

A experiência da Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina no curso de graduação em medicina

The experience of Family and Community Medicine as a discipline in the undergraduate course in medicine

La experiencia de la Medicina Familiar y Comunitaria como disciplina en el curso de pregrado en medicina

Debora Carvalho Ferreira. Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil. deborajf@yahoo.com.br (Autora correspondente)

Leticia Arede Almeida. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil. leticiaarede@hotmail.com

Danillo Zeferino de Oliveira Souza. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil. danillozdos@hotmail.com

João Vitor Peixoto Leal Zanirati. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil. joaozanirati@gmail.com

Resumo

Este estudo relata a experiência de implantação da disciplina eletiva de Medicina de Família e Comunidade (MFC) no curso de graduação em medicina, na visão dos discentes da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Levando-se em conta a metodologia aplicada, verificou-se que os alunos consideraram os conteúdos práticos mais relevantes em comparação aos teóricos, o que pode ser atribuído ao fato de a prática permitir a crítica, a problematização e a resolução de situações cotidianas, sendo, além disso, um elo entre o jovem estudante de medicina e a realidade da prática médica. Diante da necessidade de aprimorar a abordagem integral à saúde dos indivíduos, considerando seus aspectos biopsicossociais, torna-se necessário que as alterações no currículo médico tenham como eixo norteador os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse contexto, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade chave para a APS, pois estimula a formação de médicos generalistas capacitados a oferecerem cuidado longitudinal e responderem às necessidades em saúde das pessoas.

Abstract

This study reports on the experience of implementing an elective course in Family and Community Medicine in the medical school curriculum at the Federal University of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, according to the students' point of view. The study showed that students considered the practical components of the curriculum more relevant than the theoretical ones. One explanation for this is that practice allows criticism by making it possible to question and solve everyday situations, and, therefore, make a link between the medical student's perspective and the reality of medical practice. Given the need to improve the comprehensive approach to the people's health, taking into account their biopsychosocial aspects, it is necessary to change the medical curriculum following the principles of Primary Health Care (PHC). Within this context, Family and Community Medicine (FCM) is a key medical specialty for PHC, because it leads to well-trained general physicians, who are able to provide continued care and to respond to people's health needs.

Resumen

Este estudio reporta la experiencia de implementar la disciplina optativa de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en el curso de pregrado en medicina, en opinión de los estudiantes de la Universidad Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Teniendo en cuenta la metodología empleada, se encontró que los estudiantes consideraron el contenido práctico más relevante, en comparación con el teórico, lo que se puede atribuir al hecho de que la práctica estimula la crítica, la problematización y la resolución de situaciones cotidianas, que de otra parte, reforza un vínculo entre el joven estudiante de medicina y la realidad de la práctica médica. Teniendo en cuenta la necesidad de mejorar el enfoque integral de la salud de las personas, considerando sus aspectos biopsicossociales, resulta necesario que los cambios en los currículos médicos tengan como eje norteador los principios de la Atención Primaria de Salud (APS). En este contexto, la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) es una especialidad médica clave para la APS, porque estimula la formación de médicos generales capacitados a ofrecer una atención longitudinal y responder a las necesidades de salud de las personas.

Palavras-chave:

Medicina de Família e Comunidade
Atenção Primária à Saúde
Educação Superior
Educação de Graduação em
Medicina
Currículo

Keywords:

Family Practice
Primary Health Care
Education, Higher
Education, Medical, Undergraduate
Curriculum

Palabras clave:

Medicina Familiar y Comunitaria
Atención Primaria de Salud
Educación Superior
Educación de Pregrado en Medicina
Curriculum

Fonte de Financiamento:

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Parecer CEP:

não se aplica.

Conflitos de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 18/07/2013.

Aprovado em: 03/03/2014.

Introdução

Os debates sobre as necessidades atuais de transformação da educação médica, em prol de um profissional mais capacitado para atender às necessidades da população, existem no Brasil há algumas décadas, desde o surgimento da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) em 1991. Nesse contexto, o campo da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um locus privilegiado dessa discussão por poder proporcionar ao jovem médico em formação um amplo olhar sobre a sociedade na qual se insere.^{1,2}

O conceito de Atenção Primária à Saúde surgiu no início do século 20 (1920), no Reino Unido, quando foi elaborado o *Relatório Dawson*,³ oposto ao modelo Flexneriano vigente na época. Esse relatório introduziu a noção de regionalização e hierarquização dos cuidados (divisão entre os três níveis de atenção), o que influenciou outros países a adotarem a proposta do novo modelo.⁴ Nos Estados Unidos, apenas na década de 60, mediante a necessidade de criação de uma medicina mais integral e menos especializada, surgiu um movimento em favor da saúde que apresentava duas vertentes de proposições: *a guerra contra a pobreza* gerada pela necessidade de se criar uma resposta à desigualdade social na saúde; e a outra formada pelo anseio acadêmico dos departamentos de medicina social e preventiva de crescerem dentro dos centros universitários.⁵ A medicina comunitária nasce portanto de uma tensão entre uma necessidade social iminente e o crescimento de um campo de pesquisa e extensão universitária.

Outro marco para o surgimento dessa nova forma de prática médica foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, em setembro de 1978, realizada na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa Conferência definiu que o desejável seria a existência de Unidades de Saúde de cuidados primários em um determinado território, as quais seriam responsáveis pela maior parte dos atendimentos baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos.⁶

Para que esses objetivos fossem alcançados, era preciso discutir um novo perfil de profissional desejado, que fosse capacitado a atuar nesse cenário de atenção primária, dentro das necessidades da população. Esse profissional deveria ter um perfil generalista, porém diferente do tradicional clínico geral, acostumado ao trabalho intra-hospitalar e focado nos problemas de saúde biomédicos. Para atender a essa demanda de formação, surgiram então, nas décadas de 1960 e 1970, inicialmente no Canadá, Inglaterra, Holanda, Austrália, França e Espanha, cursos de pós-graduação específicos para a formação desses profissionais.⁷

O Brasil, acompanhando a discussão internacional, criou seus primeiros cursos de pós-graduação na área durante a década de 1970, nos estados do Rio de Janeiro, Pernambuco e Rio Grande do Sul. Foi criada em 1976 a especialidade médica Medicina Geral e Comunitária (MGC), denominada, desde 2001, como Medicina de Família e Comunidade (MFC).⁸ Essa especialidade médica é considerada pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) como sendo responsável pelo desenvolvimento de uma abordagem de saúde centrada na pessoa, considerando os aspectos biopsicossocial, cultural e existencial, levando em consideração a comunidade em que o paciente está inserido. Além disso, ela é responsável pela longitudinalidade do cuidado e apresenta um processo próprio de tomada de decisões, determinado pela prevalência e incidência da doença na comunidade.⁹

O movimento político que acontecia no Brasil nesse período de discussão inicial sobre a MFC era o da reforma sanitária, que estabelecia debates sobre saúde ampliada e necessidades de reformulação das políticas de saúde.¹⁰ Como resultado dessas discussões, a Constituição Federal de 1988 instituiu em todo o território nacional o Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS.

Tendo como diretrizes principais a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização e a hierarquização, o SUS surgiu como uma proposta de transformação do modelo assistencial vigente. Como estratégia para tal escopo, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reestruturar a Atenção Primária.¹¹ Tal estratégia destina-se a atuar em uma população adscrita, com medidas de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, sendo as ações realizadas por uma equipe multiprofissional, integrada pelo agente comunitário de saúde (ACS), elo entre a equipe, população e movimentos sociais do território.¹²

Para abarcar mudanças estruturais no sistema de saúde no Brasil, a necessidade de mudança do perfil do profissional foi uma consequência imediata. A partir do início da década de 1990, os cursos de graduação na área da saúde tiveram, de maneira geral, que se adequar a esse novo modelo assistencial. Assim, o ensino médico no Brasil vem sofrendo inúmeras transformações para reorganizar as práticas político-pedagógicas e para formar profissionais aptos a atuarem de acordo com os princípios norteadores do SUS.¹³

Nesse contexto, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)¹³ no ano de 2001 pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Essas determinam que, ao egressar da universidade, o médico tenha formação generalista e humanista, atuando em ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde de modo integral e longitudinal, de forma a se tornar capaz de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no sistema de saúde. Além disso, o estudante deve perceber o papel social do médico, ter disposição para atuar em atividades de política e planejamento em saúde, garantindo a integralidade da assistência.

Assim, verifica-se que a MFC, especialidade médica chave para a APS, tem os seus princípios contidos nas DCNs e por isso vem sendo um campo de ensino estimulado na graduação. Várias iniciativas têm sido tomadas, tais como: documentos de orientação do ensino da MFC e da APS na graduação;^{14,15} iniciativas governamentais de estímulo à vivência na APS (PET-Saúde,¹⁶ Ver-SUS¹⁷); fundação pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), em 2005, de uma Diretoria de Graduação responsável por coordenar e incentivar a discussão da inserção da disciplina de MFC nos cursos de graduação em medicina pelo país afora; e diálogo dessa sociedade com os fóruns da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Descrição da experiência

Na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), o curso de Medicina existente desde 1953 contava, na sua origem, com uma grade curricular tradicional e Flexneriana, que estimulava uma formação praticamente especialista. Nas últimas décadas, houve tentativas de modificações curriculares, que só se tornaram efetivas a partir de 2001, com o auxílio de projetos governamentais, como o Promed e o Pró-saúde. Dessa forma, a Faculdade de Medicina construiu e vem implementando um novo currículo¹⁸ com a finalidade de atender as exigências propostas pelo MEC através das DCNs.

Diante do exposto, foi possível a formulação e inserção de uma disciplina intitulada “Medicina de Família e Comunidade”, lecionada por uma especialista em MFC, a partir do segundo semestre de 2011, à qual todos os alunos a partir do terceiro semestre do curso de medicina poderiam ter acesso. Foram disponibilizadas 24 vagas, e houve mais interessados do que o número de vagas, havendo necessidade de seleção por meio do índice de rendimento acadêmico.

A disciplina foi formulada tendo como base os documentos de inserção da temática da MFC e APS anteriormente citados, além da utilização da referência do “Manual de Medicina de Família e Comunidade” de Ian McWhinney,⁷ referência tradicional e respeitada. A proposta de criação da disciplina foi apresentada pela professora responsável no colegiado do curso e no núcleo de práticas educativas, sendo que professores de outras áreas e alunos puderam contribuir para a estruturação da mesma.

Construída com dois créditos semanais ao longo de um semestre, baseada em uma metodologia expositiva-dialogada, a disciplina contou com a seguinte ementa: a) Histórico e princípios da Medicina de Família e Comunidade; b) Conceito de saúde e doença, conceito de saúde ampliada, e experiência da enfermidade; c) Métodos clínicos, relação e comunicação médico-paciente; d) Ferramentas de abordagem da família em MFC; e) Cuidado domiciliar e trabalho em equipe; f) Racionalidades médicas e subsistemas de cuidados; g) Saúde comunitária e educação em saúde; h) Estratégia Saúde da Família; i) Abordagem da saúde do adulto; j) Abordagem da saúde do idoso; e k) Abordagem da saúde da criança e do adolescente.

Com o intuito de promover um contato dos alunos com a prática da MFC, os mesmos foram organizados em duplas para acompanhar um ambulatório geral de MFC com a própria professora (em instituição filantrópica parceira) e para entrevistas dentro do Hospital Universitário da UFJF, com a proposta de associarem a história clínica do paciente aos princípios da MFC.

Ao final da primeira turma, foi feita uma avaliação com os alunos participantes, de forma voluntária e anônima, para que fossem visualizados os aspectos positivos e negativos da mesma. Considerando as diretrizes éticas em pesquisa (Resolução CNS 196/96), todos os alunos que responderam ao questionário aceitaram que seu conteúdo fosse utilizado na produção deste relato.

O presente artigo utilizou-se de métodos quali-quantitativos por meio de um estudo de caso,¹⁹ baseado em uma experiência pontual e transversal. Foi utilizada a análise do questionário sem quaisquer critérios de exclusão na seleção do mesmo (Quadro 1). A série de questões foi aplicada ao final do semestre, após a realização de todas as atividades teóricas e avaliações. Constava de perguntas que visavam à avaliação dos alunos frente à disciplina, buscando, a partir da mesma, melhoria da metodologia e do conteúdo a serem trabalhados com as turmas posteriores.

Quadro 1. Questionário de avaliação da disciplina de Medicina de Família e Comunidade.

1) Minha motivação, ao me matricular na disciplina, foi:
<input type="checkbox"/> Realizar créditos optativos
<input type="checkbox"/> Tinha interesse pelo assunto
<input type="checkbox"/> Indicação de amigos
<input type="checkbox"/> Queria aprender mais sobre o tema
2) Ao iniciar a disciplina e ser apresentado o cronograma da mesma, minhas expectativas foram:
<input type="checkbox"/> Negativas
<input type="checkbox"/> Tinha imaginado outra coisa do que foi proposto inicialmente.
<input type="checkbox"/> Positivas
<input type="checkbox"/> Expectantes
3) Em relação aos quesitos abaixo:
a) Dia da disciplina: () Bom () Regular () Ruim
b) Horário da disciplina: () Bom () Regular () Ruim
c) Duração das aulas: () Bom () Regular () Ruim
d) Conteúdos abordados: () Bom () Regular () Ruim
e) Bibliografia utilizada: () Bom () Regular () Ruim
f) Materiais didáticos utilizados (apresentações, vídeos): () Bom () Regular () Ruim
g) Método expositivo da professora: () Bom () Regular () Ruim
h) Métodos de avaliação: () Bom () Regular () Ruim
4) Numere de 1 a 11 a importância crescente que você daria a cada um dos temas abordados para sua formação médica:
<input type="checkbox"/> Histórico e princípios da Medicina de Família e Comunidade (MFC)
<input type="checkbox"/> Conceito de saúde e doença, conceito de saúde ampliada e a experiência da enfermidade
<input type="checkbox"/> Métodos clínicos, relação e comunicação médico e paciente
<input type="checkbox"/> Ferramentas de abordagem da família em MFC: genograma, ecomapa, ciclo de vida
<input type="checkbox"/> Cuidado domiciliar e trabalho em equipe
<input type="checkbox"/> Racionalidades médicas e subsistemas de cuidados
<input type="checkbox"/> Contextualizando a Estratégia de Saúde da Família: um enfoque pelas necessidades de saúde
<input type="checkbox"/> Abordagem comunitária e educação em saúde
<input type="checkbox"/> Abordagem da saúde do adulto (saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental)
<input type="checkbox"/> Abordagem da saúde da criança e do adolescente
<input type="checkbox"/> Abordagem da saúde do idoso

A divisão dos conteúdos teóricos e práticos obedeceu à seguinte ordem: o primeiro, versando sobre aspectos conceituais da prática da MFC, e o segundo referindo-se às abordagens práticas do processo saúde-doença. O Quadro 2 ilustra essa subdivisão.

Na análise do questionário, em relação à motivação dos alunos pela matrícula na disciplina, a maioria apresentou interesse tanto na obtenção de créditos optativos, quanto pelo assunto abordado, assim como estavam motivados pela necessidade de aprender mais sobre o tema. Quanto às expectativas em relação ao cronograma apresentado inicialmente, apenas um estudante havia imaginado algo diferente do que foi proposto, ao passo que os demais estudantes encararam a proposta de conteúdos de forma positiva e/ou apresentaram-se expectantes.

Quadro 2. Conteúdos teóricos e práticos da disciplina Medicina de Família e Comunidade.

Conteúdos considerados de abordagem teórica da MFC	Conteúdos considerados de abordagem prática da MFC
Histórico da MFC	Ferramentas abordagem familiares
Conceito de saúde-doença	Educação em saúde e abordagem comunitária
Experiência da enfermidade	Abordagem à saúde do adulto
Racionalidades médicas e subsistemas de cuidado	Abordagem à saúde do idoso
Cuidado domiciliar e trabalho em equipe	Abordagem à saúde da criança e do adolescente
Estratégia de Saúde da Família	
Métodos clínicos e relação médico-paciente	

Os resultados obtidos em resposta à terceira questão, que analisa a metodologia da docente ao longo do curso e faz uso de três categorias de avaliação [bom, regular e ruim], evidenciam que, de modo geral, os estudantes consideraram como ‘BOM’ os métodos utilizados.

A fim de ilustrar a questão quatro (4) do Quadro 1, foram construídas as Figuras 1 e 2, divididas respectivamente em assuntos teóricos e práticos relacionados a três atributos de avaliação: a) Mais relevante (pontuação de 8 a 11); b) Relevante (pontuação 4 a 7) e c) Menos relevante (pontuação 1 a 3). Na avaliação da quarta questão, referente à importância dos conteúdos lecionados, os discentes consideraram os conteúdos teóricos “Relevantes”, ao passo que os temas práticos foram considerados “Mais relevantes” (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Pontuação para os conteúdos práticos da disciplina de MFC.



Figura 2. Pontuação para os conteúdos teóricos da disciplina de MFC.

Discussão

A experiência nacional da inserção de disciplinas que cursam sobre o tema da MFC na graduação ainda é modesta, mas existem relatos de experiências desse tipo desde 2002.¹⁴ No universo de 188 escolas médicas existentes no Brasil, apenas 10 instituições, em dados de 2005,¹⁴ apresentavam experiências nesse sentido. Em relação a tais experiências, os resultados apontados na I Mostra Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Graduação, em 2005, mostraram que a autoavaliação das faculdades sobre a implementação feita na grade curricular foi positiva, assim como a receptividade dos alunos à nova disciplina, sendo que a maior dificuldade encontrada foi a formação médica tradicional do corpo docente.¹⁴

Em relação a essa adequação do corpo docente para o ensino da MFC, é evidente que o número de professores especialistas nessa área ainda é pequeno.¹⁴ Breinbauer²⁰ discute as várias possibilidades dos alunos se interessarem em seguir a formação generalista, sendo que um dos fatores apontados é a influência de professores da área. Nesse sentido, Guimarães²¹ discorre sobre as possibilidades de determinação influenciada pelo estilo do professor e suas preferências pessoais e pedagógicas na própria autodeterminação dos alunos. Assim, não é possível isentar-se da realidade do ensino médico atual que proporciona de maneira maciça uma vivência maior dos alunos na realidade biomédico-hospitalocêntrica.

Cabe destacar que, nos resultados apresentados, a maioria dos alunos procurou a disciplina devido ao interesse no tema. Como o curso oferece outras disciplinas eletivas, a possibilidade de escolher por livre interesse demonstra um olhar curioso sobre essa realidade. Essa possibilidade de proporcionar disciplinas opcionais diversas, que sejam dos interesses gerais dos alunos, é contemplada no parágrafo segundo do artigo dez das DCNs, o qual discorre que “O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região”.¹³ Assim, emerge-se a reflexão da própria opção dos alunos em se inscreverem nessa disciplina dada a aliança entre o interesse pelo assunto e a realização de créditos optativos.

Considerando-se que o número de alunos interessados em realizar a disciplina foi maior que o número de vagas disponibilizadas, pode-se deduzir a existência de um interesse geral pelo assunto tratado. Esse interesse pode estar relacionado à vivência dos alunos em disciplinas do início da graduação, quando houve experiência prática na APS, como na disciplina de Sistemas de Saúde no primeiro período e na disciplina de Atenção Primária à Saúde no segundo período do curso de medicina. Várias publicações demonstram a importância da inserção precoce dos alunos nos serviços de atenção primária como forma de estimular a reflexão sobre o processo de trabalho do SUS.^{22,23}

Foi possível constatar a preferência legítima dos alunos pelos temas considerados de abordagem mais prática, demonstrando que, quanto mais aproximado da realidade da prática profissional é um assunto, maior fascínio e interesse ele desperta nos alunos, mesmo naqueles que ainda se encontram na fase inicial do curso. Muito se tem discutido sobre as ferramentas pedagógicas capazes de estimular essa reflexão prática no ensino médico, como o ensino baseado em problemas,²⁴ ensino baseado na comunidade,²⁵ uso de portfólios reflexivos,²⁶ assim como o estímulo à construção de currículos integrados,²⁷ entre outras inovações didático-tecnológicas. Porém, mesmo em uma disciplina eletiva, com uma forma didática mais tradicional (expositiva-dialogada), os temas considerados mais práticos pelos alunos tiveram preferência. Tal constatação mostra a necessidade do docente ter o compromisso de almejar sempre a aproximação da teoria com a prática, mesmo que seja de forma tênue. Dessa forma, o ensino baseado apenas em conteúdos teóricos e distante da realidade e da vivência dos graduandos mostra-se ineficaz e aquém das necessidades pedagógicas atuais. A sala de aula deve sempre tentar aproximar-se da realidade, de modo que o aprendizado seja cada vez mais significativo.

O ensino aproximado da prática leva à ampliação da capacidade de raciocínio ao aliar o conhecimento adquirido em sala de aula com o vivenciado na comunidade e à ampliação da problematização de assuntos e da tomada de decisões frente a situações complexas e inusitadas, fazendo com que o aluno adquira maior segurança, habilidade e paciência ao se deparar com as situações que a prática pode proporcionar. Com isso, a aprendizagem diversificada que abrange o aprender a conhecer, a ser, a fazer e a viver juntos é uma ferramenta que vai sendo lapidada de forma mais eficiente, de forma que o estudante poderá construir, reconstruir, constatar para intervir e mudar, tornando-se um sujeito ativo e crítico.^{28,29} Além disso, deve-se enfatizar que o estudo que transcende a teoria mostra-se como um motivador que instiga o interesse e a busca pelo conhecimento.

Conclusão

Com a mudança do ensino médico, almejada atualmente pela sociedade, a inserção de alguns novos temas e disciplinas na graduação faz-se necessária. Dentre esses, a Medicina de Família e Comunidade mostra-se como um conteúdo teórico-prático caracterizado pelas DCNs como altamente essencial para o perfil do egresso do curso de medicina.

A experiência apresentada neste artigo mostra, por meio de uma análise pontual, a importância que tais conteúdos podem proporcionar na formação médica. A possibilidade de refletir sobre uma prática assistencial e de conhecer a base teórica de uma especialidade médica ainda pouco conhecida no país – apesar da popularização da Estratégia Saúde da Família – mostrou-se importante para os alunos envolvidos. Portanto, a consolidação de experiências como essa é uma forma de ampliar o conhecimento dos graduandos, assim como de fortalecer uma política pública de saúde tão importante quanto a ESF.

Iniciativas devem ser tomadas para que a MFC seja introduzida como disciplina obrigatória e valorizada como especialidade médica, assim como todas as demais especialidades existentes e valorizadas na realidade brasileira, pois é importante o esclarecimento de que a MFC não é apenas uma área de atuação em uma estratégia governamental de saúde pública, mas sim uma especialidade médica reconhecida oficialmente e com um corpo de conhecimento próprio e legítimo.

Diante disso, fica evidente que, apesar do processo de reformulação do currículo médico estar em andamento, ainda são necessários esforços no sentido de se ampliar a participação da APS e da MFC na grade curricular e de se oportunizar aos estudantes de medicina vivências dessas realidades de forma legítima e bem embasada cientificamente.

Referências

1. Marins JJJ, Rego S, Lampert JB, AraujoJGC, editors. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC; 2004.
2. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2001 [acesso em 2012 Aug 07];25(2):53-59. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2001/Volume25%202/caminhos_aproximar.pdf.
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos e afines, 1920 [Internet]. Washington: OPAS/OMS, D.C; 1964 [acesso em 2012 Aug 13]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/1133>.
4. Gonzaga JL. Atenção primária à saúde e o censo - IBGE: a relevância do setor censitário como fator de integração [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2398>.

5. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia da Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 2012 Jun 11];24(Suppl 1):7-16;S7-S16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.
6. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. 1978 set.; Alma Ata, Cazaquistão, URSS. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. p. 33.
7. McWhinney IR, Freeman T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2010. Princípios da Medicina de Família e Comunidade; p. 25-42.
8. Rodrigues RD. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ: uma perspectiva histórica. *Rev Bras Med Fam e Comunidade* [Internet]. 2007 [acesso em 2012 Aug 13];3(11):149-156. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/333/220>.
9. Conselho da Academia Europeia de Docentes de Clínica Geral (EURACT). Resolução de outubro de 2001. A definição europeia de medicina geral e familiar. [acesso em 2012 Jun 13]. Disponível em: www.woncaeurope.org.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série I. História da saúde no Brasil).
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p.
13. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília: Diário Oficial da União. 2001 Nov 9; Seção 1:38.
14. Anderson MIP, Demarzo M, Rodrigues RD. *A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades* [Internet]. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2005 [acesso em 2012 Nov 21]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/mfc_na_graduacao.pdf.
15. Demarzo M, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011 [acesso em 2012 Sep 19];6(19):145-150. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6\(19\)116](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6(19)116).
16. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria interministerial nº. 1507 de 22 de junho de 2007. Institui o programa de educação pelo trabalho para a saúde Pet-saúde. Diário Oficial da União. 2007 Jun 22; Seção 1:56.
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: cadernos de texto*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 299 p.
18. Ezequiel OS, Tibiriçá SHC. *Projeto Pedagógico do Curso de Medicina*. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2011. 92 p.
19. Bogdan RC, Bilden SK. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora; 1994.
20. Breinbauer KH, Fromm RG, Fleck LD, Araya CL. Tendência en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista. *Rev Med Chile* [Internet]. 2009 [acesso em 2013 Jan 10];137(7):865-872. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000700001>.
21. Guimaraes SER, Boruchovitch E. O Estilo Motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da Teoria da Autodeterminação. *Psicol Reflex Crít*. 2004;17(2):143-150. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000200002>.
22. Itikawa FA, Afonso DH, Rodrigues RD, Guimarães MAM. Implantação de uma nova disciplina à luz das diretrizes curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 Jan 10];32(3):324-332. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300007>.
23. Campos MAF, Foster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 Jan 13];32(1):83-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100011>.
24. Freitas RAMM. Ensino por problemas: uma abordagem para o desenvolvimento do aluno. *Educ Pesqui* [Internet]. 2012 [acesso em 2013 Jan 10];38(2):403-418. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022011005000011>.
25. Cabral PE, Machado JLM, Machado VMP, Pompílio MA, Vinha JM, Ayach W et al. Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 Jan 26];32(3):374-382. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300012>.
26. Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 [acesso em 2013 Jan 26];30(5):415-421. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011001100003>.
27. Vargas LHM, Colus IMS, Linhares REC, Salomão TMS, Marchese MC. Inserção das ciências básicas no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 Jan 26];32(2):174-79. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000200004>.
28. Delors J, Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B et al. *Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI*. São Paulo: Cortez; 2000.
29. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.