreto-56635-11>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

SÃO PAULO (Estado). Lei 8.898, de 27 de setembro de 1994. Cria, no Sistema Estadual de Ensino, a Faculdade de Medicina de Marília. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**, São Paulo; 28 set. 1994. Caderno: Executivo 1. Disponível em: <<http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=19940928&Caderno=Executivo%20I&NumeroPagina=1>>. Acesso em: 28 maio 2014.

SILVA FILHO, C. R. Componente acadêmico: Projeto UNI: Faculdade de Medicina de Marília. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 9, p. 85-9, ago. 1994.

SPAULDING, W. B. The undergraduate medical curriculum (1969 model): McMaster University. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 100, n. 14, p. 659-664, Apr. 1969.

TELLES JÚNIOR, G. **Iniciação na ciência do direito**. São Paulo: Saraiva, 2001.

TORRES-SANTOMÉ, J. A instituição escolar e a compreensão da realidade: o currículo integrado. In: SILVA, L. H.; AZEVEDO, J. C.; SANTOS, E. S. (Org.). **Novos mapas culturais, novas perspectivas educacionais**. Porto Alegre: Sulina, 1997. p. 58-74.

ZARIFIAN, P. O modelo da competência e suas conseqüências sobre os ofícios profissionais. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL MERCADO DE TRABALHO: TRANSFORMAÇÕES E MONITORAMENTO DE OCUPAÇÕES. 1998, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: SENAI, CIET, 1999.

## APÊNDICE A

**ESTRUTURA CURRICULAR E CARGA HORÁRIA DO  
CURSO DE MEDICINA, FAMEMA, 2014**

**Medicina**

Unidade		Carga Horária
<b>1ª Série</b>		
<i>UES1</i>	Necessidades de Saúde 1	740
<i>UPP1</i>	Prática Profissional 1	740
Educação Física		30
<b>Total 1ª Série</b>		<b>1510</b>
<b>2ª Série</b>		
<i>UES2</i>	Necessidades de Saúde 2	640
<i>UPP2</i>	Prática Profissional 2	640
<i>E1</i>	Unidade Educacional Eletiva 1	240
Educação Física		30
<b>Total 2ª Série</b>		<b>1550</b>
<b>3ª Série</b>		
<i>UES3</i>	O Ciclo da Vida	640
<i>UPP3</i>	Prática Profissional 3	640
<i>E2</i>	Unidade Educacional Eletiva 2	240
Educação Física		30
<b>Total 3ª Série</b>		<b>1550</b>
<b>4ª Série</b>		
<i>UES4</i>	Atenção às necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, no modelo de vigilância à saúde	288
<i>UPP4</i>	Prática Profissional 4	1152
<i>E3</i>	Unidade Educacional Eletiva 3	240
<b>Total 4ª Série</b>		<b>1680</b>
<b>Carga Horária Total (1ª, 2ª, 3ª e 4ª séries)</b>		<b>6290</b>

## Internato

Estágio Integrado	Áreas de Conhecimento	Atividades Diárias	Plantões	Carga Horária
<b>5ª Série</b>				
<i>Saúde do Adulto I (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Saúde Mental, Saúde Coletiva e Urgência e Emergência)</i>	Enfermaria Clínica 1	240	168	1.727
	Enfermaria Clínica 2	160	144	
	Enfermaria Cirúrgica	240	216	
	Psiquiatria	120	67	
	Pronto Socorro Adulto	36	336	
<i>Saúde Materno-Infantil I (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Coletiva, Urgência e Emergência)</i>	Obstetrícia/Neonatologia	240	72	870
	Pediatria e Puericultura	240	64	
	Pronto Socorro Materno-Infantil	14	240	
<i>Eletivo 4</i>	Área de interesse comum ao estudante e ao programa			160
<b>Total 5ª Série</b>				<b>2.757</b>
<b>6ª Série</b>				
<i>Saúde do Adulto II (Clínica Médica e Clínica Cirúrgica)</i>	Enfermaria Clínica	200	96	1.270
	Enfermaria Cirúrgica	200	54	
	Terapia Intensiva	120	120	
	Anestesiologia	80	-	
	Ambulatório de Especialidades Clínicas	200	-	
	Ambulatório de Especialidades Cirúrgicas	200	-	
<i>Saúde Materno-Infantil II (Saúde da Mulher e Saúde da Criança)</i>	Ginecologia	200	90	562
	Pediatria	200	72	
<i>Eletivo 5</i>	Área de interesse comum ao estudante e ao programa			200
<b>Total 6ª Série</b>				<b>2.032</b>
<b>Carga Horária Total da 5ª e 6ª Séries</b>				<b>4.789</b>

## APÊNDICE B

### ORGANIZAÇÃO DAS TAREFAS DE ACORDO COM A ÁREA DE ATUAÇÃO

<b>Área vigilância em saúde – sub área: Cuidado das necessidades individuais em todas as fases do ciclo de vida</b>		
<b>Ações</b>		<b>Mobilização articulada dos Recursos para execução da tarefa</b>
Identifica Necessidade de Saúde	História Clínica	Estabelece uma relação ética, respeitosa e cooperativa com a pessoa/acompanhante, utilizando linguagem compreensível e postura acolhedora que favoreçam o vínculo. Identifica necessidades de saúde, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais, favorecendo o relato do contexto de vida da pessoa/família. Obtêm dados relevantes da história clínica de maneira empática e cronologicamente organizada. Esclarece dúvidas e registrar informações de forma clara e orientada às necessidades relatadas e percebidas.
	Exame Clínico	Cuida da privacidade e do conforto da pessoa; explica e orienta sobre os procedimentos a serem realizados; adota medidas de biossegurança. Age de forma empática e com segurança em situações de recusa ou de falha na utilização de equipamentos, buscando alternativas. Mostra destreza e técnica adequada no exame clínico e na tradução e interpretação dos sinais identificáveis.
Formula e processa o problema	Hipóteses diagnósticas	Integra e organiza os dados obtidos na história e exame clínicos, elaborando hipóteses diagnósticas fundamentadas na aplicação do raciocínio clínico-epidemiológico do processo saúde-doença, considerando também os problemas que requerem intervenção de educação em saúde. Informa suas hipóteses e a investigação necessária para a formulação do problema, de forma ética, empática e compreensível à pessoa/acompanhante.
	Investigação Diagnóstica	Solicita e interpreta recursos complementares para confirmar ou afastar as hipóteses elaboradas (exames, visita domiciliar, obtenção de dados com familiares/cuidadores/outros profissionais); justifica suas decisões baseando-se em princípios éticos e em evidências, considerando a relação custo/efetividade, o acesso e o financiamento dos recursos.
Elabora, executa e avalia o plano de cuidado	Plano de cuidado	Elabora e executa um plano de cuidado e terapêutico, que inclua as ações de educação em saúde, considerando princípios éticos, as evidências encontradas na literatura, o contexto de vida da pessoa/família, o grau de autonomia destes e a situação epidemiológica do município; envolve outros membros da equipe ou recursos comunitários quando necessário; contempla ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; considera o acesso e o grau de resolubilidade dos diferentes serviços de atenção à saúde ao referenciar/contra-referenciar a pessoa.
<b>Área: vigilância em saúde – sub área: Cuidado das necessidades coletivas em saúde</b>		
<b>Ações</b>		<b>Mobilização articulada dos recursos para execução da tarefa</b>
Identifica necessidade de saúde	Inquérito populacional/ investigação epidemiológica	Coleta dados primários (por amostra) e utiliza dados secundários para análise e priorização das necessidades coletivas de saúde, incluindo as necessidades de educação em saúde. Na coleta de dados primários, estabelece uma relação ética, respeitosa e cooperativa com o entrevistado, utilizando linguagem compreensível e postura acolhedora que favoreçam o vínculo.
Formula e processa o problema	Diagnóstico situacional	Utiliza as ferramentas do planejamento estratégico situacional para explicar o problema, identifica nós críticos e elabora alternativas de intervenção sobre o(s) problema(s) selecionado(s), considerando o contexto e as distintas explicações dos atores envolvidos.

Elabora, executa e avalia o plano de intervenção	Plano de intervenção	Elabora e executa ações, considerando critérios éticos e de viabilidade, factibilidade (recursos e parcerias) e vulnerabilidade do plano, com avaliação contínua, prestação de contas e ajuste do plano, conforme as condições do contexto.
<b>Área: organização e gestão do processo de trabalho em saúde</b>		
<b>Ações</b>		<b>Mobilização articulada dos recursos para execução da tarefa</b>
Organiza e elabora o trabalho em saúde junto à equipe	Operação no Coletivo Organizado	Participa da cogestão do processo de trabalho de modo a produzir bens/serviços necessários à saúde da população, compreendendo a equipe constituída de sujeitos com autonomia/liberdade e compromisso/responsabilidade na tomada de decisão.
Planeja o processo de trabalho junto à equipe	Plano de Intervenção	Participa da elaboração e execução do plano de trabalho no espaço coletivo da organização, na lógica da vigilância à saúde, considerando princípios éticos, envolvendo recursos e respeitando aspectos legais.
Avalia o trabalho em saúde	Sistematização das informações em saúde	Avalia criticamente o processo, produto e resultados das ações desenvolvidas, utilizando indicadores de qualidade do serviço de saúde do qual participa para a tomada de decisão; propõe ações de melhoria; faz e recebe críticas respeitosa e adequadamente.
<b>Área: iniciação científica</b>		
<b>Ações</b>		<b>Mobilização articulada dos recursos para execução da tarefa</b>
Identifica passos da pesquisa	Escolha do tema Delimitação do tema	Compreende a pesquisa como uma forma de propiciar o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem. Busca respostas para questões propostas, exigindo pensamento reflexivo e tratamento científico, incluindo critério e sistematização. Considera a relevância teórico-prática e disponibilidade de material bibliográfico ao escolher o tema.
Formula projeto de pesquisa	Introdução Objetivo Método	Formula a pergunta da pesquisa. Define sua delimitação, importância/justificativa e apresentação sintética dos objetivos. Discute as estratégias de busca. Caracteriza o conjunto do acervo bibliográfico a ser consultado. Analisa criticamente as fontes bibliográficas. Explica os procedimentos metodológicos.
Executa o projeto	Busca e análise do material bibliográfico Interpretação crítica dos resultados Redação final	Identifica, localiza e compila de maneira sistemática o material bibliográfico selecionado. Realiza fichamento com referência bibliográfica completa de fonte, de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), resumo da abordagem e comentário crítico. Realiza as técnicas escolhidas, coleta e interpreta os dados. Discute os resultados, confrontando-os com as referências bibliográficas. Elabora a análise e a redação final de acordo com o desenho metodológico do projeto de pesquisa.

## APÊNDICE C

### DESENVOLVIMENTO DE TAREFAS CONFORME AS ÁREAS DE ATUAÇÃO, SEGUNDO SÉRIES DO CURSO DE MEDICINA

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
<b>Cuidados às necessidades individuais e coletivas</b>						
Identifica necessidades de saúde						
Formula o problema do paciente/comunidade						
Elabora e executa plano de cuidado/intervenção						
<b>Organização e Gestão do trabalho de Vigilância à Saúde</b>						
Organiza e elabora o trabalho em saúde junto à equipe						
Planeja o processo de trabalho junto a equipe						
Avalia o trabalho em saúde						
<b>Iniciação Científica</b>						
Identifica os passos da pesquisa						
Formula e executa o projeto de pesquisa						