

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS

Jonas José Oliveira Junqueira

**ANÁLISE DA CAPACIDADE REFLEXIVA E DA PRESENÇA DOS
COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA EM
PORTIFÓLIOS DISCENTES DA ESTRATÉGIA EDUCACIONAL “PRÁTICA
MÉDICA NA COMUNIDADE” DO CURSO DE MEDICINA DA UNIFENAS-BH**

Belo Horizonte

2021

Jonas José Oliveira Junqueira

**ANÁLISE DA CAPACIDADE REFLEXIVA E DA PRESENÇA DOS
COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA EM
PORTIFÓLIOS DISCENTES DA ESTRATÉGIA EDUCACIONAL “PRÁTICA
MÉDICA NA COMUNIDADE” DO CURSO DE MEDICINA DA UNIFENAS-BH**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional
em Ensino em Saúde da Universidade José do Rosário
Vellano para obtenção do título de Mestre em Ensino em
Saúde.**

Orientadora: Ruth Borges Dias

Coorientador: Alexandre Sampaio Moura

**Linha de pesquisa: Avaliação do processo ensino-
aprendizagem e integração ensino-serviço-comunidade.**

Belo Horizonte

2021

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã UNIFENAS
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

616-053(043.3)

J95a Junqueira, Jonas José Oliveira.

Análise da capacidade reflexiva e da presença dos componentes do método clínico centrado na pessoa em portfólios discentes da estratégia educacional “prática médica na comunidade” do curso de medicina da UNIFENAS-BH. [manuscrito] / Jonas José Oliveira Junqueira. -- Belo Horizonte, 2021.

72f : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2021.

Orientadora: Ruth Borges Dias

Coorientador: Alexandre Sampaio Moura

1. Educação Médica. 2. Avaliação do ensino. 3. Cuidado centrado no paciente. I. Dias, Ruth Borges. II. Título.

Bibliotecária responsável: Jéssica M. Queiroz CRB6/3254



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretora de Pesquisa e Pós-graduação

Laura Helena Órfão

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

Coordenadora Adjunta do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Maria Aparecida Turci

Certificado de Aprovação

ANÁLISE DA CAPACIDADE REFLEXIVA E DA PRESENÇA DOS COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA EM PORTFÓLIOS DISCENTES DA ESTRATÉGIA EDUCACIONAL “PRÁTICA MÉDICA NA COMUNIDADE” DO CURSO DE MEDICINA DA UNIFENAS-BH

AUTOR: Jonas José de Oliveira Junqueira

ORIENTADOR: Profa. Esp. Ruth Borges Dias

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Profa. Esp. Ruth Borges Dias



Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi



Prof. Ms. Ricardo Alexandre de Souza

Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2021.

Prof. Antonio Carlos
de Castro Toledo Jr.

Digitally signed by Prof. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.
DN: cn=Prof. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr., o=UNIFENAS - Campus Belo Horizonte, ou=Coordenador do Curso de Medicina, email=antonio.toledo@unifenas.br, c=BR
Date: 2021.08.11 10:01:22 -03'00'

Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.
Coordenador do Mestrado Profissional
Em Ensino em Saúde
UNIFENAS

Dedico este trabalho aos meus alunos que foram e sempre serão fonte inspiradora de aprendizagem e aperfeiçoamento dentro de uma profissão tão linda e necessária na nossa sociedade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares e à minha companheira de vida, Márcia, pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis e por abdicar momentos da nossa convivência para que eu pudesse me aprofundar nos estudos.

Agradeço aos alunos, Isabella Souza Campos, Jafé Costa Junior, Victor Augusto de Souza Nébias e Pedro Henrique Mohr que me ajudaram muitíssimo na leitura e coleta de dados: sem eles, este trabalho seria quase que inviável pela quantidade de material analisado.

Agradeço a Deus, manancial de inspiração e proteção, que sempre esteve ao meu lado nos momentos de angústia, solidão e incerteza.

“O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquentando e esfria,
aperta e daí afrouxa.,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.”

Guimarães Rosa

RESUMO

Introdução: A importância de se desenvolver na formação médica os quatro componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) fundamenta-se na necessidade dos profissionais compreenderem a dimensão subjetiva do paciente em relação ao processo de saúde e doença. A estratégia educacional de Prática Médica na Comunidade, presente nos dois primeiros anos do curso de medicina da Unifenas-BH, envolve visitas a diferentes cenários de prática com oficinas de trabalho, oferecendo um espaço curricular importante para desenvolvimento dos componentes do MCCP, considerados essenciais para a formação de profissionais mais qualificados para atender a população de uma forma mais ampla e humana. **Objetivos:** Avaliar o desenvolvimento dos componentes do MCCP na estratégia educacional Prática Médica na Comunidade ao longo dos dois primeiros anos do curso de Medicina. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, qualitativo-quantitativo, feito através da análise do conteúdo de portfólios da estratégia educacional Prática Médica na Comunidade, dos alunos do 1º, 3º e 4º período do curso de Medicina da Universidade José Do Rosário Vellano – Unifenas, campus Belo Horizonte. Utilizou-se análise de conteúdo com a técnica análise categorial temática para elaboração deste projeto. **Resultados:** Inicialmente foi feita a análise de conteúdo dos 1848 portfólios referentes ao registro eletrônico dos 320 acadêmicos do 1º, 3º e 4º período, sendo possível observar a presença dos quatro componentes do MCCP dentro da estratégia PMC do curso de medicina da Unifenas Belo Horizonte em consonância com os objetivos de aprendizagem das oficinas de trabalho que fazem parte da estratégia educacional e uma melhora da capacidade reflexiva do aluno, conforme passa para os períodos seguintes, sobre a estratégia e o seu aprendizado. **Considerações finais:** O aprendizado ultrapassa o limite das salas de aula através da PMC, desenvolvendo um olhar acadêmico crítico e reflexivo, aproximando o aluno da realidade clínica profissional e de sua própria experiência humanística, empática e de autoconhecimento. O qual contribui para o processo de sedimentação do conhecimento e aquisição de competências necessárias à aplicação dos componentes do MCCP.

Palavras-chave: Educação médica. Avaliação do ensino. Cuidado centrado no paciente.

ABSTRACT

Introduction: In medical training, the importance of developing the four components of the Person-Centered Clinical Method (MCCP) is based on the professionals' need to understand the patient's subjective dimension related to the health and disease process. The Clinical Practice in the Community, an educational approach that takes place in the first two years of medical school at Unifenas-BH, involves visits to different practice scenarios through workshops and offers an important curricular space for the development of MCCP components, considered essential for the training of more qualified professionals that can care for the population more broadly and humanely. **Objectives:** To evaluate the development of the MCCP components in the Clinical Practice in the Community educational approach over the first two years of medical school. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive, qualitative-quantitative study carried out by analyzing the content of portfolios of the Clinical Practice in the Community educational approach, of students in the 1st, 3rd, and 4th terms of Medical School at José Do Rosário Vellano University - Unifenas, at Belo Horizonte campus. Content analysis using the thematic categorical analysis technique was used to design this project. **Results:** Concerning the content analysis of the 1848 portfolios, of the electronic registration of 320 students, the presence of the four components of the MCCP within the PMC educational approach in the first two years of the medical school at Unifenas - Belo Horizonte was observed. This was in accordance with the learning objectives of the workshops that are part of the educational approach. It was also noticed that as the student moves on to the following periods, his ability to reflect on the strategy and his learning improves. **Final considerations:** Learning goes beyond the limit of classrooms through the PMC, developing a critical and reflective academic perspective. PMC helps bring students closer to professional clinical reality and their own humanistic, empathic, and self-awareness experience. This contributes to the process of sedimentation of knowledge and acquisition of skills necessary to apply the MCCP components.

Keywords: Medical education. Teaching evaluation. Patient-centered care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	- Análise descritiva da qualidade das reflexões a partir das porcentagens do R.E.F.L.E.C.T. 1,2,3,4 dentro do total dos portfólios lidos (n=1.848)..	34
Gráfico 2	- Análise descritiva da qualidade das reflexões a partir das porcentagens do R.E.F.L.E.C.T. 1,2,3,4 dentro do total dos portfólios lidos (n=1.848) dos 1º, 3º e 4º períodos.....	35
Gráfico 3	- A distribuição dos 4 componentes relacionados aos portfólios relevantes (n=352).....	38
Gráfico 4	- A distribuição dos 4 componentes relacionados aos portfólios relevantes separados por período (n=352).....	38
Quadro 1	- Os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) - (STEWART, 2001; STEWART <i>et al.</i> , 2017).....	19
Quadro 2	- Temas, objetivos e estratégias abordadas no treinamento de habilidades nos quatro períodos do curso.....	20
Quadro 3	- Dispositivos utilizados como campo de prática para os alunos de medicina da Unifenas-BH e os principais tópicos abordados nos 4 primeiros períodos.....	22
Quadro 4	- Objetivos da PMC nos 4 primeiros períodos do curso.....	25
Quadro 5	- (Descrição dos critérios avaliados pelo método R.E.F.L.E.C.T. das notas atribuídas pelo instrumento).....	30
Quadro 6	- Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao 1º, 3º e 4º períodos e os principais tópicos abordados, componentes esperados e os encontrados.....	32
Quadro 7	- A distribuição dos 4 componentes relacionados aos objetivos de aprendizagem de acordo com as respectivas oficinas separadas pelos períodos respectivos.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Análise descritiva dos portfólios avaliados por critérios de relevância e por associação aos componentes do MCCP, Belo Horizonte 1º semestre de 2019 (n=1848).....	36
------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
APS	Atenção Primária à Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBL	Problem Based Learning
PMC	Prática Médica na Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Educação médica	12
1.2	Portfólio	14
1.3	Método Clínico Centrado na Pessoa	16
1.4	A estratégia educacional Prática Médica na Comunidade (PMC) do curso de medicina da Unifenas-BH.....	22
2	JUSTIFICATIVA.....	25
3	OBJETIVOS.....	26
3.1	Objetivos gerais.....	26
3.2	Objetivos específicos.....	26
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
4.1	Desenho do Estudo.....	27
4.2	População.....	27
4.2.1	<i>Critérios de inclusão e de exclusão.....</i>	<i>27</i>
4.2.2	<i>Amostra, amostragem e recrutamento.....</i>	<i>27</i>
4.3	Aspectos éticos.....	28
4.4	Coleta e análise de dados.....	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
5.1	Qualidade das reflexões nos portfólios.....	31
5.2	Os domínios dos componentes do MCCP e sua relação com a PMC.....	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICES.....	54
	ANEXOS.....	68

1 INTRODUÇÃO

1.1 Educação Médica

Durante a história da medicina, temos uma divergência em relação ao tratamento do doente ou da doença. Essa divergência tem seu início na antiga escola de medicina grega de Cos, onde a medicina centrada no paciente era um dos seus pilares considerando a individualidade e a particularidade de cada paciente acerca do seu processo de doença. Em uma visão contrária, temos a escola de Cnidianos - em que o mais importante durante a abordagem do paciente - era classificar as doenças de acordo com a apresentação dos sintomas dentro de uma taxonomia independente de qual paciente seja (RIBEIRO; AMARAL, 2008; MCWHINNEY, 1997; STEWART, 2001).

A formação do médico no mundo contemporâneo exige o aprimoramento de habilidades que o qualifique para compreender a dimensão subjetiva do paciente em relação ao processo de adoecimento, visto que se trata de uma experiência dinâmica e individualizada (TURINI *et al.*, 2008). Acrescenta-se a isso a necessidade de os profissionais terem consciência de como suas visões de mundo, cultura, valores e atitudes cruzam-se com a sua base de conhecimento, influenciando seus julgamentos profissionais e tomada de decisões (PROUT *et al.*, 2013; SAHA; BEACH; COOPER, 2008).

A medicina moderna - centrada em mensurações objetivas e quantitativas - utilizando aparatos tecnológicos sofisticados, muitas vezes suprime a expressão da singularidade do sujeito, dificultando a expressão de suas percepções, angústias e opiniões ao longo da consulta e nas suas decisões (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

O ensino da medicina está passando por modificações e atualizações após as mudanças curriculares de acordo com as transformações do perfil da população acerca da sua epidemiologia. Observa-se, por exemplo, o grande predomínio das doenças crônico-degenerativas. Também exigiu um reordenamento das ações e estratégias na saúde, com sérias modificações na formação dos profissionais. O trabalho multiprofissional e os conhecimentos interdisciplinares, cada vez mais, se fazem necessários para enfrentar as complexas necessidades de saúde das pessoas. Um modelo de ensino que não está de acordo com as necessidades da população, já foi questionado por Flexner em 1910, cujo relatório trouxe

algumas informações importantes, grandes questionamentos e foi considerado um dos responsáveis pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas modificações nos critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação médica e na medicina mundial. Por outro lado, o modelo de ensino preconizado por Flexner e do ponto de vista pedagógico foi considerado passivo, massificador, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos sobre a formação profissional em saúde. (PAGLIOSA; ROS, 2008).

O Brasil também foi influenciado por este documento e implantou o modelo Flexneriano a partir da reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime Militar. Tal modelo de ensino e de prática-mostrou-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e fazendo com que por muitos anos o ensino da medicina no Brasil fosse apenas para o cuidado hospitalar, não condizente com a necessidade real da população e do sistema de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que envolvia práticas da saúde coletiva, o entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde, essa formação ficou defasada, pois o profissional que terminava sua formação estava em descompasso com o SUS.

Para alcançar os objetivos de uma formação condizente com as necessidades do sistema de saúde, os ajustes também foram necessários nas formas de ensino. Na década de 60, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de McMaster, no Canadá, foi desenvolvida a metodologia do *Problem Based Learning* – PBL (LEON; ONÓFRIO, 2015). Essa metodologia foi usada inicialmente para apoiar a mudança curricular e a mudança na graduação, pois ela é uma estratégia centrada no aluno, cujo conhecimento vai sendo produzido baseado nas discussões dos grupos, o que oportuniza a aprendizagem significativa, o raciocínio crítico e a habilidade de se trabalhar com casos que podem ser reais e reflitam as necessidades do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

Com a publicação, em 2014, diante das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais, houve a necessidade de adequação da formatação e currículo dos cursos de Medicina. Estas adequações estão ocorrendo paulatinamente nas instituições de ensino superior, justamente para alcançar os objetivos da mudança curricular. Uma das mudanças de grande importância, é que o ensino agora atende a três competências: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde (BRASIL, 2014). A Atenção à Saúde tem o foco em uma abordagem que respeita os princípios

e diretrizes do SUS, com qualidade no atendimento, segurança na realização de procedimentos e com ética e respeito aos usuários dos serviços de saúde e profissionais. A Gestão em Saúde busca pela formação de um profissional que entenda, participe de ações de gerenciamento do cuidado, insumos, buscando produzir melhorias no acesso, na qualidade da saúde, e que incorpore novas tecnologias para apoiar o desenvolvimento científico. Por último, a Educação em Saúde, onde o graduando é corresponsável pela própria aprendizagem, com manutenção de uma formação continuada e em serviço, produção científica, possuindo também responsabilidade na formação de outros profissionais de saúde.

Outra transformação no ensino é a organização curricular baseada em competências, que é voltada e centrada no perfil do egresso ou ainda em papéis a serem desempenhados pelo profissional em formação de acordo com as estruturas e os resultados a serem obtidos ao final do programa educacional ou de treinamento. Compreende o uso habitual e criterioso do conhecimento, comunicação, habilidades técnicas, raciocínio clínico, valores, emoções e reflexões na prática clínica diária a serviço do indivíduo e da comunidade. Procura formar indivíduos não só para o mercado ou para sociedade, mas para a realização pessoal e para a vida (SANTOS, 2011).

1.2 Portfólio

O portfólio foi utilizado inicialmente na educação infantil, por volta de 1990, nos Estados Unidos com o objetivo de registrar e organizar o conteúdo aprendido pelos alunos (SÁ, 2008). Caracteriza-se por uma coletânea de trabalhos realizados pelo estudante, refletindo seu crescimento, os temas estudados, as facilidades e dificuldades durante seu processo educativo. Pode ser usado, também, como um arquivo de materiais que o aluno julgar interessante, relacionados às suas reflexões, situações vivenciadas, impressões sobre a disciplina e muitos outros assuntos. Estas anotações, realizadas com frequência, tornam o desenvolvimento desta ferramenta um processo contínuo e dinâmico. A partir disso, ao fazer uma análise do conteúdo descrito, o portfólio abandona a antiga concepção de avaliação quantitativa (OTRENTI, 2011).

Pernigotti *et al.* (2000) afirma que o portfólio pode ser utilizado em todas as estratégias de ensino (fundamental, médio, superior e pós-graduação) sendo que ele tem pontos positivos em relação à prova, acaba se sobressaindo e ajuda a diluir o grande nó da educação que é a avaliação. Conforme Sá (2008), os padrões tradicionais de avaliação são modificados pelo

portfólio, porque proporcionam a interação do professor com o aluno, possibilidade de trazer vários assuntos no mesmo espaço, consegue compreender a evolução e as dificuldades do aluno, propicia a curiosidade, independência e a autoestima (OTRENTI, 2011).

Quem seleciona qual será o conteúdo do portfólio, sob orientação do docente, é o aluno, permitindo que este perceba o método não apenas como um caderno diário de anotações, mas sim como uma pasta de interesses, comentários, críticas, sugestões, autoavaliação e principalmente de reflexão. Assim ele deve ser chamado de portfólio reflexivo (SÁ, 2008; OTRENTI, 2011).

Alves (2003) referiu que o importante não é o portfólio em si, mas o que o aluno pode aprender durante sua criação e registro das situações que considere significativas. A confecção do portfólio reflexivo permite atingir os quatro pilares da educação conforme a Comissão Nacional da Educação da UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Primeiro pilar: aprendizagem que possibilita o conhecimento e se caracteriza por ferramentas específicas de compreensão. Segundo pilar: aprendizagem que possibilita o ato, o “como fazer”, evidenciado por modificação e transformação do meio em que se vive. Terceiro pilar: aprender a viver juntos, destacando a importância da cooperação no relacionamento humano em todas as atividades. Quarto pilar: aprender a ser, destacando a importância de desenvolver sensibilidade, sentido ético, responsabilidade pessoal, pensamento autônomo e crítico. O portfólio reflexivo, ao permitir a anotação de informações e reflexões acerca do vivenciado na PMC ou discutido em sala de aula, desperta curiosidade e interesse pela pesquisa, focando o aluno como principal responsável pelo processo de aprendizagem (SÁ, 2008; MOULIN; PROVENZANO, 2002; OTRENTI, 2011).

Wald, Borkan e Taylor (2012) desenvolveram um instrumento denominado R.E.F.L.E.C.T. que auxilia na capacidade de promoção da reflexão e avalia os níveis reflexivos dos estudantes. Esse estudo demonstrou evidências de uma correlação entre a precisão diagnóstica e o raciocínio reflexivo analítico. Entenderam que a reflexão pode ser treinada e não necessariamente intuitiva, desde o início do processo de treinamento de habilidades os educadores médicos tentam desenvolver métodos que promovam a capacidade de reflexão do aluno. O uso desse instrumento tem o potencial de ajudar a orientar os alunos para alcançar uma maior amplitude e profundidade da capacidade reflexiva fornecendo avaliação formativa e feedback para promover uma autoavaliação mais efetiva e autodirigida, bem como abordagens mais efetivas

para o atendimento ao paciente. O instrumento ajudou a demonstrar de forma objetiva se o aluno estava sendo mais reflexivo ou descritivo nas avaliações dos portfólios.

1.3 Método Clínico Centrado na Pessoa

Stewart *et al.*, em 1995, propõe a medicina centrada no paciente como uma transformação do método clínico com ênfase em um modelo biomédico. Convencido da influência dos fatores pessoais e subjetivos do eventual sucesso da terapia proposta surgiu o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Esse método tem como característica abordar a consulta em três pontos: primeiro ponto seria a visão do médico de acordo com os sintomas e a doença; segundo ponto seria a visão do paciente acerca do que ele entende do seu processo de adoecimento, trazendo os seus medos, suas angústias e preocupações; terceiro ponto é a integração entre as duas perspectivas calcadas num atendimento que contemple de maneira integral as necessidades, preocupações e vivências do paciente em relação ao processo de saúde e doença.

A abordagem centrada na pessoa ao longo dos anos vem ocupando espaço de forma ascendente, sendo considerada uma importante condição para averiguar a qualidade assistencial. Devido a essa valorização da abordagem as escolas médicas têm dado ênfase e sendo fundamental a inserção nos currículos (WALTERS; BROOKS, 2016; HEARN *et al.*, 2019).

Para um ensino que forme um profissional que desenvolva autonomia e responsabilidade durante a sua graduação, tem se a inserção desse aluno em uma unidade de saúde real com usuários dos serviços de saúde. Este é um ambiente de extrema relevância para o aprendizado, o qual favorece a formação de um médico com perfil generalista, que participa e apoia a equipe multiprofissional, que vivencia as variadas situações com problemas reais e que tem um aumento na sua autonomia conforme evolui na graduação. Como ponto importante dessa vivência, o aluno tem contato com as equipes em seu ambiente de trabalho, na qual é possível proporcionar um aprofundamento nas relações e percepções entre doença e indivíduo e assim faz com que eles possam sedimentar o conteúdo estipulado pela disciplina (teórico/técnico), o aprendizado que envolva as relações interpessoais e pontos importantes relacionados ao MCCP (GONÇALVES; MORAES, 2000) (FERREIRA; SILVA; AGUER, 2007).

De maneira a ficar mais clara a abordagem, o MCCP propõe com os seus componentes, uma organização de orientações para que o profissional de saúde alcance o seu objetivo de forma

mais abrangente e individualizada. Anteriormente, os seus princípios eram baseados em seis componentes complementares: investigação da subjetividade entre a doença e como ela é interpretada e vivida pelo sujeito; compreensão da pessoa em sua completude; estabelecimento de objetivos iguais de acordo com os problemas, suas prioridades e soluções possíveis; desenvolvimento de metas e projetos acerca do papel de prevenção e promoção de saúde e doença e fortalecer a relação médico-paciente de forma realista (STEWART, 2001).

Na 3ª edição do livro *Medicina Centrada na Pessoa*, Stewart *et al.*, (2017) apresentam um formato mais conciso, revisado e modificado do método, ocasionado por pesquisas e aprendizados da última década, e o dividiram em quatro componentes.

O primeiro componente denominado “**explorando a saúde, a doença e a experiência da doença**”, considera imprescindível diferenciar a doença do adoecimento. Para explicar o processo de doença, nos pautamos em teorias de acordo com as nossas observações objetivas em torno do problema exposto, já no processo de adoecimento trazemos a experiência pessoal, individual e subjetiva de quem está doente, no caso difere essa percepção para cada indivíduo avaliado. A relação entre doença e o adoecimento nem sempre ocorre de forma linear e bidirecional, uma pessoa pode ter uma doença assintomática por muito tempo e não se perceber adoecida, por exemplo: hipertensão arterial, casos de doenças infectocontagiosas (HIV, hepatites virais e entre outras). Para abordar o processo de adoecimento, segundo Stewart et al (2017), precisamos levar em consideração quatro aspectos importantes que podem ser resgatados com o mnemônico SIFE: 1) O que o paciente traz de **sentimentos a respeito** do processo de doença, dando destaque para sua tranquilidade, angústia, raiva, sentimento de culpa e seus medos; 2) Quais são as suas **ideias** em relação ao seu processo de adoecimento, qual o seu entendimento sobre as possíveis causas e se tem alguma explicação, às vezes associada com crenças e misticismo; 3) Qual o comprometimento do problema em relação a **funcionalidade**, relacionado ao trabalho e nas suas atividades da vida diária; 4) Quais são as suas **expectativas**, relacionadas ao tratamento proposto, prognóstico, cura e qual a função do profissional médico dentro desse contexto. Os pacientes de uma forma geral já sabem em seu consciente o provável motivo do seu problema antes mesmo de chegar à consulta. Tentar entender o que esse paciente pensa da trajetória que deverá ser experimentada a partir de então, na maioria das vezes, é esclarecedor para muitos diagnósticos, contribui também para estabelecer metas e decisões que serão mais eficazes, além do empoderamento do paciente sobre o seu próprio processo de

adoecimento e fazendo com que os laços entre médico-paciente sejam estreitados (MCWHINNEY, 1997; RIBEIRO; AMARAL, 2008).

O segundo componente se caracteriza como “**entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto)**”, o profissional médico tem que buscar compreender o paciente de forma integral e ampla, incluindo em qual ciclo de vida ele se encontra, quais as doenças e questões envolvidas em sua história pregressa (como internações, alergias, cirurgias, quais medicamentos está em uso e doenças preexistentes), estilo de vida (prática de atividade física, alimentação, consumo de bebida alcoólica e tabaco), trabalho (papeis desempenhados, jornada de trabalho), crenças e religião, o que gosta de fazer que lhe dê prazer e suas relações interpessoais. Não podemos deixar de levar em conta qual contexto ambiental que a pessoa assistida está inserida (urbano, rural, condições geográficas específicas, acesso a serviços e equipamentos sociais e de saúde), como essa pessoa mora e em quais condições, quais as pessoas que moram com ela, papeis desempenhados dentro da família, quais os costumes e a situação econômica no momento (MCWHINNEY, 1997; RIBEIRO; AMARAL, 2008).

O terceiro componente se caracteriza na **elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas**, ele traz a proposta do vínculo entre médico e o paciente, no sentido de estabelecer um projeto terapêutico em comum, encontrar metas, propostas e definir prioridades de acordo com os problemas e estipular quais as funções de ambos. De acordo com as propostas de intervenção, não podemos deixar de considerar as preferências do paciente, para que o acompanhamento se torne efetivo. Deixar bem claro quais os pontos positivos e negativos de cada proposta de intervenção e depois entender qual foi a percepção e compreensão do paciente acerca dos tratamentos e com isso fazendo com que a tomada de decisão seja compartilhada (MCWHINNEY, 1997; RIBEIRO; AMARAL, 2008).

Por último, o quarto componente, **fortalecendo a relação entre a pessoa e o médico**, representada pela necessidade de estreitar o vínculo entre o médico-pessoa, que acaba sendo construído desde a primeira consulta e vai sendo aperfeiçoado durante os próximos encontros ao longo do tempo. Essa relação deve ser sustentada por alguns conceitos importantes, como: empatia, parceria, compaixão, compartilhamento de poder e autoconsciência do médico (QUADRO 1). Acredita-se que esse novo formato tem como característica qualificar didaticamente o ensino do método para obter-se resultados melhores, como já foi possível

evidenciar em indicadores de qualidade do cuidado prestado em saúde (STEWART *et al.*, 2017).

Quadro 1 - Os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) - (STEWART, 2001; STEWART *et al.*, 2017)

Domínios dos componentes do MCCP	
Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença	
Entendendo a pessoa como um todo, seção 1, o indivíduo e a família, seção 2, contexto individual de cada indivíduo	
Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas	
Fortalecendo a relação entre a pessoa e médico	

A Universidade José do Rosário Vellano, campus de Belo Horizonte (Unifenas-BH), tem como base curricular a metodologia de ensino *Problem Based Learning* – PBL inspirada na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de McMaster, no Canadá. Pois ela é uma estratégia centrada no aluno, cujo conhecimento vai sendo produzido baseado nas discussões dos grupos, o que oportuniza a aprendizagem significativa, o raciocínio crítico e a habilidade de se trabalhar com casos que podem ser reais e reflitam as necessidades do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) visando formar médicos para atuar dentro de uma concepção generalista com um currículo amplo e flexível, possibilitando adequação individual para a futura prática de cada um. Uma estratégia de ensino utilizada para desenvolver tais competências do MCCP é denominada Prática Médica na Comunidade (PMC). Tem como um dos seus objetivos transferir o aprendizado do aluno para a comunidade, respeitando a diversidade da população a ser cuidada, propiciando o contato com vários cenários de prática de acordo com a realidade social, econômica e cultural, com isso favorecendo o seu aprendizado e a compreensão do MCCP.

O ensino de habilidades clínicas tem vários recursos e diferentes métodos, numa variedade de ambientes e contextos, utilizam o equilíbrio de situações complexas da vida real que exigem raciocínio e julgamento bem estruturados, com conhecimentos clínicos cotidianos, habilidades de comunicação e atitudes (NUNES *et al.*, 2013). O curso da escola de Medicina da Unifenas-BH utiliza-se dessa estratégia com o nome de treinamento de habilidades (TH), onde o aluno consegue aprender e treinar o MCCP do primeiro ao oitavo período do curso de medicina por

meio de encenação (“role play”) e interação com atores. Os temas, objetivos e estratégias abordadas no treinamento de habilidades nos quatro primeiros períodos do curso estão especificados no QUADRO 2. Ambas as estratégias TH e PMC se complementam dentro do aprendizado do MCCP, onde na primeira estratégia acontece o treinamento dentro de um ambiente simulado e seguro e na segunda estratégia tem-se a prática em um ambiente real.

Quadro 2 - Temas, objetivos e estratégias abordadas no treinamento de habilidades nos quatro períodos do curso

		(Continua)
Treinamento de Habilidades (TH)	Objetivos	Estratégia
Primeiro período		
1- Habilidades de Comunicação	1- Treinar habilidades de Comunicação	Sessão de Vídeo
2- Introdução ao modelo de Calgary-Cambridge.	2-Reconhecer a estrutura da consulta médica.	Filme: “Patch Adams”
3- Abertura da consulta	3- Modelo Calgary-Cambridge para a consulta médica.	
Introdução às habilidades básicas de comunicação.	4- Obtenção de dados na consulta médica: a perspectiva do médico e a do paciente.	
4- Parafraseamento, sumarização e reflexão de sentimentos.	5- Comunicação médico-paciente.	Miniaula e Ensino em cenário de simulação
	6- Habilidades da abertura da consulta	
	7- Habilidades básicas para a comunicação médico-paciente.	
	8- Utilizar parafraseamento, adequadamente e realizar reflexão de sentimentos para a comunicação médico/paciente.	
	9- Utilizar sumarização adequadamente para a comunicação médico/paciente.	
	10- Incrementar a aquisição das três habilidades básicas de comunicação médico- paciente.	
Segundo período		
1. Obtenção de dados: contexto biopsicossocial	1- Saber avaliar o paciente do ponto de vista biológico, emocional e sociocultural.	Miniaula e Ensino em cenário de simulação
2- Relação médico-paciente	2- Contextualizar o paciente na família, trabalho, condições econômicas e representação na sociedade.	
3- Consulta Médica.	3- Avaliar o estado de saúde passado e presente do paciente.	
4- Obtenção de dados na perspectiva biomédica: exploração de uma queixa.	4- Discutir sobre o desenvolvimento de comportamentos e atitudes que incorporem valores humanísticos na relação médico-paciente	Cinematica - The Doctor (Um Golpe do Destino)
	5- Obter, de forma empática, as percepções do paciente sobre sua enfermidade.	
	6- Obter, de forma empática, dados biomédicos do paciente.	
	7- Selecionar os sintomas que fazem parte da história.	
	8- Estabelecer a ordem temporal da instalação dos sintomas.	
	9- Caracterizar os sintomas: cronologia, localização corporal, qualidade, quantidade, circunstâncias, fatores que agravam e aliviam e manifestações associadas.	
	10- Gerar uma hipótese diagnóstica.	
	11- Demonstrar, em simulação, a coleta de dados na perspectiva biomédica.	

Quadro 2 - Temas, objetivos e estratégias abordadas no treinamento de habilidades nos quatro períodos do curso

Treinamento de Habilidades (TH)	Objetivos	(conclusão) Estratégia
Terceiro período		
1- Anamnese – Comparação entre o Método Clínico Centrado na Doença e o Método Clínico Centrado na Pessoa.	1- Conhecer o modelo tradicional da anamnese. 2- Comparar o modelo tradicional de anamnese com o Método Clínico Centrado na Pessoa. 3- Aplicar o Método Clínico Centrado na Pessoa ao realizar uma anamnese. 4- Desenvolver a habilidade de planejar e encerrar uma consulta médica	Miniaula e Ensino em cenário de simulação
2- Tomada compartilhada de decisão / Fechamento da consulta	5- Saber transmitir informações ao paciente e explicar ao paciente sua situação clínica e qual a melhor forma de agir para melhorar sua saúde. 6- Planejar junto com o paciente os passos para sua melhora. 7- Ser capaz de realizar alguns dos passos básicos da consulta ginecobstétrica.	
3- Anamnese obstétrica e aconselhamento.	8- Conduzir uma consulta de aconselhamento pré-natal. 9- Reconhecer as particularidades da anamnese da criança	
4- Anamnese pediátrica	10- Entender a importância da história gestacional, perinatal e neonatal. 11- Compreender a importância do desenvolvimento neuromotor e psicológico, pesquisa de dados sobre a vacinação das crianças e pesquisa de dados sobre o sono, alimentação e controle dos esfíncteres, pesquisa de dados da história pregressa da criança. 18- Compreender a importância da pesquisa de dados de história familiar e social da criança.	
Quarto período		
1- Comunicação da notícia difícil	1-Adquirir as habilidades básicas para a comunicação de más notícias e as técnicas necessárias para a comunicação de más notícias.	Miniaula e Ensino em cenário de simulação
2- Habilidades de Comunicação	2- Compreender os aspectos psicossociais e éticos envolvidos na comunicação de notícia difícil.	
3- Obtenção de dados: perspectiva do paciente, perspectiva biomédica e exploração do contexto do paciente	3- Identificar estágios de Kübler-Ross frente a uma notícia difícil. 4- Revisão de habilidades de comunicação. 2- Ser capaz de realizar adequadamente a escuta atenta e perguntas abertas e fechadas. 4- Ser capaz de realizar adequadamente o parafraseamento e a reflexão de sentimentos. 6- Ser capaz de realizar adequadamente a sumarização. 7- Habilitar-se a conduzir uma consulta médica centrada no paciente.	
	2- Reconhecer a importância do Método Clínico Centrado na Pessoa. 3- Reconhecer a importância do modelo de Calgary-Cambridge como ferramenta para o Método Clínico Centrado na Pessoa.	
	4- Identificar as fases da consulta do modelo de Calgary-Cambridge. 5- Diferenciar a agenda do médico da agenda do paciente.	

1.4 A estratégia educacional Prática Médica na Comunidade (PMC) do curso de medicina da Unifenas-BH

A estratégia educacional PMC estrutura-se e orienta-se na comunidade, atenta às necessidades do SUS e em conformidade com as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES nº3 de 20/06/2014). A PMC caracteriza-se na interação do ensino com o serviço e a comunidade, acontecendo longitudinalmente no curso nos 2 primeiros anos. As atividades práticas ocorrem por meio da inserção dos acadêmicos em dispositivos do SUS de Belo Horizonte (SUS-BH), com ênfase em equipamentos da Atenção Primária em Saúde (APS), desde o primeiro período do curso, variando os cenários de prática e os objetivos de aprendizagem conforme observação do autor ao longo dos 4 primeiros períodos, (QUADROS 3 e 4).

Quadro 3 - Dispositivos utilizados como campo de prática para os alunos de medicina da Unifenas-BH e os principais tópicos abordados nos 4 primeiros períodos

Período	Local	Tópicos
1º Período	UBS; visitas domiciliares	Princípios da Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família; Instrumentos de abordagem familiar; Educação em Saúde.
2º Período	Centros de convivência; CERSAM; casas terapêuticas.	Rede de Atenção Psicossocial; Reabilitação em saúde mental; Abuso de álcool e outras drogas;
3º Período	UBS; Visitas domiciliares	Vigilância da Saúde da Mulher e da Criança
4º Período	ILPI	Abordagem multidimensional do idoso

Legenda: UBS: Unidade Básica de Saúde; CERSAM: Centro de Referência em Saúde Mental; ILPI: instituição de longa permanência para idosos.

Quadro 4 - Objetivos da PMC nos 4 primeiros períodos do curso

1- Compreender a influência socioambiental no processo saúde-doença – 1º e 3º Período.

2- Compreender a importância da abordagem familiar no cuidado ao paciente – 1º ao 4º

3- Conhecer as histórias de vida dos sujeitos – 1º ao 4º período.

4- Conduzir atividades de educação em saúde em nível individual e coletivo – 1º ao 4º período.

5- Refletir sobre os aspectos éticos do cuidado ao paciente na atenção primária– 1º ao 4º.

6- Desenvolver habilidades de comunicação com o paciente – 1º ao 4º

Nos quatro primeiros períodos, a PMC é estruturada em encontros semanais alternando as oficinas cognitivas com visitas em campo totalizando uma quantidade de carga horária de 32 horas que o aluno dedica as visitas por semestre. O modelo de aprendizagem das oficinas cognitivas se dá com a reflexão de textos, artigos e filmes, sendo fundamentada nos princípios, teorias e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

As atividades práticas possibilitam o encontro entre alunos, professores, funcionários e pacientes que marcam a possibilidade de aproximação da interdisciplinaridade ocasionando uma troca de conhecimento entre eles. Ao final dos encontros, os alunos são incentivados em registrar suas percepções e compreensões no portfólio, que é um instrumento reflexivo e avaliativo, correlacionando a teoria discutida nas oficinas cognitivas com a prática em campo (COSTA; COTTA, 2014).

Dessa forma, ocorre interação dos alunos com os indivíduos de diversas faixas etárias e em diferentes contextos socioeconômicos. Estimula-se a utilização de ferramentas de abordagem sócio familiar, coleta de história de vida e a realização de projetos de intervenção. A interação com a comunidade permite aos alunos compreender as reais necessidades de cada indivíduo e do grupo social nos quais estão inseridos.

O ensino dos 4 componentes do M CCP na PMC ocorre de maneira interativa e na interface entre as oficinas teóricas e as visitas práticas, por meio da reflexão sobre a experiência

vivenciada. Estas atividades, em conjunto, contribuem para a essência da formação dos futuros médicos que devem ser preparados para o MCCP.

A estratégia educacional da PMC percorre os quatro primeiros períodos do curso médico. Sendo assim, foi verificado o impacto da PMC no desenvolvimento dos componentes do MCCP no curso de medicina da Unifenas-BH.

2 JUSTIFICATIVA

A importância de se desenvolver na formação médica o MCCP se encontra fundamentada na necessidade de formação de profissionais médicos com uma visão mais ampla do processo de saúde e doença. O MCCP desenvolve a capacidade do profissional olhar o indivíduo não apenas através do seu diagnóstico, mas entendendo que a abordagem centrada no indivíduo, em todo seu contexto de vida, traz como consequências pacientes como sujeitos do próprio processo de saúde e doença, não objetos.

Acrescenta-se a isso a necessidade dos profissionais terem consciência de como suas visões de mundo, cultura, valores e atitudes cruzam-se com a sua base de conhecimento, influenciando seus julgamentos profissionais e tomada de decisões. Ciente dessas mudanças e influências dos fatores de cunho pessoal e subjetivo no eventual sucesso da terapia proposta, surgiu o MCCP, calcado num atendimento que contemple de maneira integral o indivíduo.

A estratégia educacional PMC consegue trabalhar os componentes do MCCP com a inserção dos acadêmicos em dispositivos do SUS-BH, com ênfase em equipamentos da Atenção Primária em Saúde (APS) desde o primeiro período do curso, variando os cenários de prática e os objetivos de aprendizagem ao longo dos períodos. Considerando a riqueza dessa estratégia, é possível afirmar categoricamente que ela contribui para o aprendizado do aluno em adquirir as habilidades dos quatro componentes do MCCP e a compreender a importância dessa disciplina dentro da sua grade curricular. Por esse motivo, este trabalho pretende avaliar o impacto dessa metodologia de ensino centrada na pessoa e no aprendizado do estudante de Medicina.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar o desenvolvimento dos componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa pelo aluno de medicina, na estratégia educacional Práticas Médicas na Comunidade.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar a presença e frequência de elementos associados ao MCCP no portfólio elaborado pelos alunos no PMC.
- Identificar os objetivos de aprendizagem no PMC mais associados à presença de elementos do MCCP no portfólio.
- Verificar a qualidade dos relatos elaborados pelos alunos em cada um dos portfólios e períodos do curso analisado.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

O estudo trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, qualitativo-quantitativo e feito através da análise do conteúdo de portfólios, dos alunos do primeiro, terceiro e quarto período do curso de Medicina da Universidade José Do Rosário Vellano - Unifenas com sede em Belo Horizonte.

4.2 População

Alunos do curso de medicina da Unifenas - BH do primeiro, terceiro e quarto período.

4.2.1 Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão utilizados foram: registros em portfólios eletrônicos de alunos que cursaram o primeiro, terceiro e quarto período do curso de medicina Unifenas/ BH - no primeiro semestre do ano letivo de 2019 - com os registros completos de todas as atividades propostas dentro do prazo estipulado pelo sistema informatizado da Universidade. Os critérios de exclusão foram: ausência da postagem pelo aluno no portfólio eletrônico dentro do prazo estipulado que seria uma média de 20 dias após a atividade prática no PMC e portfólios incompletos que seriam perguntas sobre a atividade sem as respostas.

4.2.2 Amostra, amostragem e recrutamento

O estudo foi realizado utilizando uma amostra conveniente de registros de 320 acadêmicos, totalizando 1848 portfólios do total de alunos matriculados no 1º, 3º e 4º período do curso de medicina da Universidade José do Rosário Vellano, *campus* Belo Horizonte (Unifenas-BH). Não foram considerados os portfólios dos alunos do 2º período em virtude da ausência de não postagem na plataforma eletrônica, pois no segundo período utiliza-se um portfólio único, elaborado a mão e com isso inviabilizaria a coleta de dados. Para auxiliar a leitura destes portfólios, foram recrutados 4 alunos do curso. Os critérios utilizados foram de acordo com o engajamento deles em outros projetos, o interesse em auxiliar na pesquisa e que não faziam parte dos respectivos períodos analisados no ano e no semestre específico do estudo.

Aconteceram dois momentos de encontro em horários e datas diferentes contabilizando 4 horas de treinamento desses alunos na utilização do instrumento R.E.F.L.E.C.T. e nos quatro componentes do MCCP. Foi selecionada uma amostra significativa e emblemática do universo estudado de acordo com os princípios epistemológicos da informação qualitativa durante o período de 4 meses, de Março a Junho de 2020, que denominamos como portfólios relevantes com o auxílio do instrumento R.E.F.L.E.C.T.

4.3 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, os princípios de bioética foram respeitados em concordância com a Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde, atentando para a autonomia, vulnerabilidade, beneficência/ não maleficência e confidencialidade.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi dispensado para o levantamento de dados da pesquisa devido os nomes dos alunos terem sido codificados e assim mantendo a confidencialidade dos participantes. O termo de consentimento de utilização do banco de dados, folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos e, declaração de conhecimento de realização de pesquisa foram autorizados e assinados pelo coordenador do curso de medicina (ANEXOS A, B, C),

O projeto foi submetido à revisão pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH) e aprovado na data 28/06/2019, através do número CAAE 16180919.7.0000.5143.

4.4 Coleta e análise de dados

Foram selecionados os portfólios da plataforma eletrônica utilizada pela Unifenas - BH (Moodle), realizados pelos alunos do 1º, 3º e 4º períodos do curso no 1º semestre do ano letivo de 2019. Não foram considerados os portfólios dos alunos do 2º período em virtude da ausência de postagem na plataforma eletrônica, pois no segundo período utiliza-se de um portfólio único, elaborado a mão e com isso inviabilizaria a coleta de dados.

Os dados coletados foram anexados em planilhas do programa Excel 2016. Cada estudante foi denominado pela letra A (A1, A2, A3...) e o respectivo período letivo pela letra P. Neste estudo, foram avaliados estudantes do 1º, 3º e 4º período, portanto, P1, P3 e P4.

Para analisar a profundidade do relato dos alunos no portfólio foi utilizado o instrumento denominado R.E.F.L.E.C.T. (QUADRO 5) que foi criado e desenvolvido por Wald, Borkan e Taylor (2012). Essa ferramenta possui cinco componentes: Espectro da escrita, presença do narrador, descrição de conflito ou dilema, atenção às emoções e análise e construção de significado. Por meio de padrões estabelecidos pelo instrumento, cada componente é classificado em um dos quatro níveis reflexivos assim denominados: 1) Não reflexivo: Ação Habitual 2) Não reflexivo: Ação contemplativa 3) Reflexivo e 4) Criticamente reflexivo, conforme demonstrado no (QUADRO 5). A soma da nota dos cinco componentes leva a uma média geral do texto. Esse instrumento teve o potencial de ajudar a orientar a análise dos portfólios para avaliar uma maior amplitude e profundidade da capacidade reflexiva dos alunos e auxiliou na separação de uma amostra de cada período que denominamos como portfólios relevantes, sendo eles com potencial mais reflexivo.

Delineou-se um método de pesquisa adequado ao modo da realidade estudada que foi considerada complexa e demarcada por sujeitos e suas subjetividades. Dentro da análise de conteúdo foi utilizada a técnica de análise categorial temática, sendo que a análise de conteúdo leva em conta a presença ou ausência de uma determinada característica ou o seu conjunto em um determinado fragmento da mensagem (LIMA, 1993) e visa obter, com as descrições objetivas e sistemáticas, e com os indicadores (quantitativos ou não) do conteúdo manifesto, a fim de interpretá-lo (CAREGNATO, 2006) e a técnica análise categorial temática constrói-se com categorias dos temas que emergem do texto, identificando-se o que eles têm em comum, permitindo o agrupamento (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Os dados quantitativos foram coletados a partir da leitura e análise sistematizada dos portfólios com a utilização da planilha de Excel 2016, onde foram separados e tabelados conforme cada nota referente ao instrumento R.E.F.L.E.C.T. e os portfólios relevantes. Dentro deles, separou-se trechos que contemplavam direta ou indiretamente o domínio dos componentes do MCCP e que no mesmo portfólio havia a presença de mais de um componente.

Quadro 5 - (Descrição dos critérios avaliados pelo método R.E.F.L.E.C.T. das notas atribuídas pelo instrumento)

Critério	Ação habitual (Não reflexiva) Nota 1	Introspecção ou ação contemplativa Nota 2	Reflexão. Nota 3	Reflexão crítica. Nota 4
Qualidade da redação	Escrita descritiva superficial (relato de fatos e impressões superficiais).	Escrita descritiva elaboradas, mas sem reflexão.	Reflete indo além da escrita descritiva (tenta entender, analisar e questionar o evento).	Exploração e crítica de suposições, valores, crenças e/ou preconceitos e de consequências de ações presentes ou futuras.
Presença	Presente parcialmente	Presente parcialmente	Bastante ou totalmente presente	Totalmente presente
Descrição do conflito ou do dilema desorientador	Nenhuma descrição do conflito, desafio, dilema desorientador ou do problema em questão.	Descrição fraca ou ausente do conflito, desafio, dilema desorientador ou do problema em questão.	Descrição do conflito, desafio, dilema desorientador ou do problema em questão.	Descrição completa do conflito, desafio, dilema desorientador ou do problema em questão, incluindo múltiplas perspectivas, explorando explicações alternativas e desafiando suposições.
Atenção a emoções	Pouca ou nenhuma identificação ou atenção a emoções.	Identificação das emoções, mas sem exploração e atenção.	Identificação, exploração e atenção a emoções.	Identificação, exploração e atenção a emoções e aquisição de insight emocional.
Análise e produto de sentido	Nenhuma análise ou produção de sentido.	Análise ou produção de sentido insuficiente ou confusa.	Pouca análise e produção de sentido.	Análise e produção de sentido abrangente.
Critério opcional secundário: atenção a tarefa (quando relevante)	Aborda mal o que a tarefa pede e não apresenta uma explicação boa para ter escolhido fazê-la de forma diferente.	Aborda parcialmente ou de forma confusa o que a tarefa pede; não apresenta uma explicação boa para ter escolhido fazê-la de forma diferente.	Claramente faz o que a tarefa pede ou, se for o caso apresenta uma boa explicação para ter escolhido fazê-la de forma diferente.	Claramente faz o que a tarefa pede ou, se for o caso apresenta uma boa explicação para ter escolhido fazê-la de forma diferente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Qualidade das reflexões nos portfólios

Para analisar a capacidade reflexiva dos alunos no portfólio foi utilizado o instrumento denominado R.E.F.L.E.C.T. (TAB. 1) que foi criado e desenvolvido por Wald, Borkan e Taylor (2012). Esse instrumento teve o potencial de ajudar a orientar a análise dos portfólios para avaliar uma maior amplitude e profundidade da capacidade reflexiva dos alunos em cima das atividades desenvolvidas, do aprendizado relacionados aos componentes do MCCP esperados de acordo com os objetivos de aprendizagem das oficinas e os encontrados na análise dos portfólios (QUADROS 6). A análise da profundidade da reflexão dos alunos a partir desse instrumento já foi utilizada por Guimarães (2018) acarretando algumas mudanças na estrutura do portfólio da PMC dos quatro primeiros períodos do curso para que o aluno tenha um potencial de refletir mais e melhorar o aprendizado em cima da estratégia.

Durante a análise dos portfólios dos alunos do 1º, 3º e 4º períodos verificou-se uma melhora no aprofundamento das reflexões entre os alunos no decorrer nos períodos pela qualidade das reflexões a partir das porcentagens do R.E.F.L.E.C.T. que passaram a transitar entre 3 e 4. Percebeu-se que os registros se tornam mais reflexivos, procurando entender, analisar e questionar mais o evento, ao mesmo tempo em que exploram e realizam críticas das suposições, valores e crenças e/ou preconceitos e de consequências de ações presentes ou futuras (GRÁF. 1). Quando separado por períodos, encontra-se o mesmo resultado sugerindo-se uma evolução do aprendizado em relação ao R.E.F.L.E.C.T., deixam de ser portfólios mais descritivos R.E.F.L.E.C.T. 1 e 2 e passam a ser mais reflexivos R.E.F.L.E.C.T. 3 e 4 (GRAF. 2).

Quadro 6 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao 1º, 3º e 4º períodos e os principais tópicos abordados, componentes esperados e os encontrados
(Continua)

Primeiro período		Componente	
Oficinas	Objetivos de aprendizagem	Esperado	Encontrado
2- Saúde e bem estar	1- Abordar conceitos de saúde e de doença na área da saúde. 2- Incorporar os princípios bioéticos da não maleficência, beneficência, autonomia e justiça.	Primeiro e segundo.	Primeiro e segundo.

Quadro 6 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao 1º, 3º e 4º períodos e os principais tópicos abordados, componentes esperados e os encontrados
(continuação)

Primeiro período		Componente	
Oficinas	Objetivos de aprendizagem	Esperado	Encontrado
4- Princípios e atributos da APS	1- Identificar e conceituar os princípios da APS. 2- Identificar as estratégias utilizadas pelo Centro de Saúde para colocar em prática os princípios da APS. 3- Identificar pontos positivos e pontos negativos do funcionamento de Centro de Saúde em relação aos princípios da APS.	Segundo.	Segundo.
5- Abordagem familiar (Genograma/ Ecomapa)	1- Realizar visitas domiciliares na área de abrangência. 2- Construir no genograma e o ecomapa das famílias selecionadas. 3- Identificar e analisar o ciclo de vida desta família.	Segundo.	Segundo.
6- Saúde e ambiente	1- Apresentar os conceitos de condições de vida e estilo de vida. 2- Apresentar os determinantes sociais de saúde (DSS) como condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.	Primeiro e segundo	Primeiro.
7- Educação em saúde	1- Conduzir atividade de educação em saúde individual.	Terceiro e quarto.	Terceiro e quarto.
8- Comparação sistemas de saúde / Feedback semestre	1- Analisar o impacto da lógica de organização do sistema de saúde sobre o provimento dos serviços médicos, analisando as evidências empíricas observadas nas economias americana, canadense e inglesa. 2- Fazer uma reunião com o Centro de Saúde para avaliação das atividades e retorno à equipe do que foi observado.	Primeiro e segundo.	Primeiro e segundo.
Terceiro período		Componente	
Oficinas	Objetivos de aprendizagem	Esperado	Encontrado
2- Vigilância às neoplasias mais frequentes na mulher	1- Compreender a vigilância às neoplasias mais frequentes na mulher na APS. 2- Identificar as barreiras à realização do rastreamento das neoplasias de mama e de colo do útero.	Primeiro.	Primeiro.
3- Violência contra a mulher	1- Conceituar Violência doméstica e discutir o impacto desse problema de saúde pública. 2- Preparar os alunos para a visita que fará discussão do cuidado à mulher vítima de Violência na Unidade Básica de Saúde.	Primeiro.	Primeiro.
4- Intervenções relacionadas à saúde da mulher ou da criança	1- Conceituar Grupo Operativo e descrever seus princípios, objetivos e características. 2- Conceituar Educação Popular em Saúde e descrever seus princípios, objetivos e características. 3- Conduzir a intervenção relacionada ao cuidado com a criança e/ou à mulher.	Primeiro.	Primeiro.

Quadro 6 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao 1º, 3º e 4º períodos e os principais tópicos abordados, componentes esperados e os encontrados
(continuação)

Terceiro período		Componente	
Oficinas	Objetivos de aprendizagem	Esperado	Encontrado
5- Vigilância pré-natal	1- Descrever os pontos mais relevantes do programa de humanização no pré-natal e nascimento. 2- Compreender a importância do cartão da gestante na vigilância pré-natal. 3- Identificar as barreiras à realização de pré-natal adequado. 4- Compreender a importância do ambiente domiciliar da gestante.	Segundo.	Segundo.
6- Mortalidade materna	1- Compreender o conceito de mortalidade materna, suas principais causas e as ações de vigilância necessárias. 2- Realizar manobras de exame físico obstétrico. 3- Discutir a importância da vigilância epidemiológica da mortalidade materna.	Quarto e terceiro.	Quarto e terceiro.
7- Puericultura	1- Compreender as orientações mais importantes na puericultura. 2- Identificar as barreiras à realização de puericultura na Unidade Básica de Saúde. 3- Compreender a importância do ambiente na prevenção dos acidentes domésticos.	Segundo.	Segundo.
8- Alimentação nos primeiros anos de vida	1- Compreender as orientações mais importantes acerca do aleitamento materno e introdução de alimentos complementares. 2- Identificar os fatores relacionados às dificuldades no aleitamento materno e introdução dos alimentos complementares. 3- Compreender a importância do cartão da criança na avaliação	Segundo.	Segundo.
Quarto período		Componente	
Oficinas	Objetivos de aprendizagem	Esperado	Encontrado
1- Transição demográfica e dispositivos de cuidado para o idoso	1- Reconhecer as intervenções específicas de acordo com as necessidades dessa população. 2- Indicar o melhor dispositivo de cuidado para o idoso, segundo suas necessidades assistenciais.	Primeiro.	Primeiro.
2- Cuidando de idosos e cuidando do cuidador	1- Identificar necessidades de cuidados para a população idosa, problemas de saúde comuns à população idosa: “Os grandes da Geriatria”. 2- Descrever a Avaliação Geriátrica Ampla e identificar necessidades de cuidados psicossociais para essa população e possíveis situações de maus tratos dirigidos aos idosos. 3- Compreender as repercussões do envelhecimento no âmbito dos cuidadores e da família.	Primeiro.	Primeiro.
3- Polifarmácia e iatrogenia	1- Conceituar iatrogenia e polifarmácia. Descrever a prevalência de polifarmácia e iatrogenia na abordagem do paciente idoso. 2- Identificar medicamentos inapropriados para uso no idoso utilizando os critérios de Beers e conceituar prevenção quaternária.	Primeiro.	Primeiro e segundo.

Quadro 6 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao 1º, 3º e 4º períodos e os principais tópicos abordados, componentes esperados e os encontrados (conclusão)

Quarto período		Componente	
Oficinas	Objetivos de aprendizagem	Esperado	Encontrado
	3- Analisar os benefícios da prevenção quaternária no cuidado ao paciente idoso		
4- Comunicação entre o médico e o paciente no cuidado à saúde e o lugar da transferência	1- Identificar problemas de comunicação na relação médico – paciente e compreender os conceitos de disease (visão da ciência) X illness (visão do doente) em relação ao seu problema de saúde. 2- Reconhecer atitudes médicas que facilitam e dificultam a comunicação / relação entre o médico e seu paciente e conceituar transferência. 3- Identificar a importância desse conceito para a prática médica e desenvolver reflexão ética sobre as relações afetivas decorrentes do fenômeno transferencial.	Primeiro.	Primeiro e terceiro.
7- Reflexão sobre o viver e o morrer	1- Refletir sobre o envelhecimento e a finitude da vida e identificar as fases relacionadas com o processo do morrer e da morte. 2- Descrever medidas que possam acolher o paciente e seus familiares	Segundo.	Segundo.
8- O idoso no fim da vida: a importância dos cuidados paliativos	1- Conceituar cuidados paliativos e seus principais objetivos no manejo com pacientes fora de perspectiva de tratamento convencional. 2- Compreender os conceitos de eutanásia, ortotanásia e distanásia, no contexto da prática médica brasileira. 3- Reconhecer a importância de promover a autonomia do paciente em situações limites de vida e descrever indicações de cuidados paliativos. 4- Desenvolver atividade de promoção da saúde de acordo com o contexto da instituição de longa permanência (ILPI) que está sendo visitado pelos alunos.	Terceiro.	Terceiro e quarto.

Gráfico 1 – Análise descritiva da qualidade das reflexões a partir das porcentagens do R.E.F.L.E.C.T. 1,2,3,4 dentro do total dos portfólios lidos (n=1.848)

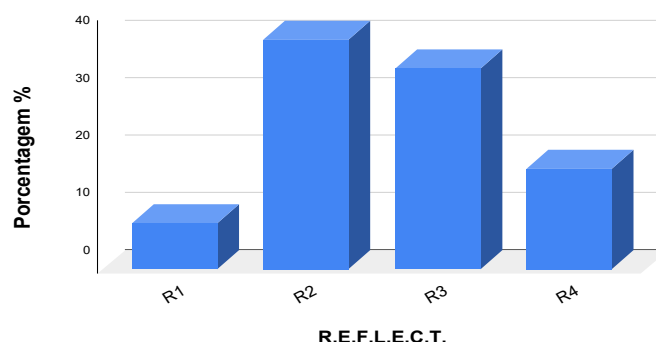
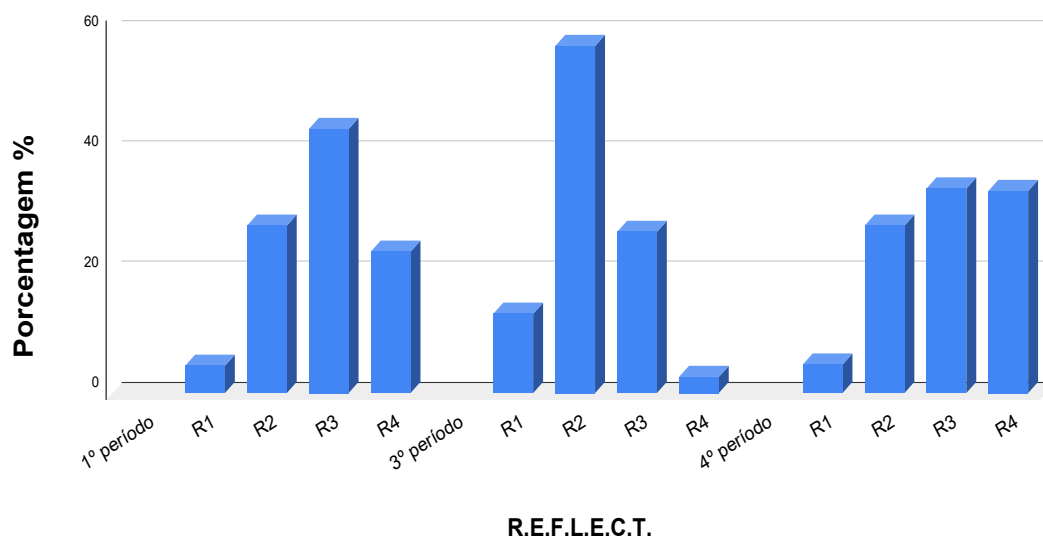


Gráfico 2 – Análise descritiva da qualidade das reflexões a partir das porcentagens do R.E.F.L.E.C.T. 1,2,3,4 dentro do total dos portfólios lidos (n=1.848) dos 1º, 3º e 4º períodos

Porcentagem do R.E.F.L.E.C.T. por período



5.2 Os domínios dos componentes do MCCP e sua relação com a PMC

O estudo foi realizado utilizando uma amostra conveniente de registros de 320 acadêmicos, totalizando 1848 portfólios do total de alunos matriculados no 1º, 3º e 4º período do curso de medicina da Universidade José do Rosário Vellano, *campus* Belo Horizonte (Unifenas-BH), no primeiro semestre de 2019. Não foram considerados os portfólios dos alunos do 2º período devido ausência de postagem na plataforma eletrônica. O instrumento R.E.F.L.E.C.T auxiliou na separação de uma amostra de cada período que denominamos como portfólios relevantes.

No **primeiro período**, foram lidos 708 portfólios, contabilizando 137 portfólios relevantes dentre os quais foram verificados, em 30 portfólios, registros do primeiro componente; em 88 portfólios, registros do segundo componente; em 18 portfólios, registros do terceiro componente; em 22 portfólios, registros do quarto componente (TAB. 1).

No **terceiro período** foram lidos 732 portfólios, contabilizando 160 portfólios relevantes dentre os quais foram verificados, em 67 portfólios, registros do primeiro componente; em 70 portfólios registros do segundo componente; em 14 portfólios, registros do terceiro componente; em 14 portfólios, registros do quarto componente (TAB. 1).

No **quarto período** foram lidos 409 portfólios, contabilizando 55 portfólios relevantes dentre os quais foram verificados, em 21 portfólios, registros do primeiro componente; em 29 portfólios, registros do segundo componente; em 11 portfólios, registros do terceiro componente; 7 portfólios do quarto componente (TAB. 1).

Total de portfólios lidos 1848, contabilizando 352 portfólios relevantes e onde foi verificado 118 portfólios do primeiro componente; 185 portfólios do segundo componente; 43 portfólios do terceiro componente; 43 portfólios do quarto componente (TAB. 1).

Tabela 1 – Análise descritiva dos portfólios avaliados por critérios de relevância e por associação aos componentes do MCCP, Belo Horizonte 1º semestre de 2019
(n=1848)

Visitas	Portfólios N (%)	Relevantes N (%)	1º Componente	2º Componente	3º Componente	4º Componente
1º Período	708 (38,31%)	137 (19,35%)	30	88	18	22
3º Período	732 (39,61%)	160 (21,86%)	67	70	14	14
4º Período	409 (22,13%)	55 (13,45%)	21	29	11	7
Total	1848 (100%)	352 (18,94%)	118	185	43	43

Foi possível verificar a equivalência dos temas abordados nas oficinas dos 3 períodos estudados com seus objetivos, componentes esperados e os encontrados em consonância com as visitas.

No **primeiro período**, as oficinas 2, 4, 5, 6 e 8 têm como objetivos de aprendizagem relacionados aos componentes 1 e 2, e a oficina 7 tem objetivos de aprendizagem relacionados aos componentes 3 e 4 conforme representado no (QUADRO 7). De acordo com o (GRÁF. 4), os componentes mais presentes foram 1 e 2 e os componentes menos presentes foram 3 e 4 separados pelos períodos.

No **terceiro período**, as oficinas 2, 3 e 4 têm como objetivos de aprendizagem o componente 1, e as oficinas 5, 7 e 8 tem objetivos relacionados ao componente 2 e a oficina 6 tem objetivos

relacionados aos componentes 3 e 4 conforme representado no (QUADRO 7). De acordo com o (GRÁF. 4), os componentes mais presentes foram 1 e 2 e os componentes menos presentes foram 3 e 4 separados pelos períodos.

No **quarto período**, as oficinas 1, 2, 3, 4 e 7 têm como objetivos de aprendizagem os componentes 1 e 2, e as oficinas 4 e 8 tem como objetivos de aprendizagem os componentes 3 e 4 conforme representado no (QUADRO 7). De acordo com o (GRÁF. 4), os componentes mais presentes foram 1 e 2 e os componentes menos presentes foram 3 e 4 separados pelos períodos.

Quadro 7 – A distribuição dos 4 componentes relacionados aos objetivos de aprendizagem de acordo com as respectivas oficinas separadas pelos períodos respectivos.

Objetivos de Aprendizagem	Oficinas por períodos
Componente 1	1º Período: 2ª, 4ª, 5ª, 6ª e 8ª 3º Período: 2ª, 3ª, 4ª 4º Período: 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 7ª
Componente 2	1º Período: 2ª, 4ª, 5ª, 6ª e 8ª 3º Período: 5ª, 7ª e 8ª 4º Período: 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 7ª
Componente 3	1º Período: 7ª 3º Período: 6ª 4º Período: 4ª e 8ª
Componente 4	1º Período: 7ª 3º Período: 6ª 4º Período: 4ª e 8ª

O GRÁF. 3 retrata os quatro componentes encontrados dentro do total de 352 portfólios relevantes. O GRÁF. 4 retrata a distribuição dos 4 componentes relacionados aos portfólios relevantes separados por período.

Gráfico 3 – A distribuição dos 4 componentes relacionados aos portfólios relevantes (n=352)

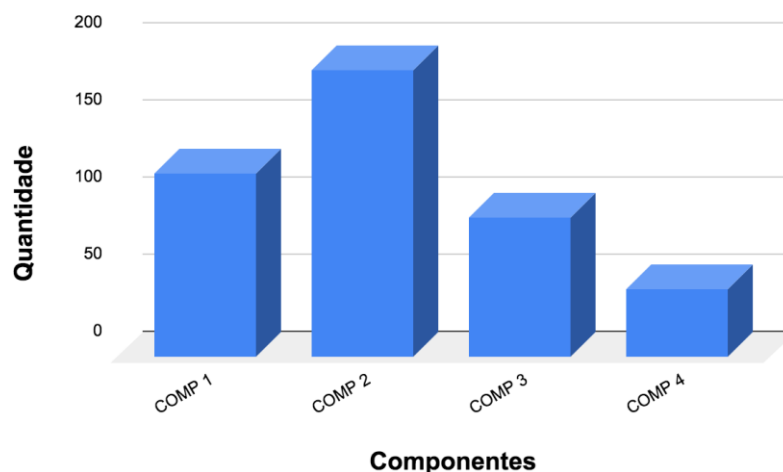
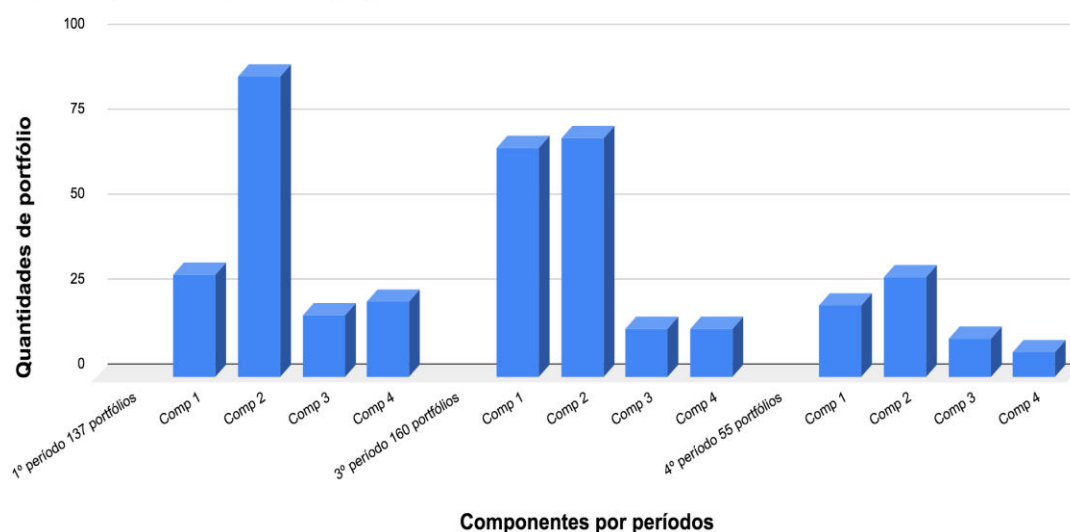


Gráfico 4 – A distribuição dos 4 componentes relacionados aos portfólios relevantes separados por período (n=352)

A presença dos componentes por período

A imersão no Sistema Único de Saúde - particularmente na APS - já no 1º período do curso médico é essencial, pois, encontramos indivíduos com diversos agravos prevalentes, permeados por complexas relações sociais. Podemos inferir que o presente estudo demonstrou que a inserção precoce do aluno em cenários reais pode contribuir para a reflexão sobre os elementos essenciais do MCCP. Percebesse no relato abaixo do aluno do primeiro período essa importância da inserção desde o início do curso no SUS.

[...] não achei que o contato com o paciente, logo no começo, iria me trazer muitos ganhos. Mas percebi que mesmo não tendo muito conhecimento clínico e médico,

somente a forma de nos relacionar com os pacientes, ouvindo suas histórias e moléstias, e arrancando um sorriso do rosto já é mais do que qualquer diagnóstico que poderíamos fazer. No entanto, acredito que devemos levar essa experiência para toda a vida acadêmica e pessoal, porque as práticas na comunidade realmente nos tocam como ser humano, fazendo-nos enxergar realidades e dificuldades antes inexistentes para nós. A58P1

Uma premissa para implementação do MCCP é diferenciar a doença propriamente dita, para a qual na língua inglesa existe a expressão *disease* — a doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico e a vivência absolutamente única de cada pessoa com a respectiva enfermidade e a correspondente expressão inglesa, *illness* — a doença como é experimentada pelo doente (LAPLANTINE, 2004). O processo individual, denominado de adoecimento, é decorrente de uma interação complexa da experiência corporal e sua interação com o meio, compreendendo o contexto psicossocial e familiar. No fragmento abaixo o aluno traz a compreensão dessa visão mais ampla do ser humano.

[...] Seu Jackson sofreu AVC, infarto, é diabético e está acamado há anos. Dona Ivone cuida dele, dá comida sempre batida, dá banho, vira ele na cama, e todos os dias, das 16h às 19h, ela sai para vender CDs, disse que é o sustento deles, junto com a aposentadoria que ela ganha. O impacto que a visita deixou para mim foi que os nossos problemas beiram a zero perto dos do seu Jackson e da dona Ivone, eles lutam muito todo santo dia. São um exemplo para nós! Mesmo depois de todos esses anos, dona Ivone continua empenhada nos cuidados do marido, e dá para ver de longe que ele é grato por isso, mesmo sem se expressar direito. A6P1

Sendo assim, esse processo é intensamente marcado e influenciado por subjetividade, que não se resume a lesão ou a disfunção celular tão somente detectável por aparato tecnológico. Cabe ao médico a interpretação daquele que demanda o cuidado, além dos recursos biomédicos e suas respectivas tecnologias duras, uma vez que é necessário compreender o estado de saúde e doença e sua representação para o indivíduo (MCWHINNEY, 1997; SOUTO; PEREIRA, 2011). No fragmento abaixo o aluno trás essa visão.

[...] A visita 3 foi de extrema importância para mim, pois pude ver de perto, como nunca tinha visto e pensado, mulheres agredidas por seus companheiros e pude aprender muitas coisas. Todos os relatos me chocaram muito. Havia mulheres que já separaram, relatando sua vitória e trajetória, tinha uma que foi espancada na sexta, denunciou e está no processo de separação; tinha outra que sofria violência psicológica e colocava a culpa nela, não em seu marido, entre vários outros relatos. A maioria delas com marcas além de psicológicas, físicas, com marcas que também ficarão para o resto da vida. Não pensei que essas mulheres iam se abrir, teve algumas que realmente não se sentiram à vontade para se abrirem, mas a maioria se sentiu bem para falar, e não foi algo forçado como achei que seria ao fazê-las falarem. Mas percebi o quanto foi importante, para elas e para mim, essa experiência. No caso delas, ao poderem colocar algo para fora, aprender mais, criar coragem para denunciar, e entender mais sobre o empoderamento e sua força foi

essencial (explicamos também no slide). E para mim, ter esse contato (mesmo que não seja algo bom) também foi muito significativo. A18P3

É possível caracterizar essa abordagem quando se trabalha o primeiro componente que se caracteriza pela relação entre **“saúde”, “doença” e “experiência da doença”** na PMC quando explora diferentes áreas da medicina e mantém próximos acadêmicos e pacientes, o que possibilita os alunos perder o preconceito em relação a “estereótipos” atrelados aos portadores de determinados agravos, extrair quais são os sentimentos das pessoas envolvidas, as ideias que elas têm em relação a sua experiência com a doença, quais os efeitos da doença em relação às suas funções diárias e as suas expectativas. Os seguintes fragmentos das narrativas são exemplares deste componente do M CCP.

[...] Neide foi diagnosticada com hanseníase e a partir do tratamento dessa enfermidade, Neide descobriu nódulos no quadrante axilar superior da mama direita (que é bastante comum em casos de câncer de mama). Foi mostrada a cicatriz da cirurgia e ela aparenta ser uma pessoa muito grata pelo simples fato de VIVER. Além dos problemas de saúde, Neide tem muitos problemas familiares por parte da irmã que sofre de doença mental e têm dois filhos autistas, cujos moram junto à Neide, seu marido e seus dois filhos. O marido de Neide, Carlos, é muito simpático e demonstra muito afeto, carinho e zelo pela sua família e pelos sobrinhos. Sua meta é manter a casa com o trabalho de Uber e manter todas as despesas extras. Hoje em dia, Neide espera resultado de exames para averiguar se sua neoplasia foi curada. Não posso negar que senti uma energia incrível naquela casa e naquela família. A51P3

[...] A oficina 4 foi muito interessante e de grande valia para minha vida acadêmica e pessoal, pois falamos sobre a relação médico-paciente. Acho esse assunto de extrema importância, pois os pacientes querem ser ouvidos, querem sentir segurança e confiança para poderem relatar tudo, pois se o médico não é empático, seguro e não consegue passar confiança, o paciente muitas vezes esconde o verdadeiro motivo de estar ali ou pior, ele conta, mas passa despercebido pelo médico que só quer tratar a doença e não o paciente. Também foi importante porque vi, através de um texto discutido na aula, que as minhas angústias e medos em relação ao ambulatório são as mesmas de todos os alunos de medicina e percebi que são situações que aprendemos a lidar com o tempo e melhorar a cada consulta. A13P4

[...] Durante a oficina 7 assistimos ao vídeo "A morte é um dia que vale a pena viver" e logo depois discutimos sobre a finitude da vida e como é importante que o idoso seja tratado de forma cuidadosa e empática pelos médicos, pois um dia poderemos estar nas mesmas circunstâncias que eles e também queremos ser bem cuidados. Com esse aprendizado da oficina, podemos praticar essa empatia e cuidado com as idosas que acompanhamos durante as visitas. A17P4

Haja vista que os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais definem a individualidade humana, o binômio saúde/doença deve ser abordado de forma dinâmica, holística e multifatorial (TEIXEIRA, 2007). O ciclo de vida, as tarefas e papéis que a pessoa assume, influenciam no tipo de atendimento que irão buscar, bem como no seu envolvimento com o processo saúde/doença. De modo que o sentido de uma palavra depende de seu contexto,

a experiência de doença está ligada ao contexto em que se insere a pessoa, com a natureza multicultural e com os valores e as perspectivas individuais (SAHA; BEACH; COOPER, 2008). No fragmento abaixo o aluno traz essa visão.

[...] Durante a visita, tanto a domiciliar, quanto ao CS, houve dificuldades profundamente lamentáveis, as quais são muito difíceis de serem superadas porque as condições de muitos pacientes são irrecuperáveis. Apesar do avanço tecnológico e da medicina, há a inviabilidade da progressão do tratamento, seja ela devido às condições médicas, econômicas, ou psicológicas. Em alguns casos, o calcanhar de Aquiles do exercício médico, a morte, é inevitável. Entretanto, a discussão não limita-se apenas a resolução de todas as tensões, a conclusão do ciclo da vida. A impossibilidade de ajudar efetivamente alguém, como na cura de uma doença, na superação de um obstáculo, ou na motivação para a transgressão do desejo da morte pelo da sobrevivência é apenas inaceitável. A29P1

Isso é abordado quando trabalha-se o segundo componente denominado **entendendo a pessoa como um todo, seção 1**. Esse componente é trabalhado desde o primeiro dia de aula quando orienta-se a compreender o indivíduo e a família como um todo, ensina-se a respeitar a importância do indivíduo em sua totalidade, apresenta-se quem é a pessoa por trás da doença, quais suas expectativas em relação à doença, seus problemas, sua história de vida e sua realidade social. Os seguintes fragmentos das narrativas são exemplares deste componente do M CCP.

[...] E ela nos contou um pouco sobre sua história de vida, sua opinião sobre o que perguntamos, no caso sobre os conceitos de saúde e doença. Também nos falou um pouco sobre como é morar na comunidade e se isso interfere em alguma coisa na saúde dela como também em sua vida. Essa visita nos fez integrar à realidade de quem vive ali, convive com inúmeros problemas. Para mim, mostrou um outro lado, tendo assim um impacto bem interessante tanto na minha vida de estudante, como na minha futura vida profissional. Passei a ver as coisas de outra maneira através da realidade dessas pessoas. Foi possível compreender muitas coisas, até mesmo o que eles pensam sobre saúde, e ver como, o lugar que eles moram, não sendo tão propício, não os incomoda como poderíamos pensar. A55P1

[...] Na visita do dia 26/02/18, na casa de Dona Geralda, paciente em tratamento de câncer no colo do útero, pude notar tantas barreiras que contribuíram para o diagnóstico tardio da doença. Fiquei bastante emocionada com os relatos da paciente. Em alguns momentos, a paciente chorava e eu tentava me manter firme, tarefa difícil, mas que preciso trabalhar. Durante a visita, fiz várias observações sobre a paciente, desde seu quadro de saúde até sua situação familiar, e quão conturbada é sua história. Quando chegamos à residência da paciente fomos recebidas com carinho e atenção, tudo parecia "normal". Quando iniciamos a anamnese fomos enxergando dezenas de obstáculos na vida de Dona Geralda, mãe de 4 filhos, relacionamento conturbado com o marido e dois filhos, uma história pregressa bem conturbada com histórico de internação psiquiátrica. A7P3

Os exemplos abaixo ilustram a compreensão do indivíduo pelos estudantes na PMC, em sua integralidade nos períodos analisados:

[...] Nossa visita à casa da Norma foi tranquila. Ela demonstrou estar tendo uma gestação sem complicações do mesmo modo de quando ela teve seus outros dois filhos, um menino e uma menina que estavam presentes na visita. Foi uma gravidez inesperada, pois, estava tendo uma relação conturbada com seu marido na época da descoberta, ainda assim teve acompanhamento médico e está sendo muito cuidadosa em sua gestação, além de dizer que sempre foi bem atendida no centro de saúde. No cartão de gestante os exames de IgG e IgM demonstravam ambos negativos para a doença de toxoplasmose, mostrando que Norma não teve contato com a doença, sendo então necessário refazer o exame até o final da gravidez para rever se não houve alterações. A atenção básica deve servir acolhimento como principal fator na assistência às gestantes, para construir um elo de confiança com as mesmas. Deve ser praticada a escuta atenta sem preconceitos e julgamentos, avaliar o contexto social, permitir que a gestante desabafe sobre suas preocupações, que faz com que o médico possa articular com outros serviços de saúde, como psicólogos. A equipe de saúde deve compreender o contexto de vida da gestante, o que a gravidez pode ter de significado para ela e como isso a afeta. É muito importante a presença de um acompanhante para passar segurança e confiança para a gestante principalmente no parto. A68P3

[...] Tarefas simples como ir do quarto à cozinha, subir escadas ou ir ao banheiro tornam-se desafios diários e que, infelizmente, acarretam dependência, ou até mesmo, institucionalização. Indo para um caminho ou outro, o idoso que se depara com quedas frequentes se depara também com a perda de sua liberdade. Ele enfrenta a constante crescência da idade e a decrescência de autonomias. Claro que cada idoso envelhece de maneira singular, idade cronológica não significa e, por vezes, não está sincronizada à idade biológica. Porém, todo idoso, em certo momento da vida, irá necessitar da ajuda de parentes ou pessoas próximas para realizar afazeres que antes realizava sem dificuldades. Percebi que é assim. Não temos escapatória. A paciência será requerida em momentos como esse, assim como a autoestima. O orgulho deve ser deixado de lado, senão acidentes podem ocorrer. Infelizmente, muitos idosos não contam com a ajuda de familiares, ou, quando contam, são tratados de maneira fria e mecânica. Senti-me entristecida ao pensar em muitos desses idosos que creem ser pesos na família, pensando que estão dando trabalho demais. Deve ser muito difícil lidar com esses pensamentos, com comentários cochichados ali, mas que o idoso escuta e guarda para si mesmo. A14P4

[...] Durante todo o PMC do 4o período pude conversar com Dona Floripes e observar o dia-a-dia daquelas idosas. Infelizmente, é muito comum a depressão em pacientes mais velhos, ainda mais quando eles vão perdendo sua autonomia, a sua independência. Associado a isso, atividades lúdicas são muito importantes para a saúde mental de um paciente e, naquela instituição, percebi que elas não fazem muitas atividades, não tem muitos distratores, seguem uma rotina e repetem ela todos os dias, sem mudar nada. Não estou falando isso como um defeito da instituição, até mesmo porque a maioria das idosas necessitam de auxílio para fazer tudo e cada uma tem sua particularidade, o que dificulta ainda mais que seja feita atividades que envolvam e que todas sejam capazes de realizar. A61P4

Já na **seção 2 do segundo componente**, que caracteriza o contexto do indivíduo, a PMC possibilita aos alunos conhecerem a real situação vivenciada pelos pacientes, suas dificuldades e anseios. Além de compreender o funcionamento do SUS como um todo, os problemas diários, a falta de recursos e a dedicação da equipe com a comunidade, compreendendo a importância dos determinantes de saúde. Segue os fragmentos das narrativas que expressam essa visão.

[...]. Meu conceito de saúde é que são todas as relações humanas que garantem a normalidade da população, ou seja, aquilo que mantém as características estruturais e funcionais do organismo sendo analisado junto à Fisiologia humana. Ela também é muito influenciada pelo meio onde o determinado indivíduo habita e as relações envolvidas na sociedade, sendo afetada não apenas fisicamente ou biologicamente, mas também socialmente e psicologicamente. Acredito que minha definição se assemelhe bastante com a do texto e a de Eliete, por acreditar que a saúde é determinada por diversas diretrizes além da biologia, como a época, o lugar, a política, a crença e a realidade em que cada indivíduo está inserido, mudando assim de pessoa para pessoa. A6P1.

[...]. Eu realmente acredito que esse tipo de atividade impactou não somente a mim, mas a todos que têm a oportunidade de tal vivência em tão pouco tempo de curso. É de uma troca de saberes tão rica de informações, de experiências e perspectivas que nos fazem repensar nossa maneira de viver e encarar a vida. Vou levar sempre comigo essa minha primeira (de muitas) visita (s) e as aprendizagens que dela obtive, pois é justamente através dessas conversas que se apreende o verdadeiro significado de empatia e a importância que isso remete na construção de laços de confiança e estabelecimento de uma relação profissional mais humanitária e de maior qualidade. A8P1

[...] Ela sempre foi doente mental, era xingada pela sua própria família de “Débil Mental”, e a doença, em conjunto com a solidão e a rejeição, agravavam um quadro depressivo com pensamentos suicidas. Entretanto, ela achou nos desenhos e na arte o seu valor como artista e sua motivação para viver. Ao nos relatar tudo isso, ela deixou claro que, para ela, saúde era ter valor e vontade de viver com propósitos. A88P1

[...] Essa atividade foi muito construtiva para mim, pois pude ver o lado da família, o que essa morte e todo esse processo gerou. Uma coisa que achei de extrema relevância, foi que para todos que perguntamos, ninguém sabia ao certo, o porquê da morte, como que Daniela adquiriu o câncer e porque não foi realizada a cirurgia. Sendo assim, como comentamos também na discussão final, é muito importante, claro, se ter uma boa relação médico e paciente, mas também, principalmente nesses casos mais graves, que levam a morte, é importante que a família seja tratada da mesma forma, que esclareçam suas dúvidas e expliquem, pois eles que vão sentir com a perda, o que pode ocasionar vários problemas futuros. A18P3

[...] A cada visita era uma nova descoberta sobre aquela mulher que estava por trás de uma feição triste e desamparada, precisando de um carinho, de demonstrações de preocupação e palavras sobre a importância de sua pessoa. Ao mesmo tempo em que cumpria os objetivos de cada visita, eu tentava ao máximo manifestar minha curiosidade em saber como ela tinha passado a última semana e como estava se sentindo, pois percebi a necessidade que ela tinha em falar sobre sua vida, mesmo com poucas palavras. E foi assim que consegui conquistá-la, através da empatia. A75P4

[...] é necessário um acompanhamento sistemático para avaliar melhor o quadro, seu contexto, necessidades, dificuldades, para realizar uma compreensão psicodinâmica, estabelecer vínculo, conhecer as reais necessidades e planejar em equipe e pactuando com a pessoa idosa, o projeto terapêutico a ser desenvolvido, revendo assim a medicação de dona Terezinha (podendo começar a tomar antidepressivos) ou até mesmo rever alternativas que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida assim como uma melhoria de sua saúde mental. A73P4

Ao identificar as necessidades de saúde, é imprescindível que o profissional faça uso de uma linguagem acessível, evitando termos excessivamente técnicos, a fim de minimizar as barreiras

linguísticas. As pessoas precisam esclarecer suas dúvidas de modo que promova uma sensação de cooperação e clareza de objetivos e progressos esperados. É essencial levar em consideração o desejo do paciente de obter as informações e de compartilhar as responsabilidades. Segue os fragmentos das narrativas onde o aluno compreende as necessidades de saúde.

[...] uma vez que conseguimos concluir com sucesso o objetivo da nossa proposta de intervenção, que foi levar informações sobre os diferentes tipos de violência contra a mulher para as adolescentes da comunidade, por meio de uma roda de conversa. Para mim, não houve dificuldades, já que consegui, junto com a turma, desenvolver um bom diálogo com as mulheres que estavam presentes. A partir dessa atividade, levarei para a minha vida profissional que nós, profissionais da área da saúde, podemos, sim, disseminar e levar informações às mulheres sobre os tipos de violência contra a mulher, fazendo com que elas se sintam mais empoderadas diante os homens e saibam que elas podem contar conosco caso precisem de ajuda. Além de tomarem conhecimento que existem números que elas podem ligar em casos de emergência. Logo, a partir desse projeto de intervenção, descobri que podemos mudar a vida de muitas mulheres, salvando-as da violência. A39P3

[...] Fizemos uma intervenção a respeito das IST's com intuito de levar informações, esclarecer dúvidas, e propor os testes rápidos para as mulheres caso se sentissem à vontade. O objetivo de realizar o teste rápido foi se caso desse positivo, a pessoa já procurasse o tratamento; caso desse negativo, mostrar os meios de prevenção e que elas estão no caminho adequado. Dividimos em 4 temas que achamos mais relevantes: Aids, Sífilis, Hepatite B e C e Gonorréia. Fizemos 4 estações, cada uma relacionada com esses assuntos. Fiquei com tema Gonorréia, eu e minha dupla fizemos um panfleto, explicando o que era a doença, a sintomatologia, o tratamento, a prevenção, às complicações e a transmissão. Percebemos que a principal dúvida foi a respeito dos meios de esclarecemos esse fato. Além disso, focamos que o tratamento é feito por meio de antibióticos, que em geral é simples, e que o quanto antes perceber é melhor, pois evita a evolução da doença. Estimulamos também que auto se avaliem, sempre estejam atentas aos sinais, como corrimento anormal e com cheiro forte, sangramento na urina e sensação de dor ao urinar, por exemplo. A18P3

Cabe ao médico esclarecer o que é provável de executar juntamente com suas alternativas e consequências. Todavia, cabe ao paciente ponderar sobre as alternativas de acordo com suas circunstâncias particulares, possibilidades e preferências. (STEWART, 2001; TURINI *et al.*, 2008; SOUTO; PEREIRA, 2011). Isso é abordado quando se trabalha o terceiro componente que se caracteriza **na elaboração de um plano em conjunto**. Na PMC, este componente é trabalhado por meio do contato com os pacientes e os relatos de suas vivências. Através disso, é possível traçar objetivos que contemplem a natureza dos problemas destes, suas demandas e o planejamento referente à condução do tratamento. Em destaque os fragmentos das narrativas que trazem esse componente do M CCP.

[...] O intuito de fazer a festa junina como intervenção foi o de criar uma atividade lúdica com as idosas na intenção de estimular uma interação maior entre nós e elas e entre as próprias idosas. Gostaríamos de proporcionar a elas um momento

agradável e de lazer, uma vez que estão sempre confinadas na ILPI, sem a presença da família e algumas delas não conversam nem entre elas próprias, ficando vulneráveis a terem episódios depressivos. Além disso, a maioria delas não possuem distrações fora de lá, afinal, muitas são acamadas. Portanto, essa foi uma forma de mostrarmos um pouco do quão são importantes e especiais para nós e fazerem elas se sentirem importantes e menos sozinhas. A1P4

[...] um dos maiores desafios da ILPI é evitar que o idoso se desloque da realidade do mundo externo e de sua temporalidade. Fechadas em um ambiente comunitário, a rotina pode se tornar monótona e os diálogos repetitivos. É pensando nisso, que começamos a entender a importância de eventos lúdicos e interativos nas rotinas das idosas. Em circunstâncias usuais, não é de se surpreender que a parte mais esperada da semana seja o momento em que nós, alunos ou seus respectivos parentes chegam para visita. Pensando nisso e na temática de junho, elaboramos e confeccionamos uma festa junina. Criamos um ambiente favorável para uma despedida amigável entre as idosas e seus grupos de alunos e fomentamos uma interação entre as idosas (o que seria ótimo para Dona Alda, que é uma pessoa considerada como difícil). A10P4

A promoção da saúde é influenciada por aspectos sociais, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) na carta de Ottawa em 1986, é definida como: “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986, p. 158). Relato de fragmentos dos alunos com essa visão.

[...] A atividade Desenvolvida teve como objetivo a educação em saúde da mulher, abordando o exame preventivo de câncer de colo do útero, importância da mamografia, e orientar o que configura violência contra a mulher, mostrando a incidência de cânceres de mama e colo de útero. A intervenção teve como inspiração fato de que o baixo conhecimento sobre os cuidados com a saúde da mulher leva à baixa adesão a realização dos exames preventivos e de rastreamento. Durante a intervenção eu fiquei responsável por trazer os cartazes, apresentar no Centro de Saúde sobre câncer de colo de útero (como fazer o preventivo) e câncer de mama, sobre o rastreamento; distribuir e colar cartazes na área de atuação da equipe verde. A3P3

Já a prevenção constitui a redução do risco de uma doença. As estratégias de prevenção são em número de quatro: evitar riscos (prevenção primária), reduzir riscos (prevenção secundária), identificação precoce e redução das complicações (prevenção terciária), e reduzir ou evitar danos decorrentes do intervencionismo em demasia nos cuidados de saúde (prevenção quaternária). A estratégia educacional PMC propicia que os alunos façam intervenções no final de cada semestre com o objetivo de ajudar a comunidade acompanhada durante o período e, com isso, é abordado o quarto componente que se caracteriza por **fortalecer a relação entre a pessoa e o médico**. Em virtude disso, são realizadas práticas de prevenção e promoção à saúde. Em destaque, os fragmentos dos alunos trazem esse componente.

[...] Na última visita do primeiro período, fomos ver como o paciente César Washington reagiu a intervenção proposta. Felizmente, é muito satisfatório saber que foi positiva a adequação dele à caixa de remédios, estava usando corretamente como o proposto, e acima de tudo tomando os medicamentos adequadamente. César encontrava-se muito mais disposto e alegre, com a casa mais arrumada, ao contrário da primeira visita. A75P1

[...] A última visita também foi muito difícil pela despedida, pois o vínculo que foi criado durante o semestre foi grande, despertou um carinho em mim pela dona Chiquinha e que na hora de dar tchau mexeu muito comigo. Dona Chiquinha entendeu que não vamos voltar mais com a Eumara para estudar, como ela mesma disse. Mas pediu pra eu e a Anne voltar pra ver ela, que ela vai esperar. Quando dissemos que vamos fazer uma visita pra ela, ela disse mas vocês vem mesmo? Isso é verdade?. Fiquei muito mexida com isso, pois mostra o tanto que ela é carente e o quanto gostou das vezes que fomos lá falar com ela. A6P4

[...] É importante, não só na geriatria, mas também na vida, que tentemos não só indicar remédios para as pessoas serem curadas. Precisamos analisar o ser humano como um todo, ainda mais na geriatria. Não tem como indicar diversos medicamentos para um idoso sem refletir sobre se os benefícios esperados são maiores do que as consequências negativas. A26P4

A relação médico-paciente é um processo complexo que demanda esforços de ambas as partes. O objetivo é sempre a melhoria da saúde do indivíduo que procura o atendimento médico. A própria relação tem dimensões terapêuticas e pode promover a melhoria do senso de autoeficácia das pessoas. Sua qualidade depende de esforços e habilidades do profissional de saúde a adequar-se às características subjetivas de cada paciente. (MCWHINNEY, 1997; STEWART, 2001). Fragmento da narrativa do aluno com essa visão.

[...] Desde o primeiro dia procuramos entender melhor não só a doença que acometia o Chico, mas também a sua vida como um todo. Diante disso, desenvolvemos um cronograma semanal, baseado em desenhos, para que o paciente conseguisse ler a receita e tomar corretamente os fármacos. Além disso, montamos dois banners explicando a doença de Chagas ao nosso paciente, demonstrando de maneira simples e com linguagem fácil o que o acometia e também os alimentos que ele deveria evitar. Dessa forma, corroboramos para que o Sr. Chico tomasse de maneira correta os remédios e também ficasse informado sobre sua alimentação, além de entender melhor a sua doença. A66P1

Ser realista envolve, sobretudo, reconhecer quando a pessoa necessita de mais tempo, e entrar em acordo frente às possibilidades de atendimento que satisfaça ambas as partes. Pois, não é realista para o médico querer lidar com todos os problemas a cada consulta. É viável abordar as prioridades num primeiro momento e a partir daí, abordar as demais questões. Também envolve a necessidade de utilização de recursos disponíveis e o enfoque em relação a custo-eficácia frente às condições socioeconômicas da população, bem como o tempo destinado a cada consulta frente a sua particularidade. (MCWHINNEY, 1997; STEWART, 2001)

Tal contexto passa de certa maneira despercebido no currículo com tipologia biomédica, com a inserção precoce do acadêmico no Hospital Universitário (HU). O HU embora seja relevante frente às doenças raras e uso do aparato tecnológico, não pode substituir a participação do aluno na APS. O conhecimento adquirido em cada um cenário não anula o outro, mas o que é considerado prioridade nos currículos médicos merece uma discussão aprofundada. Atualmente, convive-se com uma fase de crise do modelo biomédico tradicional. Os cursos de graduação em Medicina, tradicionalmente baseados neste modelo, vêm sofrendo modificações para integrar ao aspecto biológico as dimensões psicológicas e sociais. (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; ALMEIDA *et al.*, 2005)

Assim, as escolas médicas estão fornecendo espaço para a realização de práticas reflexivas, as quais possibilitam o estudante questionar vivências e experiências na assistência do paciente. Destaca-se a medicina narrativa, implantada inicialmente na *Columbia University* em Nova Iorque, método que busca proporcionar uma melhor comunicação médico-paciente, por meio de aspectos subjetivos e emocionais adquiridos na prática. (CHARON, 2004). Dentro da PMC observa-se, através do relato nos portfólios, que os alunos questionam vivências e experiências que envolvem a compreensão do paciente no processo saúde/doença e como melhorar o seu cuidado.

Os diferentes cenários de prática têm se mostrado eficaz para alcançar um objetivo essencial aos cursos de Medicina, que é a exposição precoce do acadêmico às reais necessidades de saúde da população. Essa estratégia tem encontrado outras maneiras de atuação, como Problem Based Learning (PBL), sob a forma de projetos de extensão ou mesmo como disciplinas curriculares integrativas do início do curso, desenvolvidas na comunidade ou em unidades básicas de saúde (UBS). (YARBEEK *et al.*, 2000)

A diversificação dos cenários é compreendida como uma das estratégias para a transformação curricular que é presenciada na Unifenas-BH com as estratégias de ensino TH e PMC que se complementam. Essas estratégias aproximam os estudantes da vida cotidiana das pessoas e desenvolvem um olhar acadêmico crítico e voltado para os problemas reais da população. (YARBEEK *et al.*, 2000)

No Brasil, destaca-se a inserção precoce do aluno nas UBS e também o internato regional. (RUIZ; FARENZENA; HAEFFNER, 2010; CAMPOS *et al.*, 2001; GONÇALVES; MORAES,

2000). Na Austrália, existe a imersão na “Semana Rural”, onde estudantes são levados a áreas rurais e comunidades remotas, majoritariamente habitadas por aborígenes. (PROUT *et al.*, 2013). No Chile, ocorre programas rurais longitudinais como, por exemplo, o programa VIDA (*Visita Intra Domiciliaria del Adulto*), cujo enfoque é para os pacientes que não podem ir aos consultórios por motivos diversos. (GALLEGOS *et al.*, 2005). A *authentic early experience* (AEE) [experiência autêntica inicial] e a inserção da *métis* (habilidades), citados na educação médica inglesa e australiana, oferece vivência ao estudante de medicina para realizar contato humano em um contexto social e clínico (YARDLEY, 2011).

Nesse sentido, a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) de que os países americanos criem mecanismos de cooperação entre as instituições de ensino e de serviços de saúde, para tornar possível o profissionalismo orientar-se para a universalidade, equidade e alta qualidade. A proposta era que até 2015, 80% das escolas de ciência da saúde reorientam sua formação para as necessidades da APS, incluindo comunidades vulneráveis e populações indígenas, incorporando estratégias para uma formação interdisciplinar. (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2007). O que certamente não foi atingido na maioria das escolas médicas. Com a estratégia de ensino TH, o aluno consegue treinar os 4 componentes do MCCP em ambiente seguro e protegido e ser inserido através na PMC em comunidades vulneráveis desde o primeiro período do curso, fazendo com que os componentes sejam trabalhados de forma unânime. Além disso, é uma maneira de reafirmar o contrato social entre as escolas médicas e a sociedade, uma vez que assegura maior responsabilidade social e noção de mundo real dos futuros profissionais.

A crítica ao isolamento da escola médica, que em nome da autonomia universitária produz profissionais, conhecimentos e serviços que não respondem à demanda social (GONÇALVES; MORAES, 2000), se contrapõe ao projeto pedagógico inserido com as disciplinas TH e PMC, estruturado de modo que a intervenção no final do semestre demonstra a necessidade do aluno como agente de transformação social e amadurece a humanização acadêmica.

O contato com a realidade das pessoas, as condições de vida, os costumes e a cultura, possibilitam ao estudante construir um olhar diferente sobre o processo de saúde-doença, estimulando o desenvolvimento de competências relacionadas ao MCCP. Isso contribui para uma mudança paradigmática no cuidado à saúde das pessoas, família e comunidade,

considerando-se a integralidade do cuidado com enfoque para as ações de vigilância e promoção da saúde. (FERREIRA; SILVA; AGUER, 2007).

Se os estudantes não são encorajados a adotar o MCCP desde o início de sua experiência clínica, será difícil saber onde eles adquiriram estas habilidades mais adiante do curso médico (THISTLETHWAITE; JORDAN, 1999). O início do curso representa um momento importante para se iniciar o aprendizado do MCCP, mesmo que cercado de ansiedade, seu ensino facilita a aprendizagem obtida a partir da percepção da linguagem não-verbal, escuta ativa, e de comunicação médico-paciente que poderia aprimorar a percepção bilateral: do médico e do paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo demonstram o potencial da estratégia educacional PMC do curso de medicina da UNIFENAS-BH, fomenta o entendimento sobre a realidade social da comunidade visitada desde o primeiro período do curso, além de permitir a descoberta sobre si próprio e sobre as pessoas com quem conviveu durante as atividades.

A diversificação dos cenários didáticos de ensino-aprendizagem se faz necessária na área médica. A imersão no Sistema Único de Saúde, particularmente na APS pela estratégia de ensino PMC, é essencial, pois encontramos os 4 componentes do MCCP na reflexão dos portfólios dos acadêmicos dos períodos estudados. Tal percepção se torna importante, na medida em que, cada vez mais se tem consciência de que o entendimento do processo saúde-doença e do cuidado em saúde precisa de uma abordagem mais ampla.

Desta forma, torna-se possível a percepção da realidade, das condições de vida, da cultura e dos costumes para a construção de uma concepção do processo saúde e doença. Descortinando os prazeres e dificuldades da prática médica desde o início do curso, essa estratégia favorece o desenvolvimento dos elementos do MCCP no aluno de medicina.

O aprendizado ultrapassa o limite da sala de aula, desenvolvendo um olhar acadêmico crítico e reflexivo, aproximando o aluno da realidade clínica profissional e de sua própria experiência humanística, empática e de autoconhecimento. Esse processo vai sendo construído através dos 2 anos iniciais do curso em consonância com a importante presença dos objetivos de aprendizagem da PMC associados aos elementos do MCCP que foi verificado nos portfólios elaborados pelos alunos dentro de um aprofundamento nas suas reflexões. Isso contribui para o processo de sedimentação do conhecimento e aquisição de competências necessárias à aplicação dos componentes do MCCP o que colabora na formação de profissionais médicos com uma visão mais ampla do processo de saúde e doença.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, H. O. *et al.* Desenvolvendo competências em comunicação: uma experiência com a medicina narrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 208-216, 2005.
- ALVES, L. P. Portfólios como instrumentos de avaliação dos processos de ensinagem. *In*: REUNIÃO ANUAL da ANPED, 26., 2003. **Trabalho apresentado** [...] Poços de Caldas: ANPED, 2003. p. 1-14.
- BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília. Seção 1, p. 8-11, 2014.
- CAMPOS, F. *et al.* Caminhos para a aproximação da formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 11-26, 2001.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-46, 2004.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.
- CHARON, R. Narrative and Medicine. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 350, n. 9, p. 862-864, 2004.
- COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M. O aprender fazendo: representações sociais de estudantes da saúde sobre o portfólio reflexivo como método de ensino, aprendizagem e avaliação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 51, p.771-784, dez. 2014.
- FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUER, C. B. Formação do profissional médico: aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 52-59, 2007.
- GALLEGOS, G. F. *et al.* Internadi rural: Una experiencia de aprendizaje inolvidable y significativa en la carrera de medicina. **Revista Médica do Chile**, Santiago, v. 133, n. 12, p. 1505-1507, 2005.
- GONÇALVES, M. B.; MORAES, A. M. S. M. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 83-90, 2000.
- GUIMARÃES, F. G. **Avaliação Do Uso De Portfólio Na Educação Médica Em Cenário Da Atenção Primária À Saúde - Uma Contribuição Do Curso De Medicina Da Universidade José Do Rosário Vellano**. 86f. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018.
- HEARN, J. *et al.* Patient-centered medical education: A proposed definition. **Medical Teacher**, London, v. 41, n. 8, p.1-5, Apr. 2019.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LEON, L. B., ONÓFRIO, F. Q. Aprendizagem Baseada em Problemas na Graduação Médica – Uma Revisão da Literatura Atual. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 39, n. 4, p. 614-619, 2015.

LIMA, M. A. D. S. **Análise de conteúdo**: estudo e aplicação. *Rev Logos [S.l.]*, n. 1, p. 53-58, 1993.

MCWHINNEY, I. R. Clinical Method. In: MCWHINNEY. **A textbook of family medicine**. New York: [s.n], 1997. p. 129-178.

MOULIN, N. M.; PROVENZANO, M. E. (coord.). **Formação Pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem. mod. 8**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

NUNES, S. O. V. *et al.* O ensino de habilidades e atitudes: um relato de experiências. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 126-131, mar. 2013.

OLIVEIRA, N. A. *et al.* Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Brasília, 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 13 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **27ª Conferência Sanitária Pan-Americana: 59º Sessão do Comitê Regional**: Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. Washington: OMS, 2007. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf>.

OTRENTI, E. Portfólio reflexivo como método de avaliação na residência de gerência de serviços de enfermagem: ciências biológicas e da saúde. **Semina Ciências Biológicas**, Londrina, v. 23, n. 1, p. 41-46, jun. 2011.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. D. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PERNIGOTTI, J. *et al.* O portfólio pode muito mais do que uma prova. **Revista Pátio – revista pedagógica**, Porto Alegre, v. 3, n. 12, p. 54-56, fev./abr. 2000.

PROUT, S. *et al.* ‘I could never have learned this in a lecture’: transformative learning in rural health education. **Advances In Health Sciences Education**, Dordrecht, v. 19, n. 2, p. 147-159, 27 Jun. 2013.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. C. Medicina centrada no paciente do médico e ensino: a importância do Cuidado com a Pessoa e o Poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 1, mar. 2008.

RUIZ, D. G.; FARENZENA, G. J.; HAEFFNER, L. S. B. Internato Regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 21-27, 2010.

SÁ, I. P. **Avaliação por portfólio ou “nem só de provas vive a escola”**. 2008. Disponível em: <http://magiadamatematica.uerj/licenciatura/05-portfólio.pdf>. Acesso em: 31 agosto. 2020.

SAHA, S.; BEACH, M. C.; COOPER, L. I. "Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality." **Journal of the National Medical Association** Washington, v. 100, n. 11, p. 1275, 2008.

SANTOS, Wilton Silva dos. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 86-92, mar. 2011.

SOUTO, B. G. A.; PEREIRA, S. M. S. F. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 36, n. 3, p. 176-181, set./dez. 2011.

STEWART, M. Towards a global definition of patient centred care. **British medical jornal**, London, v. 322, n. 7284, p. 444-445, Feb. 2001.

STEWART, M. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa**: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TEIXEIRA, M. Z. Homeopatia: prática médica humanística. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 53, n. 6, p. 547-549, 2007.

THISTLETHWAITE, J. E, JORDAN, J. J. Patient-centred consultations: a comparison of student experience and understanding in two clinical environments. **Medical education**, Oxford, v. 33, p. 678-685, 1999.

TURINI, B. *et al.* Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 264-270, 2008.

WALD, H. S.; BORKAN, J. M.; TAYLOR, J. S. Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the reflect rubric for assessing reflective writing. **Academic medicine**, Philadelphia, v. 87, n. 1, p. 41-50, Jan. 2012.

WALTERS, L.; BROOKS, K. Integration, continuity and longitudinality: the ‘what’ that makes patient-centred learning in clinical clerkships. **Medical Education**, Oxford, v. 50, n. 9, p. 889-891, 26 ago. 2016.

YARBEEK, D. C. M. *et al.* Novos rumos para a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 26-8, 2000.

YARDLEY, S. J. **Understanding Authentic Early Experience in Undergraduate Medical Education**. 2011. 472f. PhD thesis (Primary Care and Health Sciences) - Keele University, Keele (UK), 2011.

APÊNDICE A – Quadros

Quadro 8 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao primeiro, segundo terceiro e quarto período e os principais tópicos abordados, qual o componente e R.E.F.L.E.C.T. encontrado e os trechos mais comuns.

(Continua)

Primeiro período			
Oficinas	Componente encontrado	Reflect	Trechos mais comuns
2- Saúde e bem estar	Primeiro e segundo.	3	Seu modo de vida teve de ser adaptado à sua condição de saúde; saúde é tudo; conceito de saúde; saúde é um equilíbrio entre estar bem biologicamente e psicologicamente; história de vida; felicidade e ausência de doença é a chave perfeita para mim; contexto de vida; uma pessoa que não possui nenhuma doença mas vive em um meio que afeta o bem estar mental dela, é uma pessoa que não se sente bem e isso pode afetar sua saúde; não há uma definição exata do que é ou não saúde e doença, isso vai além do que podemos explicar e depende claramente da realidade de cada indivíduo.
4- Princípios e atributos da APS	Segundo.	2	Constanei a real eficiência da aplicabilidade dos principais princípios da APS e como é importante a integração de todos os serviços do SUS para aumentar a eficiência no tratamento dos pacientes; nesta visita pude refletir sobre o quanto é importante a família e o valor que atribuímos a isso; o impacto dessa atividade na minha vida de estudante e aspirante a médica foi o de refletir a importância de fornecer um bom atendimento primário à saúde, com os atributos da APS sendo enquadrados de forma efetiva.
5- Abordagem familiar (Genograma/Ecomapa)	Segundo.	4	Não foi difícil discernir o problema principal que deveria ser o alvo da proposta de intervenção; foi difícil planejar uma proposta de intervenção, a proposta de intervenção tem como objetivo propor algo que possa ajudar o paciente, e isso pode ser feitos em diversas maneiras; procuramos entender melhor não só a doença que acometia o Chico, mas também a sua vida como um todo; nossa intervenção foi simples, pois nossa paciente apresenta um apoio familiar significativo que permitiu sua recuperação e auxilia nos cuidados; O projeto de intervenção foi muito bem aceito e agradecido pela paciente Maria Aparecida.
6- Saúde e ambiente.	Primeiro.	2	O impacto da prática na comunidade foi intenso, uma vez que tivemos contato com uma realidade muito divergente da nossa, ao mesmo tempo em que muito típica no cenário nacional; vimos como o local era precário, com esgoto aberto e casas irregulares; na comunidade é perceptível que a educação, o ambiente de trabalho, as condições de vida e de trabalho, o esgoto e a habitação são precários; determinantes de saúde referem-se às condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população; o impacto dessa atividade na minha vida de estudante é bastante positivo, pois ajuda a formar uma profissional atenta aos diversos processos de adoecimento das pessoas em diferentes locais.

Quadro 8 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao primeiro, segundo terceiro e quarto período e os principais tópicos abordados, qual o componente e R.E.F.L.E.C.T. encontrado e os trechos mais comuns.

(continuação)

Primeiro período			
Oficinas	Componente encontrado	Reflect	Trechos mais comuns
7- Educação em saúde nível individual	Terceiro e quarto.	4	A família é um círculo importante na vida de uma pessoa, mas também pode ser a causa do adoecimento do indivíduo; a compreensão da família é muito importante, na medida em que as inter-relações entre seus componentes e sua dinâmica, afetam diretamente o indivíduo; A família ajuda a definir o comportamento do doente e da doença; a abordagem familiar é uma maneira fantástica de poder conhecer melhor o paciente e sua realidade; conhecer a estrutura da família, sua composição, funções, papéis e como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente é vital para o planejamento do cuidado.
8- Comparação sistemas de saúde / Feedback semestre	Primeiro e segundo.	3	Acredito que essas visitas deixaram muitos impactos na minha vida estudantil e profissional, pois por meio da realidade de pessoas mais humildes pude perceber que os problemas não podem nos deixar para baixo; chego aqui com o coração cheio de gratidão por todo o aprendizado, mudou minha vida; tenho certeza que levarei toda essa experiência não apenas para a medicina, mas para toda a minha vida; O PMC requer envolvimento dos estudantes com e na comunidade, suscitando reflexões acerca das práticas em saúde envolvidas na construção de novos rumos para a atenção à saúde da população; o PMC foi um divisor de águas na minha vida, não só na faculdade mas também como pessoa.
Terceiro período			
2- Vigilância às neoplasias mais frequentes na mulher	Primeiro	2	Impacto dessa atividade na minha vida de estudante e profissional foi a garra que esta mulher passou para nós e como ela superou o câncer; Saí de lá com a sensação de que, às vezes, reclamamos muito sobre a nossa vida e não valorizamos a saúde e as oportunidades que temos; O momento mais difícil foi quando Dona Iraci supôs que pudéssemos estar indo levar algum tipo de maldição para sua vida naquela visita; consegui entender a fundo o sentimento e o sofrimento que aquelas mulheres passaram ou estão passando; foi inevitável sentir a força e determinação que elas possuíam para enfrentar a doença; muitas mulheres sentem medo do diagnóstico e evitam a ida ao médico, ou se sentem desconfortáveis ao pensar em realizar a mamografia;

Quadro 8 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao primeiro, segundo terceiro e quarto período e os principais tópicos abordados, qual o componente e R.E.F.L.E.C.T. encontrado e os trechos mais comuns.

(continuação)

Oficinas	Componente encontrado	Reflect	Trechos mais comuns
Terceiro período			
3- Violência contra a mulher	Primeiro.	2	Permitiu enxergar além no certo e errado, enxerguei pelo olhar de mulheres com medo, dependentes financeiramente; ter o conhecimento das experiências daquelas mulheres faz a gente refletir sobre a vida em vários aspectos; saber o sofrimento que elas passaram, que ser estuprada, sofrer uma ameaça, uma agressão física é de fato real, deixa aqueles que escutam com uma sensação ruim; as mulheres agredidas têm que sentir que estão amparadas, tanto pelas pessoas, quanto pela lei que dá proteção a ela; foi muito difícil ouvir aqueles relatos, e ver o sofrimento nos rostos daquelas mulheres;
4- Intervenções relacionadas à saúde da mulher ou da criança.	Primeiro.	2 mais presente.	Achamos que seria de maior impacto a violência contra a mulher devido ao sentimento machista e materialista em cima das mulheres daquela região; Achei que a visita acrescentou muito para minha vida acadêmica, principalmente em pensar sobre a forma certa de abordar problemas e aconselhar um paciente no futuro sobre sua saúde; perguntar se a pessoa tem dúvidas, estimular sempre as pessoas falarem o que pensam, não deixando-as constrangidas; Um simples gesto que faz a diferença na vida das pessoas; levar informações sobre os diferentes tipos de violência contra a mulher para as adolescentes da comunidade; percebi que por mais que algumas coisas possam parecer óbvias para algumas pessoas, outras podem ter um pouco mais de dificuldade em compreender como funciona determinado assunto; me fez sentir mais próxima da profissão.
5- Vigilância pré-natal	Segundo.	2	Tive medo de não saber lidar com a situação; é importante que o profissional médico garanta sempre uma assistência efetiva ao pré-natal, um acolhimento completo à gestante buscando compreender aquela gestação; contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes; como pode existir uma diferença de desejo e cuidado pela gestação, coisas de extrema importância já que afeta o desenvolvimento do feto; A humanização do pré-natal é de grande importância, visto que é um momento de muita carga para mulher, mudanças acontecendo no seu corpo, uma gama de hormônios, responsabilidades, os medos e anseios de ter um filho, os cuidados, então quando mais cuidadosa for com a mulher grávida melhor chances de desenvolver um ótimo pré-natal.

Quadro 8 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao primeiro, segundo, terceiro e quarto período e os principais tópicos abordados, qual o componente e R.E.F.L.E.C.T. encontrado e os trechos mais comuns.

(continuação)

Oficinas	Componente encontrado	Reflect	Trechos mais comuns
			Terceiro período
6- Mortalidade materna	Terceiro e quarto	2	Grande importância entender o panorama do Brasil em relação à mortalidade materna; conversamos sobre os pontos negativos e positivos das vias de parto, seja ela cesárea ou normal; essencial que o pré-natal seja realizado de forma adequada, pois pode prevenir ou remediar muitos fatores que poderiam levar ao óbito da mãe ou do feto; O marido dela relatou que nesses primeiros dias, tanto ele quanto Ana Clara estavam tendo dificuldade para dormir, pois Hágata estava trocando o dia pela noite; a paciente (IG de 12 semanas) entrou no consultório já bastante triste e conforme tentamos dar continuidade à anamnese ela começou a chorar, tentamos deixá-la à vontade para se abrir.
7- Puericultura	Segundo.	2	Não senti que minha palavra valia como a de um médico de verdade; observar as dificuldades da família de Heitor gera várias reflexões, e certa revolta, especialmente relativas à desigualdade que vivemos no Brasil; Acredito que a maior dificuldade foi orientar de maneira calma uma mãe com uma conduta um pouco exagerada relativo ao cuidado do bebê; puericultura se faz importante pois atua na promoção à saúde, prevenção de agravos, identificação e classificação de riscos, e atuar precocemente nas intercorrências.
8- Alimentação nos primeiros anos de vida	Segundo.	2	Levarei comigo as experiências de cada uma das visitas para me tornar cada dia mais uma pessoa melhor; Esse semestre foi com certeza o melhor pra mim e vou sempre guardar em minha memória; Os pontos positivos foram com certeza os aprendizados que adquirimos sozinhos nas anamneses, falo isso pois realmente foi algo bastante animador e acolhedor; Uma das maiores lembranças do PMC foi uma conversa que tive com uma gestante e ela contou a sua história de vida, o que me chocou muito, além dela ser mais nova que eu e ter passado por tudo que ela nos disse.
1- Transição demográfica e dispositivos de cuidado para o idoso na sociedade atual	Primeiro.	4	Essa visita me alertou também em relação ao preconceito, pois quando pensamos que uma pessoa foi para uma Instituição de Longa Permanência do Idoso (ILPI), logo vem na cabeça que a família a abandonou e que não está nem aí; é muito difícil estar diante de uma situação dessas, de ser institucionalizado, de ser afastado da família e, muitas vezes, pela própria família; idoso teve uma vida antes de estar ali na instituição e que não conhecemos como foi isso, muitos foram abandonados pela família; Quando chegamos, logo me deparei com uma paciente sentada no sofá, gritando algumas palavras que não consegui decifrar. Esse foi um momento em que me assustei um pouco, pois na minha cabeça, uma instituição de longa permanência seria um lugar calmo, repleto de paz e silêncio.

Quadro 8 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao primeiro, segundo, terceiro e quarto período e os principais tópicos abordados, qual o componente e R.E.F.L.E.C.T. encontrado e os trechos mais comuns.

(continuação)

Oficinas	Componente encontrado	Reflect	Trechos mais comuns
			Quarto período
2- Cuidando de idosos e cuidando do cuidador	Primeiro.	3	Acho importante refletir ainda que a convivência com o tempo gera sim intimidade, e estreita os laços; isso, vi o quanto um simples gesto de falar as letras e ensinar ela no computador faz tanta diferença em sua vida, pois no “corre corre” dos nossos dias não paramos para pensar nessas pequenas coisas e como são importantes; aos 94 anos de idade, com algumas limitações, ainda tem a vontade de aprender e está disposta a isso; foi: julgar a dor do próximo é algo fácil, falar que ela não está sentindo toda essa dor ou que isso é coisa de gente fraca é muito errado, pois a dor é muito singular, e nós, como profissionais de saúde, devemos pelo menos tentar remediar.
3- Polifarmácia e iatrogenia	Primeiro e segundo.	2	Necessitamos analisar o ser humano como um todo, ainda mais na geriatria. Não tem como indicar diversos medicamentos para um idoso sem refletir sobre se os benefícios esperados são maiores do que as consequências negativas; nós tratamos pessoas e não apenas pacientes e devemos ter compaixão de cada vida que está ao alcance de nossas mãos, olhar com empatia, abraçar com carinho, pois exercer a profissão médica não é simplesmente vestir um jaleco e sair dando "ordens", mas sim praticar a prevenção quaternária; a vejo como alguém que ao invés de se colocar em posição de vítima (e permitir possíveis acometimentos fisiopatológicos com origem nos estados mentais), se fez forte e hoje emana simpatia, espontaneidade e gratidão para quem se permite percebê-la; Sabemos que o envelhecimento traz males que dificilmente alguém conseguirá se livrar de todos, que tratá-los pode levar a uma iatrogenia e piorar ainda mais o quadro clínico, mas é melhor no final da vida ser alguém com alguma incapacidade física ou mental? E quando devo tratar ou apenas conviver com aquilo o que tenho? Pensar nisso pode ser assustador.
4- A importância da comunicação médico-paciente no cuidado à saúde e o lugar da transferência	Primeiro e terceiro	4	Todas as vezes que ela cai, as repercussões são enormes, e fui observando de uns tempos pra cá que ela tem ficado cada vez mais abalada com essa situação, pois sempre foi muito independente e sempre gostou de realizar múltiplas atividades ao longo do dia; mostrou que talvez possamos ajudá-la um pouco, principalmente, no que se refere a sua depressão. Acredito que se ela gosta da nossa visita e se sente acolhida, isso pode ajudar um pouco na sua melhora; Percebi que a importância na prevenção de quedas vai muito além das próprias consequências físicas, a queda afeta muito o psicológico dos idosos, que ficam com medo da ocorrência de uma nova queda e assim acabam evitando de fazer suas atividades rotineiras; pois os pacientes querem ser ouvidos, querem sentir segurança e confiança para poderem relatar tudo, pois se o médico não é empático, seguro e não consegue passar confiança,

Quadro 8- Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao primeiro, segundo, terceiro e quarto período e os principais tópicos abordados, qual o componente e R.E.F.L.E.C.T. encontrado e os trechos mais comuns.

(conclusão)

Oficinas	Componente encontrado	Reflect	Trechos mais comuns
			Quarto período
			o paciente muitas vezes esconde o verdadeiro motivo de estar ali ou pior, ele conta, mas passa despercebido pelo médico que só quer tratar a doença e não o paciente.
7- Reflexão sobre o viver e o morrer	Segundo.	2	Apresenta declínio cognitivo e funcional, além de depressão leve. Quando realizamos os testes, ela emocionou-se, porque viu o quanto mudou e como sente-se em relação ao que era, a vida que tinha, as coisas que fazia. Achei um momento triste, pois como falei no início, quando jovem, ninguém pensa que vai envelhecer e passar por esses obstáculos; Conseguimos perceber a linha tênue entre a senescência e a senilidade em relação à cognição e ao humor, e a importância da detecção e da intervenção precoce a fim de garantir qualidade no processo de envelhecimento; A avaliação cognitiva do idoso junto com a depressiva são essenciais para avaliar sua saúde como um todo, visto que são comorbidades subdiagnosticadas que influenciam diretamente na sua qualidade de vida, afetando a realização de tarefas diárias, tanto básicas como mais complexas e deixando-os, em futuras complicações, dependentes de cuidadores e familiares.
8- O idoso no fim da vida: a importância dos cuidados paliativos	Terceiro e quarto	3	É importante não nos esquecermos da importância que é nós focarmos no cuidado ao idoso e em todas as suas esferas, analisar o todo, pois não adianta tratar um problema intestinal se ele não consegue se lembrar de tomar o remédio ou até mesmo não se importa em tomar devido a um quadro depressivo, que o profissional da saúde não conseguiu identificar; O nosso projeto de intervenção se baseou em uma maneira de tentar alegrar as idosas em geral, promovendo o autocuidado delas, uma vez que a maioria das idosas da casa possui depressão, tentando levantar a autoestima dessas pessoas; Gostaríamos de proporcionar a elas um momento agradável de lazer, uma vez que elas estão sempre confinadas na instituição e possuem poucos momentos de distração fora de lá.

Quadro 9 – Temas, objetivos e estratégias abordadas no treinamento de habilidades nos quatro períodos do curso.

(Continua)

Primeiro período		
Treinamento de Habilidades (TH)	Objetivos de aprendizagem	Estratégia
1- Habilidades de Comunicação	Treinar habilidades de Comunicação	Sessão de Vídeo Filme: “Patch Adams”
2- Introdução ao modelo de Calgary-Cambridge para a consulta médica	1- Reconhecer a estrutura da consulta médica. 2- Introduzir o estudante ao modelo de Calgary-Cambridge para a consulta médica. 3- Reconhecer que a obtenção de dados na consulta médica se faz através de duas perspectivas que acontecem em paralelo: a perspectiva do médico e a do paciente.	Miniaula e Ensino em cenário de simulação
3- Abertura da consulta Introdução às habilidades básicas de comunicação: escuta atenta, perguntas abertas.	1-Iniciar o desenvolvimento de habilidades básicas para a comunicação médico-paciente. 2- Iniciar o desenvolvimento das habilidades da abertura da consulta, perguntas abertas e escuta atenta.	Miniaula e ensino em cenário de simulação.
4- Parafraseamento, sumarização e reflexão de sentimentos. (Abordaremos também um conjunto de habilidades que incorporem valores humanísticos na relação médico-paciente e o desenvolvimento de uma consciência crítica e uma compreensão do papel do médico como agente de transformação social na comunidade onde está inserido)	1- Iniciar o desenvolvimento de habilidades básicas para a comunicação médico-paciente. 2- Utilizar parafraseamento, adequadamente e realizar reflexão de sentimentos para a comunicação médico/paciente. 3- Utilizar sumarização adequadamente para a comunicação médico/paciente. 4- Incrementar a aquisição das três habilidades básicas de comunicação médico-paciente promovendo sua prática integrada.	Miniaula e ensino em cenário de simulação.

Quadro 9 – Temas, objetivos e estratégias abordadas no treinamento de habilidades nos quatro períodos do curso.

(continuação)		
Treinamento de Habilidades (TH)	Objetivos de aprendizagem	Estratégia
Segundo período		
1. Obtenção de dados: contexto biopsicossocial	1- Saber avaliar o paciente do ponto de vista biológico, emocional e sociocultural. 2- Contextualizar o paciente na família, trabalho, condições econômicas e representação na sociedade. 3- Avaliar o estado de saúde passado e presente do paciente.	Miniaula, ensino em cenário de simulação (modelo de entrevista de Calgary-Cambridge).
2- Relação médico-paciente	Esta seção se propõe a discutir sobre o desenvolvimento de comportamentos e atitudes que incorporem valores humanísticos na relação médico-paciente e introduzir elementos para uma maior compreensão acerca dos compromissos sociais do médico na comunidade onde atua, essencial para a correta compreensão do profissionalismo médico.	Cinemanía - The Doctor (Um Golpe do Destino)
3- Consulta Médica. (Iremos focar nessa atividade somente uma parte desta, a obtenção de dados na perspectiva do paciente)	1- Obter, de forma empática, as percepções do paciente sobre sua enfermidade.	Miniaula e ensino em cenário de simulação.
4- Obtenção de dados na perspectiva biomédica: exploração de uma queixa.	1- Obter, de forma empática, dados biomédicos do paciente a partir de suas próprias informações de modo a ser possível selecionar sintomas, ordená-los temporalmente, caracterizá-los de modo biomédico, gerar e testar hipóteses diagnósticas. 2- Selecionar os sintomas que fazem parte da história. 3- Estabelecer a ordem temporal da instalação dos sintomas. 4- Caracterizar os sintomas: cronologia, localização corporal, qualidade, quantidade, circunstâncias, fatores que agravam e aliviam e manifestações associadas. 5- Gerar uma hipótese diagnóstica e testá-la, fazendo perguntas que reforcem ou excluam essa hipótese. 6- Demonstrar, em simulação, a coleta de dados na perspectiva biomédica.	Miniaula e ensino em cenário de simulação.

Quadro 9 – Temas, objetivos e estratégias abordadas no treinamento de habilidades nos quatro períodos do curso

(continuação)		
Treinamento de Habilidades (TH)	Objetivos de aprendizagem	Estratégia
Terceiro Período		
1- Anamnese – Comparação entre o Método Clínico Centrado na Doença e o Método Clínico Centrado na Pessoa.	1- Conhecer o modelo tradicional da anamnese. 2- Comparar o modelo tradicional de anamnese com o Método Clínico Centrado na Pessoa. 3- Aplicar o Método Clínico Centrado na Pessoa ao realizar uma anamnese.	Ensino em cenário de simulação
2- Tomada compartilhada de decisão / Fechamento da consulta	1- Desenvolver a habilidade de planejar e encerrar uma consulta médica 2- Saber transmitir informações ao paciente. 3- Saber explicar ao paciente sua situação clínica e qual a melhor forma de agir para melhorar sua saúde. 4- Planejar junto com o paciente os passos para sua melhora.	
3- Anamnese obstétrica e aconselhamento.	1- Ser capaz de realizar alguns dos passos básicos da consulta ginecobstétrica. 2- Conduzir uma consulta de aconselhamento pré-natal: ganho de peso, vida sexual, doenças sexualmente transmissíveis, alimentação e cuidados gerais com o corpo.	
4- Anamnese pediátrica	1-Reconhecer as particularidades da anamnese da criança 2- Entender a importância da história gestacional (saúde materna, grupo sanguíneo e fator Rh, uso de medicamentos, pré-natal) 3- Entender a importância da história perinatal: parto, idade gestacional, tipo de parto e local de realização. 4- Compreender a importância da história neonatal: condições de nascimento, Apgar, peso, estatura, perímetro craniano e torácico, relatório do berçário, icterícia e outras intercorrências. 5- Compreender a importância da pesquisa de dados do desenvolvimento neuromotor e psicológico.	

Quadro 9 – Temas, objetivos e estratégias abordadas no treinamento de habilidades nos quatro períodos do curso.

(continuação)		
Treinamento de Habilidades (TH)	Objetivos de aprendizagem	Estratégia
Terceiro Período		
4- Anamnese pediátrica	6- Compreender a importância da pesquisa de dados sobre a vacinação das crianças. 7- Compreender a importância da pesquisa de dados sobre o sono, alimentação e controle dos esfíncteres. 8- Compreender a importância da pesquisa de dados da história pregressa da criança. 9- Compreender a importância da pesquisa de dados de história familiar e social da criança.	
Quarto período		
1- Comunicação da notícia difícil	1- Adquirir as habilidades básicas para a comunicação de más notícias. 2- Compreender os aspectos psicossociais e éticos envolvidos na comunicação de notícia difícil. 3- Identificar estágios de Kübler-Ross frente a uma notícia difícil. 4- Compreender os princípios e as técnicas necessárias para a comunicação de más notícias. 5- Desenvolver habilidades básicas para comunicação de más notícias.	
2- Habilidades de Comunicação	1- Revisão de habilidades de comunicação. 2- Ser capaz de realizar adequadamente a escuta atenta. 3- Ser capaz de realizar adequadamente perguntas abertas e fechadas. 4- Ser capaz de realizar adequadamente o parafraseamento. 5- Ser capaz de realizar adequadamente a reflexão de sentimentos. 6- Ser capaz de realizar adequadamente a sumarização.	

Quadro 9 – Temas, objetivos e estratégias abordadas no treinamento de habilidades nos quatro períodos do curso.

(conclusão)

Treinamento de Habilidades (TH)	Objetivos de aprendizagem	Estratégia
Quarto período		
3- Obtenção de dados: perspectiva do paciente, perspectiva biomédica e exploração do contexto do paciente	1- Habilitar-se a conduzir uma consulta médica centrada no paciente. 2- Reconhecer a importância do Método Clínico Centrado na Pessoa. 3- Reconhecer a importância do modelo de Calgary-Cambridge como ferramenta para o Método Clínico Centrado na Pessoa. 4- Identificar as fases da consulta do modelo de Calgary-Cambridge. 5- Diferenciar a agenda do médico da agenda do paciente.	

Quadro 10 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao primeiro, terceiro e quarto período e os principais tópicos abordados e componentes esperados.

(Continua)

	Primeiro período	
Oficinas	Objetivos de aprendizagem	Componente esperado
2- Saúde e bem estar	1- Abordar conceitos de saúde e de doença na área da saúde e também em outras áreas do conhecimento como a filosofia, antropologia e a literatura 2- Incorporar os princípios bioéticos da não maleficência, beneficência, autonomia, e justiça, a partir do princípio hipocrático do primum non nocere.	Primeiro e segundo.
4- Princípios e atributos da APS	1- Identificar e conceituar os princípios da APS. 2- Identificar as estratégias utilizadas pelo Centro de Saúde para colocar em prática os princípios da APS. 3- Identificar pontos positivos e pontos negativos do funcionamento de Centro de Saúde em relação aos princípios da APS.	Segundo.
5- Abordagem familiar (Genograma/Ecomapa)	1- Realizar visitas domiciliares na área de abrangência. 2- Construir no genograma e o ecomapa das famílias selecionadas. 3- Identificar e analisar o ciclo de vida desta família.	Segundo.
6- Saúde e ambiente.	1- Apresentar os conceitos de condições de vida e estilo de vida. 2- Apresentar os determinantes sociais de saúde (DSS) como condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.	Primeiro e segundo
7- Educação em saúde nível individual	1- Conduzir atividade de educação em saúde individual.	Terceiro e quarto.
8- Comparação sistemas de saúde / Feedback semestre	1- Analisar o impacto da lógica de organização do sistema de saúde sobre o provimento dos serviços médicos, analisando as evidências empíricas observadas nas economias americana, canadense e inglesa. 2- Fazer uma reunião com o Centro de Saúde para avaliação das atividades e retorno à Equipe do que foi observado.	Primeiro e segundo.
Terceiro período		
2- Vigilância às neoplasias mais frequentes na mulher	1- Compreender a vigilância às neoplasias mais frequentes na mulher na APS. 2- Identificar as barreiras para a realização do rastreamento das neoplasias de mama e de colo do útero no contexto da Unidade Básica de Saúde	Primeiro
3- Violência contra a mulher	1- Conceituar violência doméstica e discutir o impacto desse problema de saúde pública. 2- Preparar os alunos para a visita que fará discussão do cuidado à mulher vítima de violência na Unidade Básica de Saúde.	Primeiro.

Quadro 10 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao primeiro, terceiro e quarto período e os principais tópicos abordados e componentes esperados.

(continuação)

Terceiro período		
Oficinas	Objetivos de aprendizagem	Componente esperado
4- Intervenções relacionadas à saúde da mulher ou da criança.	1- Conceituar Grupo Operativo e descrever seus princípios, objetivos e características. 2- Conceituar Educação Popular em Saúde e descrever seus princípios, objetivos e características. 3- Conduzir a intervenção relacionada ao cuidado com a criança e/ou à mulher.	Primeiro.
5- Vigilância pré-natal	1- Descrever os pontos mais relevantes do programa de humanização no pré-natal e nascimento. 2- Compreender a importância do cartão da gestante na vigilância pré-natal. 3- Identificar as barreiras à realização de pré-natal adequado. 4- Compreender a importância do ambiente domiciliar da gestante.	Segundo.
6- Mortalidade materna	1- Compreender o conceito de mortalidade materna, suas principais causas e as ações de vigilância necessárias. 2- Realizar manobras de exame físico obstétrico. 3- Discutir a importância da vigilância epidemiológica da mortalidade materna.	Quarto e terceiro
7- Puericultura	1- Compreender as orientações mais importantes na puericultura. 2- Identificar as barreiras à realização de puericultura na Unidade Básica de Saúde. 3- Compreender a importância do ambiente na prevenção dos acidentes domésticos.	Segundo.
8- Alimentação nos primeiros anos de vida	1- Compreender as orientações mais importantes acerca do aleitamento materno e introdução de alimentos complementares. 2- Identificar os fatores relacionados às dificuldades no aleitamento materno e introdução dos alimentos complementares. 3- Compreender a importância do cartão da criança na avaliação individual.	Segundo.
Quarto período		
1- Transição demográfica e dispositivos de cuidado para o idoso na sociedade atual	1- Reconhecer as intervenções específicas de acordo com as necessidades dessa população 2- Indicar o melhor dispositivo de cuidado para o idoso, segundo suas necessidades assistenciais: cuidado domiciliar, UBS, Atenção Especializada, UPA, Hospital Geral, Abrigo, Instituição de Longa Permanência, Hospice, etc.	Primeiro.

Quadro 10 - Oficinas para os alunos de medicina da Unifenas-BH referente ao primeiro, terceiro e quarto período e os principais tópicos abordados e componentes esperados.

		(conclusão)
Oficinas	Objetivos de aprendizagem	Componente esperado
Quarto período		
2- Cuidando de idosos e cuidando do cuidador	1- Identificar necessidades de cuidados para a população idosa. 2- Identificar problemas de saúde comuns à população idosa: “Os grandes da Geriatria” 3- Descrever a Avaliação Geriátrica Ampla. 4- Identificar necessidades de cuidados psicossociais para essa população. 5- Reconhecer possíveis situações de maus tratos dirigidos aos idosos. 6- Compreender as repercussões do envelhecimento no âmbito dos cuidadores e da família.	Primeiro.
3- Polifarmácia e iatrogenia	1- Conceituar iatrogenia e polifarmácia. 2- Descrever a prevalência de polifarmácia e iatrogenia na abordagem do paciente idoso. 3- Identificar medicamentos inapropriados para uso no idoso utilizando os critérios de Beers. 4- Conceituar prevenção quaternária. 5- Analisar os benefícios da prevenção quaternária no cuidado ao paciente idoso.	Primeiro.
4- A importância da comunicação médico-paciente no cuidado à saúde e o lugar da transferência	1- Identificar problemas de comunicação na relação médico – paciente. 2- Compreender os conceitos de Disease (visão da ciência) X Illnes (visão do doente) em relação ao seu problema de saúde. 3- Reconhecer atitudes médicas que facilitam e dificultam a comunicação / relação entre o médico e seu paciente. 4- Conceituar transferência. 5- Identificar a importância desse conceito para a prática médica. 6- Desenvolver reflexão ética sobre as relações afetivas decorrentes do fenômeno transferencial.	Primeiro.
7- Reflexão sobre o viver e o morrer	1- Refletir sobre o envelhecimento e a finitude da vida. 2- Identificar as fases relacionadas com o processo do morrer e da morte. 3- Descrever medidas que possam acolher o paciente e seus familiares	Segundo.
8- O idoso no fim da vida: a importância dos cuidados paliativos	1- Conceituar cuidados paliativos e seus principais objetivos no manejo com pacientes fora de perspectiva de tratamento convencional 2- Compreender os conceitos de eutanásia, ortotanásia e distanásia, no contexto da prática médica brasileira. 3- Reconhecer a importância de promover a autonomia do paciente em situações limites de vida 4- Descrever indicações de cuidados paliativos. 5- Desenvolver atividade de promoção da saúde de acordo com o contexto da instituição de longa permanência (ILPI) que está sendo visitado pelos alunos.	Terceiro

ANEXO A – Termo de Consentimento de Utilização de Banco de Dados

Termo de Consentimento de Utilização do Banco de Dados

1. Identificação da instituição cedente e seu diretor:

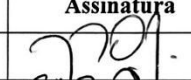
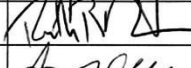
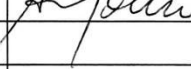
UNIFENAS BH – Universidade José do Rosário Vellano

Prof. Ladislau José Fernandes Jr.

Coordenador do curso de Medicina

Campus de Belo Horizonte – Unidade Itapoã.

2. Identificação dos membros do grupo de pesquisa:

Nome completo (sem abreviação)	RG	Assinatura
1) Jonas José Oliveira Junqueira	MG11404052	
2) Ruth Borges Dias	M3625747	
3) Alexandre Sampaio Moura	MG6062358	
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		

3. Identificação da pesquisa:

Título do Projeto: **AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PRÁTICA MÉDICA NA COMUNIDADE NOS ALUNOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO MEDIANTE O APRENDIZADO DOS COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA**

a. Universidade/Departamento/Faculdade/Curso: _

UNIFENAS BH – Universidade José do Rosário Vellano

b. Pesquisador Responsável: Jonas José Oliveira Junqueira

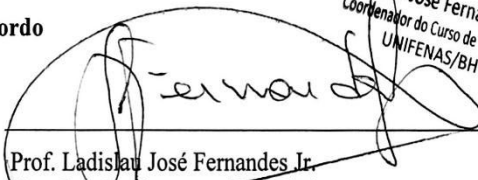
c. Período da coleta de dados: 01/07/ 2019 a 30/ 06/ 2020

4. Declaração:

Nós, membros do grupo de pesquisa identificado acima, baseados nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res CNS 466/12) e na Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93), declaramos que:

- a) O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP-UNIFENAS;
- b) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Asseguraremos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- d) Asseguraremos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo;
- f) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP-UNIFENAS.

Ciente e de acordo


Prof. Ladislau José Fernandes Jr.
Coordenador do curso de Medicina
Campus de Belo Horizonte – Unidade Itapoã.

Alfenas, 24 de junho de 2019

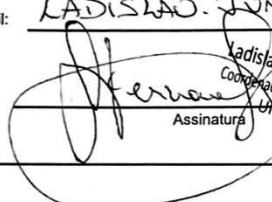
ANEXO B –Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PRÁTICA MÉDICA NA COMUNIDADE NOS ALUNOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO MEDIANTE O APRENDIZADO DOS COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: JONAS JOSE OLIVEIRA JUNQUEIRA			
6. CPF: 061.778.726-38	7. Endereço (Rua, n.º): DOUTOR JUVENAL DOS SANTOS LUXEMBURGO 324 ap 502 BELO HORIZONTE MINAS GERAIS 30380530		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 31997377820	10. Outro Telefone:	11. Email: jonasjunqueira@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do paramProjeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao paramProjeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. Data: <u>24, 06, 2019</u> <u>[Assinatura]</u> Assinatura			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS	13. CNPJ: 17.878.554/0001-99	14. Unidade/Órgão:	
15. Telefone: (35) 3299-3137	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Responsável: <u>Ladislau José Fernandes Jr.</u> CPF: <u>913 391 626 87</u> Cargo/Função: <u>Coordenador do Curso de Medicina</u> Data: <u>24, 06, 2019</u> <u>[Assinatura]</u> Assinatura <i>Ladislau José Fernandes Jr</i> Coordenador do Curso de Medicina UNIFENAS/BH			
PATROCINADOR PRINCIPAL			

17. Nome: 5142 Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS	18. Telefone: (35) 3299-3137	19. Outro Telefone:
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.		
Nome: <u>Ladislau José Fernandes Jr.</u>	CPF: <u>912.391.626-87</u>	
Cargo/Função: <u>COORDENADOR</u>	Email: <u>LADISLAU.JUNIOR@UNIFE</u>	<u>UNIFENAS.BR</u>
Data: <u>24, 06, 2019</u>	 Ladislau José Fernandes Jr. Coordenador do Curso de Medicina Assinatura UNIFENAS/BH	

ANEXO C – Declaração de conhecimento de realização de pesquisa

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Alfenas, 24 de junho 2019

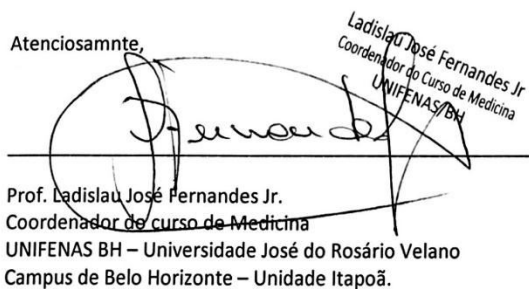
Ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFENAS

Prezados Senhores,

Declaro que tenho conhecimento e autorizo o estudo de caso intitulado **“AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PRÁTICA MÉDICA NA COMUNIDADE NOS ALUNOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO MEDIANTE O APRENDIZADO DOS COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA”** proposto pelo (s) pesquisador (es) **“Ruth Borges Dias”**.

O referido projeto será realizado no (a) faculdade Jose Do Rosário Vellano Unifenas - BH, e a pesquisa só poderá ocorrer a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS.

Atenciosamente,



Ladislau José Fernandes Jr.
Coordenador do Curso de Medicina
UNIFENAS/BH

Prof. Ladislau José Fernandes Jr.
Coordenador de curso de Medicina
UNIFENAS BH – Universidade José do Rosário Vellano
Campus de Belo Horizonte – Unidade Itapoã.