

Aprendendo com a Prática: Experiência de Estudantes da Famema

Learning With Practice: an Experience of Famema Students

Maria José Sanches Marin¹
Valéria Garcia Caputo¹
Érica Ishida¹
Jakeline Neves Giovanetti¹
Rafael Teixeira Pinto¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Currículo;
- Ensino;
- Métodos;
- Prática Profissional.

KEYWORDS:

- Curriculum;
- Teaching;
- Methods;
- Professional Practice.

Recebido em: 03/06/2005

Reencaminhado em: 25/07/2006

Aprovado em: 13/02/2007

RESUMO

A Faculdade de Medicina de Marília, desde 1997, vem implementando mudanças curriculares nos cursos de Enfermagem e Medicina. Tais mudanças pressupõem articulação entre teoria e prática, processo de ensino baseado na aprendizagem significativa, centrado nos estudantes, em situações de aprendizagem que emergem da prática profissional, abordados de forma interdisciplinar e multiprofissional. Para isto, os estudantes de Enfermagem e Medicina, de forma integrada, desenvolvem atividades em contato com usuários e trabalhadores da saúde, desde o primeiro ano, inseridos em equipes nas Unidades de Saúde da Família, num ciclo de dois anos, denominado Unidade de Prática Profissional. O presente relato apresenta a experiência de três estudantes que tiveram a oportunidade de avaliar o estado de saúde e acompanhar seis famílias. Esta atividade possibilitou identificar diferentes necessidades de saúde e levou os estudantes a buscar informações em diversas fontes a fim de propor estratégias de ação que contribuam para a melhora da qualidade de vida das pessoas. Foi possível intervenção por meio de orientações, encaminhamentos e realização de procedimentos. Os estudantes concluem que esta prática possibilita maior compreensão dos valores dos usuários e a aproximação de uma realidade bastante distante do seu modo de vida, além de uma aprendizagem significativa.

ABSTRACT

Since 1997 the Faculty of Medicine of Marília is promoting curricular changes in its Nursing and Medicine Courses. These changes imply in articulation of theory and practice, a teaching process based on significant learning centered on the student, in learning situations arising from the professional practice, approached in a multidisciplinary and multi-professional way. To this purpose, nursing and medicine students develop since the first year of their course activities in an integrated way, in contact with users and health professionals. During a period of two years, teams of students participate in the activities of Family Health Units, the so called Professional Practice Units. This article describes the experience of three students who had the opportunity to evaluate the health status and provide care to six families. This activity allowed the students to identify various health needs and made them seek for information from different sources in order to provide orientation and suggest strategies for improving the quality of life of the individuals. The students conclude that this practice besides allowing for significant learning provided them with a better understanding of a reality of life distant from their own and the different values and needs of the users.

INTRODUÇÃO

Este relato refere-se à experiência de estudantes na Unidade de Prática Profissional (UPP) desenvolvida na 1ª e 2ª séries dos cursos de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Para introduzir o relato, discutem-se as necessidades de mudanças na formação profissional, o Programa de Saúde da Família (PSF) como cenário de mudança da prática, a taxonomia das necessidades de saúde como referencial que proporciona uma abordagem integral do cuidado e, na seqüência, a vivência dos estudantes. O objetivo deste relato é demonstrar as possibilidades de ensino-aprendizagem por meio de confronto com situações da prática que permitam uma visão integral da pessoa, inserida no contexto familiar e social e, conseqüentemente, uma aprendizagem significativa.

O CONTEXTO ATUAL

Atualmente, na área da saúde, busca-se efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), visando ao acesso universal e à qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social, o que se tem colocado como um direcionamento para atender as necessidades de saúde da população. Há necessidade, no entanto, de reorganizar a formação e a capacitação de recursos humanos para atuar desta forma.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde aponta o papel das universidades na formação, requalificação e qualificação profissional. Propõe, entre outras necessidades, a revisão das estruturas curriculares pautada na política, legislação e trabalho no SUS, de forma articulada com os segmentos de controle social, possibilitando a reorganização da prática, rotina e modelos de atenção à saúde¹.

Lima e Ribeiro² apontam o desafio na construção de novos modelos pedagógicos para a formação de profissionais no campo da saúde, frente às necessidades da sociedade atual, que “consiste em fazer acontecer na escola o que esperamos suceder fora dela, nos espaços de promoção e de provisão de cuidados à saúde”.

Em resposta a essa política, os cursos de Enfermagem e Medicina da Famema vêm implementando, desde 1997, mudanças curriculares que pressupõem articulação teoria/prática, um processo de ensino baseado na aprendizagem significativa, em situações de aprendizagem que emergem da prática profissional e abordadas de forma interdisciplinar e multiprofissional.

Pretende-se, deste modo, formar profissionais capazes de prestar atendimento integral e humanizado e de trabalhar em equipe, compreendendo a realidade em que vive a população e, conseqüentemente, suas necessidades de saúde.

Para isto, uma inovação dos currículos nos dois cursos é a Unidade de Prática Profissional (UPP), que conta com a participação de docentes da Famema e de profissionais da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, tendo como cenário o PSF, desenvolvendo a integração entre a prática médica e de enfermagem no campo de trabalho.

A implementação do Programa de Saúde da Família como estratégia de valorização da atenção básica e espaço para formação profissional

O modelo de atenção à saúde, que vem se perpetuando em nossa realidade por muitas décadas, tem se caracterizado pela fragmentação do cuidado, centralização do poder no profissional médico e dificuldade de acesso da população com menor poder aquisitivo. Desta forma, não tem conseguido atender aos diversos e complexos problemas de saúde da população³.

Frente às necessidades de mudança, o PSF vem sendo implantado em todo o território nacional, como estratégia de superação desse modelo. O PSF representa uma forma de reorientação da atenção básica e do atual modelo de atenção à saúde do País⁴. Para Seixas, além de uma estratégia, é um espaço estratégico para a defesa dos princípios de atenção integral, vínculo, responsabilização, trabalho em equipe e concepção ampliada de saúde⁴.

A atenção está centrada na família, considerando o ambiente físico e social, o que possibilita aos profissionais da equipe uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção para além das práticas curativas⁵.

Espera-se da equipe de saúde da família, ao atuar numa área adscrita, que desenvolva ações de saúde dirigidas às famílias e a seu ambiente, com ênfase nos aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, articulada com outros setores que contribuam para a melhoria das condições de saúde⁶.

Neste contexto, para expandir e consolidar a proposta de implementação do PSF, impõe-se às instituições formadoras de recursos humanos na área da saúde um papel fundamental na formação e qualificação de profissionais segundo a atual política de saúde.

A taxonomia das necessidades de saúde enquanto eixo teórico-metodológico para integralidade e humanização

A necessidade de uma nova forma de pensar e agir em saúde que seja capaz de atender às reais necessidades da população demanda “avanços na produção de saber e tecnologias aderentes ao novo objeto⁷. Com este objetivo, nas últimas décadas, os estudiosos em saúde coletiva vêm produzindo conhecimento sobre temáticas que ampliam a visão do processo saúde/doença para além dos aspectos biológicos.

O conceito de necessidades de saúde representa um norteador da organização de ações na atenção primária. Nesta lógica, enfatiza a importância de instaurar a escuta como um instrumento de negociação entre a equipe de saúde e usuários, e o cuidado como forma de responder às necessidades definidas. Para isto, novas formas de organizar as práticas de saúde são necessárias⁸.

Cecílio⁹, ao resgatar as contribuições de Stotz referentes às necessidades de saúde, destaca a importância de adotar uma taxonomia que seja descritiva e operacional, e que exprima a dialética do individual e do social. Neste sentido, organiza uma classificação em quatro grandes conjuntos⁹:

- Ter boas condições de vida – refere-se aos “fatores ambientais externos que determinam o processo saúde-doença”;
- Ter acesso – possibilidade de “poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”;
- Ter vínculos efetivos entre cada usuário e equipe ou profissional – “estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades”;
- Ter graus crescentes de autonomia – “possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta resignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampliada possível”.

A PROPOSTA DE ENSINO-APRENDIZAGEM A PARTIR DA PRÁTICA

As mudanças curriculares implementadas na Famema vêm buscando a transformação da prática profissional e da formação de profissionais de saúde, com base no modelo de vigilância em saúde.

Para isto, desde a primeira série dos cursos, os estudantes são colocados em contato com a realidade por meio de inserção numa equipe do PSF. As práticas, realizadas num ciclo de dois anos, abrangem desempenhos referentes ao cuidado relacionado às necessidades de saúde individuais e coletivas, e de organização e gestão do trabalho. No desenvolvimento das atividades educacionais, um grupo de 12 estudantes – 4 do curso de Enfermagem e 8 do curso de Medicina – é supervisionado por um docente enfermeiro e um docente médico. Na Unidade de Saúde da Família, duplas ou trio de estudantes assumem uma microárea, na qual fazem visitas domiciliares para identificar as necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidade.

O conjunto de atividades realizadas tem como principal objetivo desenvolver capacidades (cognitivas, psicomotoras e afetivas) que instrumentalizem a identificação de necessida-

des de saúde, a formulação do problema e a utilização dos métodos clínico e epidemiológico, visando à elaboração e execução de planos de cuidado. As principais tarefas desenvolvidas são a história clínica e o exame clínico geral e específico, além do trabalho multiprofissional numa equipe de PSF que propicia a vivência dos aspectos organizacionais do serviço de saúde, dos aspectos epidemiológicos da área de abrangência, da rede social, da estrutura social e representação social das pessoas neste contexto de vida¹⁰.

As atividades de ensino aprendizagem se realizam por intermédio de um “ciclo pedagógico” baseado nos princípios da aprendizagem significativa, que compreende:

- Confronto experiencial numa situação real da prática, que inclui a coleta de dados de interesse profissional, identificação das necessidades de saúde e realização das atividades necessárias ao atendimento das mesmas;
- Elaboração de síntese provisória e levantamento de questões de aprendizagem. Nesse momento, os estudantes realizam uma reflexão sobre as principais situações vivenciadas, discutem em grupo e identificam questões de estudo de interesse comum do grupo que subsidiem a tomada de decisões e as ações de saúde;
- Busca e análise de informações em diferentes fontes;
- Elaboração da nova síntese, por meio da discussão das informações trazidas pelo grupo.

Nesta trajetória, que exige constante reflexão na construção do conhecimento, emprega-se o portfólio como um instrumento para acompanhar o desenvolvimento do estudante. Este instrumento é organizado com base no registro sucessivo dos ciclos pedagógicos feito pelo estudante – síntese provisória, discussão, busca e nova síntese –, de forma que, ao se confrontar com situações da realidade, ele realiza uma análise da mesma considerando o contexto da pessoa/família, os recursos dos serviços de saúde, além de seus sentimentos e reações frente à realidade¹⁰.

O portfólio é considerado um instrumento de estimulação e ativação do pensamento reflexivo, permitindo documentar, registrar e estruturar os procedimentos e a própria aprendizagem, além do processo de reflexão necessário para indicar novas pistas e formular novas hipóteses que facilitem as estratégias de autodesenvolvimento¹¹.

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS PESSOAS, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE

Cenário da experiência

As atividades se realizaram na Unidade de Saúde da Família Santa Augusta, localizada na Zona Sul da cidade de

Marília, que atende 655 famílias, sendo 70 da zona rural. Entre as 2.343 pessoas atendidas na área, 45 (1,9%) têm menos de um ano de vida, e 153 (6,5%) têm 60 anos ou mais. A área de abrangência é dividida em cinco microáreas e conta com um agente comunitário de saúde (ACS) por microárea.

Quanto aos recursos humanos, há um médico, uma enfermeira, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, dois auxiliares de enfermagem, cinco ACS e um auxiliar de serviços gerais. Além deles, uma assistente social, uma psicóloga e uma fisioterapeuta atuam na unidade uma vez por semana.

Além do atendimento individualizado, a unidade entrega resultados de exame de Papanicolaou e desenvolve atividades com grupos de hipertensos e diabéticos e de artesanato, futebol, caminhada, reorientação alimentar, gestante, corte de cabelo e crescimento e desenvolvimento.

Os principais problemas apontados em reuniões com a comunidade referem-se a: necessidade de orientações sobre ações preventivas de situações específicas (dengue, leishmaniose, câncer de colo uterino), necessidade de esclarecimentos sobre serviços comunitários; demora de encaminhamentos para especialistas; falta de medicamentos; lixo acumulado no bairro; presença de cães soltos nas ruas.

Necessidades de saúde das pessoas, da família e da comunidade

De agosto de 2003 a outubro de 2004, dois estudantes de Medicina e um estudante de Enfermagem fizeram visitas domiciliares na microárea 02 da USF Santa Augusta para levantar dados clínicos e epidemiológicos, identificar necessidades de saúde e propor estratégias de intervenção.

Foram acompanhadas seis famílias, num total de 28 pessoas avaliadas, sendo 11 (39,2%) do sexo masculino e 17 (60,7%) do sexo feminino, com prevalência na faixa de 16 a 50 anos.

Em relação à cor (etnia), há maior número de pardos 16 (57,1%), seguido de brancos – 6 (21,4%) – e negros na mesma proporção – 6 (24,4%). Quanto ao estado civil, 16 (57,1%) são solteiros, 4 (14,3%) casados, 4 (14,3%) divorciados e 4 (14,3%) viúvos.

Quanto à população economicamente ativa, 5 (17,8%) estão empregados, 6 (24,4%) estão desempregados, 6 (24,4%) estão aposentados e 2 (7,1%) estão afastados por licença médica. No geral, o índice de escolaridade é baixo, sendo três (10,7%) analfabetos. Das 28 pessoas, 7 (25%) são fumantes e 6 (21,4%) referem uso de bebida alcoólica.

Entre as doenças referidas destacam-se: hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, hipercolesterolemia, varizes, cálculo renal, gastrite, hipotireoidismo, sinusite, transtornos psiquiátricos e impotência sexual.

Foi observado que grande parte dos portadores de doenças crônicas não adere corretamente ao tratamento, muitas vezes devido aos distúrbios psíquicos associados. O outro dado constatado revela que a maioria das mulheres não realiza o exame de prevenção do câncer do colo de útero e mama anualmente. Eles também não praticam nenhum tipo de atividade física.

Todas as casas são de alvenaria e têm saneamento básico, mas três delas apresentam condições de higiene precárias, e duas estão em mau estado de conservação.

Descrevem-se a seguir as condições de três famílias, extraídas dos portfólios dos estudantes e sintetizadas com o auxílio das docentes. Foram utilizados nomes fictícios, para garantir o anonimato das pessoas.

Família Torres

Constância, 45 anos, é viúva e mãe de Fátima (20 anos), Aparecido (18) e Lara (16), e avó de Mayara (11 meses), que é filha de Lara. Residência de alvenaria, com três cômodos – quarto, cozinha e banheiro – sem acabamento, com tijolos à mostra e precário estado de conservação e higiene. As roupas sujas ficam espalhadas pela casa, e panelas sujas sobre o fogão e pia; além disso, a casa tem apenas uma cama de casal. A renda familiar é de um salário mínimo, proveniente da aposentadoria deixada pelo marido de Constância. A alimentação é composta quase totalmente de carboidratos. Constância não possui documentos, não sabe exatamente qual a sua idade, tem déficit cognitivo, instabilidade emocional, refere fraqueza intensa e dispnéia ao deambular. Foi constatada pressão arterial elevada, mas se recusa a fazer avaliação médica. Mayara, além de dormir e permanecer a maior parte do tempo num carrinho de passeio, apresenta retardo no desenvolvimento psicomotor, hiperemia em região perineal, roupas sujas e malcheirosas. Os três filhos de Constância não estudam, não trabalham e não demonstram interesse em realizar qualquer atividade. Lara é solteira e não recebe ajuda financeira nem afetiva do pai de Mayara; além disso, tem vida sexual ativa e não utiliza métodos contraceptivos. Aparecido é portador de distúrbio psiquiátrico, que o torna agressivo, e recentemente esteve internado num hospital psiquiátrico.

Família Teixeira

Ana, 58 anos, é irmã de José (56) e esposa de Adelino (60). Residem em casa própria, de alvenaria, em bom estado de higiene e conservação. José é diabético e portador de insuficiência renal crônica em processo de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD). Ele próprio cuida da diálise, mas é dependente para aplicação da insulina, alegando medo da auto-

aplicação. Ana relata que o irmão não tem bom relacionamento com seu marido, não segue corretamente a dieta e está acima do peso desejável. Ana tem hipertensão arterial controlada. Seu marido, Adelino, tem boa saúde e é o único membro da casa que trabalha. Seus filhos são casados e independentes.

Família Vilas Boas

Constituída por Tereza, 65 anos, e suas duas filhas, Amélia (45) e Olga (41). A casa é de alvenaria e se apresenta em péssimas condições de higiene, sendo que o piso da cozinha permanece constantemente repleto de sujeira (restos de alimento e cigarros, etc.). O fogão tem ferrugem, e as panelas e garrafas de cerveja vazias estão sempre à vista. Alimentam-se basicamente de arroz e feijão. Suas condições financeiras são insuficientes para o atendimento das necessidades básicas, não realizam atividade de lazer e nem atividade física, além de apresentarem conflitos no relacionamento. Tereza é aposentada, analfabeta, obesa, hipertensa e diabética, e relata dores em membros inferiores e região do hipocôndrio direito. Já foi atendida pelo médico da USF, tendo sido realizados exames comple-

mentares, com resultados negativos. Tereza também sofre de distúrbio psiquiátrico, refere delírios frequentes e já foi internada algumas vezes em hospital psiquiátrico. Atualmente, faz acompanhamento ambulatorial, apresenta déficit de atenção e faz uso de grande quantidade de medicamentos. Amélia, solteira, parda, desempregada, foi encontrada poucas vezes em sua residência durante as visitas. Também é portadora de distúrbio psiquiátrico e passa por acompanhamento profissional, embora relute em aceitar tomar os remédios prescritos. Refere apresentar incontinência urinária e nunca procurou tratamento. Olga, solteira, parda, foi entrevistada algumas vezes e parecia ser a única responsável pelo cuidado e higienização da casa – isto apenas quando dispunha de tempo, já que trabalhava como doméstica durante o dia. Fomos informados de que a paciente apresentava problemas com bebidas alcoólicas, mas esta condição não foi confirmada.

Taxonomia das necessidades de saúde

As necessidades de saúde encontradas nas famílias foram agrupadas de acordo com a taxonomia proposta por Cecílio⁹ (Quadro 1).

QUADRO 1
Distribuição das necessidades de saúde encontradas nas famílias de acordo com a taxonomia proposta por Cecílio⁽⁹⁾

Taxonomia das necessidades de saúde	Necessidades de saúde
Boas condições de vida	Alimentação inadequada Relacionamento familiar conflituoso Analfabetismo e baixa escolaridade Poucas pessoas economicamente ativas com emprego Uso de fumo e álcool Presença de doenças crônico-degenerativas Falta de lazer Sedentarismo
Acesso	Falta de medicamentos Demora no atendimento de especialistas
Vínculo	Automedicação Recusa em procurar tratamento na USF Não realiza exame preventivo de câncer de colo uterino Falta de adesão ao tratamento
Autonomia	Déficit de conhecimento quanto a cuidados com a saúde Alimentação inadequada Potencial para alteração na integridade da pele Uso incorreto de métodos contraceptivos

A avaliação das condições de saúde das pessoas e das famílias com o objetivo de identificar as necessidades de saúde possibilita uma visão integradora do ser humano, a compreensão de seu modo de vida e a relação deste com as formas de adoecer e morrer. Além disso, essa visão ampliada de saúde, cujo foco deixa de se centrar no diagnóstico médico, facilita o trabalho em equipe.

Foi possível constatar que as pessoas/famílias apresentavam necessidades de saúde em todas as áreas da taxonomia proposta, as quais demandam estratégias de ações individuais e coletivas.

No confronto com a realidade, os estudantes tiveram a oportunidade de problematizá-la, definir claramente as necessidades de saúde e buscar recursos que possibilitassem a adoção de medidas que contribuíssem para a melhoria das condições de vida daquelas pessoas.

Durante o período em que as famílias foram acompanhadas, foi possível propor ações de orientação, encaminhamentos e procedimentos. O contato freqüente possibilitou observar a dinâmica das condições de saúde das pessoas, bem como a relevância do vínculo de confiança estabelecido entre profissionais e usuários. Fica evidente a necessidade de o profissional conhecer quem são e como vivem estas pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Graças à vivência com estas famílias em precárias condições socioeconômicas, pudemos conhecer situações totalmente diversificadas, mas que giram sempre ao redor de um ponto comum: a pobreza. Pobreza que não reflete apenas a dificuldade financeira, mas se revela também pela escassez de educação, lazer, afeto, inserção no mercado de trabalho, transporte e, de forma bastante explícita, precárias condições de saúde.

Nas visitas domiciliares, fomos bem recebidos, já que estávamos ali para conversar e tentar descobrir, por meio de anamnese e exame físico, o que afligia aquela gente e, na medida do possível, em contato com a equipe, levar um retorno para as suas necessidades.

Observamos que as condições de alimentação poderiam estar de alguma forma relacionadas com as doenças daqueles indivíduos, tanto no sentido de risco como agravante das já estabelecidas.

A experiência proporcionada pelas visitas domiciliares foi, certamente, uma lição para que possamos analisar nossos valores e preconceitos. Valores que, se um dia foram alheios à verdadeira realidade do ser humano, hoje estão mais próximos do real e menos idealizados. Estar atento à existência desta realidade fará com que, nos próximos atendimentos, tenhamos uma visão mais ampliada, entendendo que o ser

humano é biopsicossocial e que a saúde depende do equilíbrio dessas três dimensões.

O confronto com a realidade também despertou a curiosidade e a vontade de buscar novos conhecimentos com a finalidade de propor estratégias que possibilitem contribuir com a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde 2000 dez 15-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
2. Lima VV, Ribeiro ECO. Desafios na construção de novos modelos pedagógicos nos cursos de medicina e de enfermagem. *Olho Mágico* 2002; 9:45-8.
3. Merhy EE. Os desafios postos pela atenção gerenciada para pensar uma transição tecnológica do setor da saúde. In: Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. p.67-92.
4. Noronha AB. Graduação: é preciso mudar. *Radis Comun Saúde* 2002; 9-16.
5. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. 18p.
6. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes EV. *Uma agenda para saúde*. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.233-300.
7. Queiroz VM, Salum MJL. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. *Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 6-11 out.1996; São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p.190-207.
8. Lima, AMM, Schraiber LB, Castanheira ERL. D'Oliveira AFPL, Nemes MI. Necessidades de saúde e diálogo no desenvolvimento de tecnologias em atenção primária. In: Campos CMS. *Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) [dissertação]*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.
9. Cecílio LCO, Lima MHJ. Necessidades de saúde das pessoas como eixo: a integração e a humanização do atendimento na rede básica. In: Linhares AL. *Saúde e humanização: a experiência de Chapecó*. São Paulo (SP): Hucitec; 2000. p. 159-82.
10. Faculdade de Medicina de Marília. FAMEMA. Unidade de Prática Profissional: 2ª série. Marília:Cursos de Enfermagem e Medicina de Marília; [S. 1.]. 10f

11. Sá-Chaves I. Portifólios: no fluir das concepções, das metodologias e dos instrumentos. In: Sá-Chaves I. Portifólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2000. p.11-7. (Cadernos Didáticos, Série supervisão; 1)

Conflito de Interesse

Declarou não haver.

Endereço para correspondência

Maria José Sanches Marin

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, nº 1886

Cep 17514-000 – Jardim Itamarati – Marília – São Paulo