

Ensino e trajetória da Atenção Primária à Saúde em um curso de medicina

Teaching and trajectory of Primare Health Care in a medicine course

Rosangela Ziggotti de Oliveira¹, Edson Roberto Arpini Miguel², Berenice Pelizza Vier³,
Juliano Kazuo Yoshizawa⁴, Roberto Zonato Esteves⁵, Silvia Maria Tintori⁶, Jean Carlo
Cossa Brandão⁷, Murilo Citelli Dutra⁸

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7789-1719>. Professora Doutora. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. ro.ziggotti@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8357-1110>. Professor Doutor. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. edarpini@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6758-5264>. Professora Mestre. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. berenicevier@uol.com.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-002-7696-918X>. Professor Mestre. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. julianomfc@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6632-775X>. Professor Doutor. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. rze.meduem@uol.com.br

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2007-7614>. Professora Mestre. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. smtintori@gmail.com

7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9594-508X>. Médico Residente. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. jccb.med@gmail.com

8. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1383-7817>. Médico Residente. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. citelli@gmail.com

CONTATO: Autor correspondente: Prof^a. Dra. Rosangela Ziggotti de Oliveira | Universidade Estadual de Maringá. Avenida Mandacarú, 1590. Maringá – PR. CEP 87.083-240. Telefone: (44) 3011-9402. E-mail: ro.ziggotti@gmail.com

RESUMO O curso de medicina da Universidade Estadual de Maringá foi implantado em 1988. Com currículo em essência ainda tradicional, vem ao longo dos anos sofrendo modificações, impulsionado principalmente pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. O objetivo do estudo foi descrever a trajetória do ensino da Atenção Primária à Saúde do curso e sua expansão especialmente a partir de 2005 com o internato em Saúde Coletiva, com novas disciplinas e a implantação do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde. Ensino Médico. Currículo Médico.

ABSTRACT The medical course at the Maringa State University was implemented in 1988. With a curriculum which still has a traditional essence, it has been undergoing changes over the years, driven mainly by the National Curriculum. The objective of the study was to describe the trajectory of teach primary health care in the course and its expansion, especially from 2005 with the internship in public health, with new disciplines and with the implementation of the residency program in Family Medicine and Community.

DESCRIPTORS: Medical Education. Primare Care. Medical Curriculum.

INTRODUÇÃO

Até o final dos anos 90, a concepção hegemônica em relação à assistência à saúde ainda estava centrada no médico e hospital, com cenários e contextos reduzidos que não mais atendiam à natureza dos problemas enfrentados durante a formação médica¹. Iniciativas de inovações curriculares em países da Europa, Canadá e Estados Unidos já tinham surgido, assim como no Brasil².

Em 1988 com a constituição, a política de saúde no país também experimenta um marco em sua história com a instituição em todo território nacional do Sistema Único de Saúde (SUS). A implantação e definição de que a ordenação e formação de recursos humanos também era sua competência, tornou inevitável que houvesse grandes debates sobre as mudanças no ensino da graduação em saúde. Nos anos subsequentes sociedades de classes envolvidas com o ensino médico e a comunidade acadêmica mobilizaram-se na tarefa de reorganizar os currículos dos cursos de Medicina no intuito de: evitar a fragmentação, promover a integração das disciplinas, articular os ciclos básico e profissional, diversificar os ambientes de práticas, buscar uma integração com a comunidade e facilitar o contato dos alunos nos serviços de saúde com a supervisão docente³.

Neste contexto, em 1988 foi implantado o curso de medicina na Universidade Estadual de Maringá (UEM). Reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) em 24/07/95 inicia com 20 vagas anuais e com a proposta de um currículo inovador e enfático ao conteúdo humanístico e social da profissão³⁻⁴. Dois anos após sua implantação, alunos e professores do curso reavaliaram o projeto pedagógico, exigiram mudanças e a volta ao currículo tradicional. Em 1991 o curso fez parte de um grande projeto nacional de avaliação das escolas médicas⁵ – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) tendo à frente a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que dentre outros produtos, contribuiu para a consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) publicadas em 2001. Com ela criaram-se as possibilidades de (re)organizações e surgimento de novos projetos-pedagógicos que estivessem em sintonia com o SUS, aliados ao desafio de uma formação profissional mais qualificada. Destaca-se que o ponto de convergência do SUS com as DCN foi à Atenção Primária à Saúde (APS), cenário que possibilitaria a descentralização do ensino hospitalar em direção às redes de saúde do país⁶.

Este trabalho teve por objetivo relatar a trajetória do ensino da APS no curso de medicina da UEM.

MÉTODO

Este trabalho trata-se de um estudo descritivo, relato de experiência, que abrangeu a trajetória do ensino da APS no curso de Medicina da UEM, em cidade homônima, situada na região noroeste do estado do Paraná. As informações foram obtidas a partir

dos autores com sua vivência na escola, de publicações a respeito do curso e trabalhos científicos apresentados em congressos.

RESULTADOS

O ensino da saúde pública no curso de medicina da UEM inseriu-se no ciclo intermediário em duas disciplinas: Medicina Social e Epidemiologia (terceiro ano-anual) e o Estágio em Saúde Pública e Medicina Legal (quarto ano-anual).

O conteúdo programático do terceiro ano abrangia as políticas de saúde, a epidemiologia geral e organização dos serviços. A disciplina do quarto causava uma estranheza, vinculada à medicina legal e assim justificada por necessidades de carga horária trazia dificuldades a docentes e discentes. Embora anual, a turma era dividida em duas com 20 alunos cursando medicina legal e os demais o Estágio em Saúde Pública. No cenário de uma instituição filantrópica, supervisionados por dois docentes e equipe multidisciplinar da instituição, os estudantes do quarto ano prestavam atendimentos de medicina geral e participavam de atividades de educação em saúde numa comunidade que residiam 200 famílias de baixa renda. Outras iniciativas foram os ambulatórios de programas de atenção a doenças infecciosas crônicas tais como a tuberculose, hanseníase e a leishmaniose tegumentar americana vinculados à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná.

Nos anos seguintes incorporaram-se ao programa da disciplina vivências pontuais na APS dado ainda a pouca integração existente com os serviços de saúde do município. Entretanto a carga horária e a vinculação com a Medicina Legal ofuscavam a importância da iniciativa na grade curricular. Durante estes primeiros anos três docentes atuaram nas duas disciplinas: um médico sanitarista, uma enfermeira sanitarista e uma médica de família e comunidade. Em 2001, incentivadas pelas DCN para os cursos de graduação em medicina e em 2005, com recursos do Pró-Saúde, foram impulsionadas as iniciativas de readequação curricular⁷. O Pró-Saúde articulava as instituições de ensino superior e os serviços públicos de saúde com vistas ao fortalecimento do SUS e um dos eixos estruturantes era o ensino baseado na comunidade⁸. Um termo de convênio referendado no Conselho Municipal de Saúde deu legitimidade e visualizou a sustentabilidade da proposta. Recursos foram repassados diretamente para o município para ampliação de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com três novos consultórios e uma sala de reuniões com computadores com possibilidade de uma biblioteca setorial. Na UEM este programa favoreceu a parceria do curso com a rede de serviços, até então ainda frágil e proporcionou efetivamente a chegada dos acadêmicos no cenário da APS com a implantação em 2005 do Internato em Saúde Coletiva. Dois docentes foram realocados para esta área: um da Clínica Médica e outro da Pediatria. Durante dez semanas o interno participava de atividades de planejamento e execução de ações em equipes de Saúde da Família além de atividades ambulatoriais com docentes da UEM na atenção à demanda das equipes.

Atualmente o quadro de docentes na área são seis e as UBS designadas para campo de atuação do internato são duas. Com relação à docência é inegável a preocupação com necessidades de novas contratações dado à amplitude de atividades existentes e possíveis no âmbito da APS, da iminência de aposentadoria de docentes e da fragilidade de contratos de professores(as) temporários(as) na instituição.

Em 2008 após elaboração e submissão de projeto, a UEM foi contemplada com o PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde⁹ (MEC), com oito cursos de graduação envolvidos, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial para desenvolver profissionais para atuarem na APS. A proposta norteava integrar o conhecimento acadêmico com a prática profissional nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O primeiro grupo PET-Saúde da UEM foi capacitado em 2009 com o tema “Fortalecendo a Atenção Básica em Maringá” um reforço a interdisciplinaridade, ao ensino baseado na comunidade e vivências na APS.

Em 2009 motivados por docentes envolvidos no Internato de Saúde Coletiva a disciplina do quarto ano estágio em Saúde Pública e Medicina Legal finalmente foi extinta e na possibilidade da vigente estrutura curricular, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) surge como uma disciplina na graduação, introduzindo os fundamentos conceituais, as técnicas e as práticas da especialidade, elementos importantes para a formação médica geral. Ofertada atualmente em dois semestres, com 20 alunos cada (o número de vagas do curso é 40), o conteúdo buscou se aproximar das diretrizes propostas para o ensino na APS da graduação⁶. Atualmente, dois docentes médicos de família e comunidade são responsáveis pelo desenvolvimento da disciplina que com metodologias ativas de aprendizagem integra prática e teoria em uma diversidade de cenários.

Ainda em 2009, atendendo às propostas de expansão para ampliação de residências médicas em áreas estratégicas do SUS, foi implantado o Programa de Residência em MFC (PRMFC) com dois anos de duração¹⁰. Com duas vagas anuais, 12 profissionais concluíram o programa até março de 2020, nove graduados na própria escola. Nos primeiros anos do programa, os residentes inseriam-se nas equipes da ESF e para as atividades da clínica da APS, a preceptoría era realizada pelos próprios docentes da Saúde Coletiva. Até então poucos eram os profissionais da rede municipal com formação em medicina de família e comunidade, dessa forma os residentes ficavam então inseridos nas duas UBS utilizadas pelo curso de medicina e também para o internato em Saúde Coletiva. Iniciado timidamente em 2017 e estreitada à sintonia em 2018, a UEM e outras duas instituições privadas de ensino que ofertam programas de residência na especialidade, aliam esforços com a Secretaria Municipal de Saúde para que médicos de família e comunidade titulados ou com residência na área participem intensivamente do processo de formação e qualificação destes profissionais. Desde então os preceptores são prioritariamente estes profissionais vinculados ao serviço municipal de saúde.

Em 2015, em consonância com as novas DCN¹¹ foi implantada disciplina de Atenção à Saúde. Com foco na APS e envolvendo várias áreas dos cursos de graduação (medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, biomedicina, educação física e psicologia), o programa de reorientação da formação na saúde foi uma política pública indutora, com o intuito de formar acadêmicos para exercitar práticas interprofissionais desde início da graduação utilizando metodologias ativas de ensino aprendizagem.

DISCUSSÃO

Criado em sintonia com as reflexões vigentes sobre a educação médica no final da década de 80 e concomitante à implantação do SUS, o curso de medicina da UEM teve como foco a formação de médico generalista com uma prática centrada nas necessidades do indivíduo e comunidade. A proposta de um curso de vanguarda que modernizava as relações acadêmicas e o processo de ensino-aprendizagem naufragou e não mais foi possível resgatar este passo na modernização do currículo, caminhando-se então para a consolidação do modelo biomédico e hospitalocêntrico tradicional.

A participação no projeto CINAEM, foi à primeira oportunidade de se conhecer melhor o curso e envolver discentes e docentes na avaliação da escola. Os resultados deste projeto de envergadura nacional apontaram a necessidade de desenvolver currículos que preparassem os estudantes de medicina para o atendimento das principais necessidades de saúde da população, de uma aprendizagem baseada na prática da assistência às pessoas e comunidade, da necessidade de mudança na gestão dos cursos, do desenvolvimento docente e a avaliação e a diversificação dos cenários para que ele acontecesse em todos os níveis de atenção⁵. Lamentavelmente na escola o projeto pouco impactou.

Em 1997 uma avaliação do curso de medicina da UEM, sob ótica discente, apontou a dicotomia teoria/prática, o excesso de atividades teóricas, as avaliações centradas em memorizações como principais problemas. Além disso, a pouca participação docente e a necessidade de incluir estágios extra-hospitalares foram registradas como imprescindíveis pelos acadêmicos que cursavam o internato⁵. Estas demandas acadêmicas reforçavam a necessidade de deslocar o enfoque essencialmente hospitalar para a valorização de cuidados na comunidade que certamente a APS já poderia oferecer. Neste mesmo estudo a disciplina do quarto ano obteve conceito excelente na avaliação feita pelos estudantes¹². Esta foi provavelmente a iniciativa mais louvável do período, pois aproximou os acadêmicos dos problemas mais comuns da população no seu contexto social, econômico e cultural.

Nos anos subsequentes persistiu o vácuo na matriz curricular de conteúdos e práticas mais ampliadas voltadas para a APS e sua transversalidade com outros cursos e serviços de saúde. Neste período algumas escolas médicas já mostravam no currículo

mudanças no projeto pedagógico com metodologias ativas centradas no estudante, baseadas nas necessidades da população e com acadêmicos inseridos no cenário da ESF. Vale destacar que a ESF iniciou com o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, concebido pelo Ministério da Saúde e desde então é a estratégia prioritária para organização e fortalecimento da APS no país.

A implantação do internato em Saúde Coletiva no curso de medicina da UEM foi de fato a maior oportunidade de integrar a formação médica com a realidade do SUS. A ênfase na APS com a abordagem dos diferentes ciclos da vida na sua complexidade clínica/cultural/social, a prática clínica integrada e o trabalho em equipe possibilitariam aos estudantes atuar na perspectiva da resolução dos problemas mais comuns na prática diária dos profissionais. Além disso, o internato efetivou uma maior aproximação do curso de medicina da UEM com o serviço municipal de saúde ainda então fragmentado. Um estudo qualitativo realizado após três anos da implantação do internato – 2005 a 2008 - que utilizou como instrumento de avaliação o relatório apresentado ao término do estágio evidenciou que os acadêmicos reconheceram a importância dos princípios da APS para sua formação. Identificaram as atividades educativas na comunidade, as visitas domiciliares e o envolvimento dos docentes como os aspectos mais positivos do estágio. Reconheceram como fragilidades o pouco envolvimento dos profissionais do serviço com o ensino, à infraestrutura da UBS e a coordenação dos cuidados nos fluxos de atenção¹³. Nesse percurso o internato em Saúde Coletiva expôs o acadêmico a vivências que possivelmente reduziram as distorções entre as necessidades de saúde da população e a visão centrada na doença, hospital, tecnologia dura e biologicismo. Apesar da maior interlocução e integração com a ESF no internato, ainda havia uma lacuna na matriz curricular, da inserção longitudinal e contínua da APS ao longo dos primeiros anos da formação. Havia necessidade de se propor uma exposição gradual com maior peso em atividades multidisciplinares e comunitárias, nos primeiros anos, e também acompanhamento em atividades clínicas, discussões integradas com as disciplinas básicas e adoções de outras metodologias ativas.

A implantação da disciplina de MFC veio com a expectativa de fortalecer e valorizar o ensino da APS sustentado pelas DCN em momento anterior ao internato e consolidar a especialidade como disciplina acadêmica. Com metodologias ativas de ensino-aprendizagem integrando a teoria e prática a especialidade com foco na APS e na MFC tornaram-se visíveis na graduação. Em 2013 um questionário anônimo aplicado aos 40 alunos que cursaram a disciplina, indagou se o conteúdo abordado foi relevante para sua formação profissional. Houve unanimidade na resposta afirmativa. As justificativas foram especialmente o fato de serem apresentados à especialidade, de conhecer a organização dos serviços de saúde, de valorizar a relação médico-paciente, observar como atua o médico de família e comunidade, conhecer as doenças mais prevalentes e as condutas clínicas baseadas em

evidências¹⁴. Além disso, aprender a lidar com incertezas é uma das funções primordiais da exposição dos estudantes à prática da MFC¹⁵. Embora represente no ciclo intermediário do curso uma iniciativa importante na formação do generalista, um processo mais abrangente em busca de uma integração horizontal e vertical curricular persistiu.

A mais nova disciplina ofertada no curso, a Atenção à Saúde I e II, representou uma mudança curricular paradigmática, pois foi idealizada em um modelo horizontal, centrada no aluno, orientada por competências e com a interdisciplinaridade inerente. Envolveu grande esforço institucional pelo fato de ter mobilizado coordenadores de conselhos acadêmicos e departamentos uma vez que interferiu nos projetos pedagógicos dos cursos, foram fundamentadas e exaustivamente discutidas com a participação de todas as categorias¹⁶.

O PRMFC da UEM foi o primeiro da especialidade a ser ofertado no município de Maringá, que ainda é carente de especialistas em APS atuando na rede municipal de saúde. A proposta atual, de aumentar a integração entre Secretaria Municipal de Saúde e escolas que oferecem esta formação, continua um desafio. O currículo baseado em competências, sugerido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, pode ser um guia para fortificação do programa com possibilidade de adequá-lo à realidade local e dos recursos possíveis¹⁷. É necessário manter espaços de diálogos contínuos no intuito de valorizar a preceptoría, de envolver docentes das escolas para desenvolvimento de conteúdos específicos da MFC, de adequar à estrutura física das UBS que recebem residentes, de estímulo a contratação diferenciada destes profissionais na rede municipal de saúde e implantação de novas tecnologias de informação. A conquista destes elementos provavelmente vai refletir na maior ocupação de vagas disponíveis para a especialidade já que anualmente, nem todas são preenchidas. A participação dos internos nas UBS onde os residentes de MFC atuam pode ser uma experiência mobilizadora, já que além de fortalecer a posição da especialidade junto aos acadêmicos, cria referências para que possam fazer suas futuras escolhas profissionais.

CONCLUSÃO

O ensino da APS na UEM, embora tenha avançado, é um projeto ainda em construção que, direta e indiretamente, mobilizou forças no sentido de mudanças de cunho estrutural no curso de medicina. A base clínica da especialidade MFC, além de ser importante para sustentação dos sistemas de saúde, possivelmente ressignifica as bases estruturais da própria formação médica.

Na interface pedagógica, a introdução do ensino interprofissional, aliado com metodologias ativas de ensino aprendizagem nas várias séries, possibilitou um caráter inovador ao ensino da saúde, favorecendo de alguma forma a transversalidade dos estudos da Saúde Coletiva no curso de medicina.

Com a implantação do PRMFC e seus desafios, espera-se continuar a contribuir na formação de um especialista que estabelece uma ampla base clínica geral, familiar e comunitária para sustentação do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Marcondes E, Gonçalves EL. Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998.
2. Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (organizadores). Educação Médica em Transformação. São Paulo: Editora Hucitec, [internet]. 2004 [acesso em 2021 abr 29]; 390 pag. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/41.pdf>.
3. Gonçalves MB, Benevides-Pereira AMT. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: conseqüências afetivo-emocionais nos estudantes. Rev. bras. educ. med. [internet]. 2009 [acesso em 2021 abr 29]; 33(3): 493-504. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/20.pdf>.
4. Novaes MR, Vier BP, Miguel ERA, Oliveira RZ, Esteves RZ. Educação Baseada na Comunidade no Curso de Medicina na Universidade Estadual de Maringá: Experiências e Desafios. In: Bolela VR, Germani ACC, Campos HH, Amaral E. Educação Baseada na Comunidade para as profissões de saúde: Aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto, SP: Funpec Editora, 2014.
5. Gonçalves MB, Bellini LM. Avaliação do ensino no curso de medicina da Universidade Estadual de Maringá: Uma análise preliminar. Rev. bras. educ. med. [internet]. 2002 [acesso em 2021 abr 29]; 26(1): 47-54. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/148/o/Avalia____o_do_Ensino_no_Curso_de_Medicina_da.pdf.
6. Demarzo et al. Diretrizes para o Ensino da Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. Rev. bras. educ. med. [internet]. 2012 [acesso em 2021 abr 29]; 36(1); 143-148. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a20v36n1.pdf>.
7. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Parecer da CNE/CES n,1133, agosto 2001. Brasília: Ministério da Educação. [internet]. 2001 [acesso em 2020 set 03]; Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>.
8. Ministério da Saúde. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília. [internet]. 2007 [acesso em 2020 set 08]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf.
9. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421/MS/MEC, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília. [internet]. 2010 [acesso em 2020 set 08]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.
10. Anderson MIP, Filho EDC, Rodrigues RD, Dalla MDB, Bourget MMM. Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro. [internet]. 2007 [acesso em 2021 abr 29]; 2(11). Disponível em: <https://www.rbmfmc.org.br/rbmfmc/article/view/336/225>.
11. Ministério da Educação. Resolução n.3, 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação. [internet]. 2014 [acesso em 2020 set 03]; Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.
12. Novaes MR et al. Série Cadernos de Avaliação do Ensino Médico. Currículo Médico: avaliando as propostas educacionais do curso de medicina da UEM. n.2, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2000; 41 pag.
13. Oliveira RZ, Carvalho MDB, Esteves RZ Nunes CSA, Polidoro AA, Berbert AC. Internato em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Maringá. Trabalho apresentado no 470 Congresso Brasileiro de Educação Médica. 2009; 17-20.

14. Gabe JS, Nunes CAS, Oliveira RZ, Melo FB. Medicina de Família e Comunidade e sua relevância para os acadêmicos. Anais do Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Gramado 2014; 4: 153.
15. Gonçalves MR, Queiroz O, Trindade TG. Ensino de Medicina de Família e Comunidade na Graduação. In: Organizadores Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípio, formação e prática. 2ª ed. Vol I. Porto Alegre: 2019
16. Miguel EA, Albiero ALM, Alves RN, Bicudo AM. Trajetória e Implementação de Disciplina Interprofissional para Cursos da Área de Saúde. Interface (Botucatu). [internet]. 2018 [acesso em 2021 abr 29]; 22 Supl. 2:1763-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1763.pdf>.
17. SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. [internet]. 2015 [acesso em 2020 set 03]; Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf).

RECEBIDO: 11/11/2021
ACEITO: 02/07/2021