



Ministério da Educação
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB
Pró-Reitoria de Graduação - PROGRAD
Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica
Centro de Ciências da Saúde (CCS)

Projeto Pedagógico do Curso Medicina

APRESENTAÇÃO

Formulário
Nº 01

Neste documento, apresenta-se o projeto político-pedagógico de um curso de Medicina a ser implantado no Centro de Ciências da Saúde do Campus de Santo Antonio de Jesus (CCS/SAJ) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Tal projeto conforma uma matriz teórica, uma arquitetura curricular e um referencial metodológico que se articulam num modelo de formação universitária integrado, modular e flexível. Trata-se de proposta inovadora, planejada especialmente para superar os principais desafios da formação de recursos humanos no campo da Saúde no Brasil.

Os egressos das escolas médicas brasileiras, em maioria, mostram-se carentes de uma visão crítica da sociedade e da saúde, com atitude pouco humanística e distanciada dos valores de promoção da saúde das pessoas. De fato, o modelo de educação médica ainda predominante entre nós, na melhor das hipóteses, treina técnicos competentes, porém, pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde. Na prática, os sujeitos formados nesse modelo revelam-se desconhecedores (quando não antagonistas) do Sistema Único de Saúde (SUS), principal política estratégica de Estado para a superação da imensa dívida social da saúde para com a população brasileira carente.

O perfil predominante do egresso dos cursos atuais de graduação em saúde revela seu pouco comprometimento com o SUS e com os aspectos da gestão da saúde, parca compreensão da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional (com integração de conhecimentos interdisciplinares), uma fraca formação humanística (psicológica, sociológica e filosófica), resultando em um indivíduo despreparado e imaturo para cuidar das patologias mais prevalentes no país. As condições atuais do trabalho em saúde demonstram claramente que o graduando em saúde não está preparado para assumir seu papel em relação aos aspectos políticos e sociais da saúde, e pouco ou nada conhece da realidade situacional, permanecendo resistente às mudanças e defendendo o *status quo* vigente.

Em sua concepção, este Projeto poderá superar tais problemas recorrendo a uma modalidade de estrutura curricular denominada Regime de Ciclos, adotada pelos modelos mais avançados de educação em saúde do mundo. Como princípio metodológico, propõe a adoção de modelos pedagógicos ativos e abertos, além de aplicar novas tecnologias de ensino-aprendizagem, disponíveis e testadas em vários momentos da nossa história e em distintos contextos. Desse modo, desenvolve e pratica um sistema de formação com base em métodos e não em conteúdos, com vistas a habilitar o estudante na busca de soluções, capacitando-o a continuar aprendendo durante e por intermédio de sua prática profissional. Em termos operacionais, o curso médico proposto e justificado nesses moldes integra-se organicamente a um programa inovador de formação profissional em Saúde, já implementado e em franco processo de aperfeiçoamento na instituição proponente e em pelo menos 20 outras universidades federais brasileiras.

O presente documento compreende os seguintes tópicos.

Apresentaremos o contexto do Recôncavo da Bahia, com um breve histórico do CCS/SAJ, particularmente o papel do Programa REUNI na consolidação recente da UFRB.

Em seguida, pretendemos argumentar em favor de uma renovação radical da educação médica brasileira. Para isso, faremos uma rápida excursão às raízes históricas da Educação Médica no Brasil e na Bahia, bem como revisaremos as bases institucionais do Sistema Único de Saúde. Visando a produzir subsídios para justificativa do projeto, pretendemos qualificar a demanda social por Saúde e a dívida histórica da Educação Superior em Saúde a partir da demonstração de razões institucionais que sustentam a oferta do curso tanto quanto razões acadêmicas a favor de uma proposta pedagógica avançada, na perspectiva inovadora do Regime de Ciclos. Isso implica identificar com clareza os principais problemas do ensino superior em Saúde no Brasil, manifestos sob a forma de demandas-desafios do SUS à Universidade.

Iniciando a seção propositiva do documento, faremos uma prospecção de paradigmas de inovação curricular na área da educação médica no mundo. Vamos avaliar a Harvard Medical School, sediada numa das melhores universidades do mundo, a Medical School da MacMaster University, centro irradiador da chamada Medicina Baseada em Evidências, a conceituada escola médica da Oxford University, representativa da antiga e respeitada tradição anglo-saxã. Além dessas, avaliaremos os modelos da Universidade de Maastricht, principal promotora do PBL, e da Faculdade de Medicina da USP, considerada a melhor escola médica do Brasil.

Apresentaremos, também, os principais elementos estruturantes da proposta, começando por detalhar os objetivos do curso, perfil do egresso, valores e competências incorporados no programa de formação, além de comentários críticos em relação ao próprio conceito de competência. Tudo isso serve como base para uma proposta de estrutura curricular em ciclos, tendo como primeiro ciclo o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, requisito formal para o Curso Médico como segundo ciclo. Trazemos para discussão temas de organização de Componentes com base em conceitos de integração curricular e Áreas de Concentração, além evidentemente de normas de funcionamento do Curso, incluindo os critérios de passagem para o Segundo Ciclo.

Os princípios básicos da Proposta Pedagógica (formação integral, aprendizagem significativa, pedagogia por programas, diversidade das atividades formativas) serão discutidos. Complementarmente, apresentaremos o conceito de POPE como instrumento de aprendizado, além de outros instrumentos para Avaliação Crítica da Prática, incluindo a Prescrição Educacional e o modo de Pergunta Avaliada Criticamente. Ainda nessa seção, detalharemos as estratégias de avaliação de processos pedagógicos, desempenho dos educandos e avaliação dos concluintes.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO E INTEGRAÇÃO ACADÊMICA
- PROJETO PEDAGÓGICO -

Processo nº

Fls.

Rubrica:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

**Formulário
Nº 02**

CURSO: Medicina

MODALIDADE: Presencial

VAGAS OFERECIDAS: 60 anuais

TURNO DE FUNCIONAMENTO: Diurno

DISTRIBUIÇÃO DE CARGA HORÁRIA POR COMPONENTES CURRICULARES:

1º Ciclo de Formação

Componentes OBRIGATÓRIOS: 1.214 hs (170 hs EAD)

Componentes da área de concentração saúde – enfermidade – cuidado (952h)

Carga horária de componentes livres (optativas): 204h

Carga horária em atividades complementares: 180h

Carga horária de TCC: 68h

Carga horária total do 1º ciclo – **2.618h**

2º Ciclo de Formação

Componentes livres (optativos): 272 horas

Componentes do Eixo Ético-político-humanístico: 272 horas

Componentes do Eixo Técnico-científico: 1.156 horas

Oficinas de MBE: 272 horas

Eixo prático: 2.584 horas

Atividades Complementares: 80 horas

Total carga-horária do segundo ciclo: **4.636 horas**

Carga horária total do curso de medicina (Primeiro ciclo + Segundo Ciclo): 2.618 + 4.636 = **7.254 horas**

TEMPO DE INTEGRALIZAÇÃO:

Tempo Mínimo: 7 anos

Tempo Médio: 9 anos

Tempo Máximo: 11 anos

FORMA DE INGRESSO:

1º Ciclo – Sistema de Seleção Unificada - SISU

2º Ciclo – Regulamentado por meio da Resolução CONAC 002/2011 (com sugestão de alterações nesse projeto)

REGIME DE MATRÍCULA: Anual

PORTARIA DE RECONHECIMENTO: (data de publicação no D.O.U.)

JUSTIFICATIVA

Formulário
Nº 03

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1. O CONTEXTO DO RECÔNCAVO DA BAHIA

O Recôncavo da Bahia tem uma importância única na história da constituição do Brasil como Nação, cultura e povo, tanto do ponto de vista econômico e político, quanto artístico e linguístico. Compreende a região que circunda a Baía de Todos os Santos, descoberta pelos portugueses em meados do século XVI. "Recôncavo", na terminologia geográfica, significa terra circunvizinha a uma enseada, baía ou porto.

Com a instalação da capital da colônia na Cidade do Salvador, em 1549, é notável o desenvolvimento do Recôncavo entre os séculos XVI-XVIII. Durante o período colonial, a região tornou-se uma das mais importantes produtoras de açúcar na América portuguesa, tendo alcançado seu apogeu por ocasião da invasão de Pernambuco pelos holandeses (Wissenbach, 2005). Além da intensa produtividade econômica decorrente da lavoura canavieira, duas outras culturas eram relevantes na região do Recôncavo – o fumo, usado como moeda de troca por escravos, nas costas africanas, e a mandioca, fundamental para o abastecimento tanto da população urbana quanto da mão-de-obra escrava. No fim desse período, o Recôncavo Baiano era a região mais densamente ocupada do Brasil Colônia, agregando maior contingente populacional que a própria capital. Além disso, representava importante centro de produção agrícola para consumo interno e externo e, por meio da navegação nos fundos da baía e nos estuários, cumpria o papel de elo entre capital e interior do Estado.

Ao longo do período colonial, a população do Recôncavo foi-se constituindo como produto da miscigenação de índios, portugueses e, majoritariamente, negros descendentes de escravos expatriados de distintas regiões africanas. Com a consolidação da cidade de Cachoeira como porto escravagista preferencial da Colônia, esses últimos já eram mais de 70% da população desde o início do século XIX.

É importante destacar que a agricultura baseada no escravagismo e a exploração mercantil da cana de açúcar que marcaram a história do Recôncavo, resultaram na constituição de uma sociedade desigual e marcada por elevados índices de pobreza e opressão. Nesse contexto, importante parcela da sociedade civil se organizou tendo como aspiração maior a melhoria das condições de trabalho e qualidade de vida para a região. Ainda no século XIX, homens e mulheres do Recôncavo protagonizaram a Revolta Federalista de São Félix (1832) e a Sabinada (1837), movimentos populares cuja bandeira de luta seria a construção de uma Bahia sem escravidão e com cidadania.

O território do Recôncavo produziu um legado cultural de enorme importância. Já durante o século XIX, nessa região, ocorreram os primeiros registros do samba-de-roda, expressão musical, coreográfica, poética e festiva de raízes culturais negro-africanas. Essa herança mesclou-se, de maneira singular, a traços culturais trazidos pelos portugueses, como certos instrumentos musicais (viola e pandeiro, principalmente), a própria língua portuguesa e a elementos de suas formas poéticas. Essa herança musical integra-se a outras manifestações culturais transmitidas por africanos escravizados e seus descendentes, que incluem o culto aos orixás e aos caboclos, a capoeira e o maculelê, além da chamada “comida de azeite”.

Com a mudança nos percursos de ligação capital-interior, em função do surgimento de rodovias, e a crise da agroindústria açucareira, o Recôncavo experimentou profunda estagnação econômica, no final do século XIX e até meados do século XX. Sua economia só voltou a ter novo impulso, ainda que restrito geograficamente à parte nordeste da região, com a descoberta de petróleo, na década de 1950, e a subsequente instalação de equipamentos industriais de refino de combustíveis e derivados. Apesar disso, os investimentos industriais, principalmente no setor petroquímico, concentraram-se no entorno de Salvador, acentuando ainda mais o subdesenvolvimento econômico e social do restante da região.

A delimitação do Recôncavo Baiano, em termos geopolíticos, não é de fato precisa. Tomando-se como referência a Baía de Todos os Santos, seu território penetraria no continente por aproximadamente 80 quilômetros. Sua área total é calculada em 1.196 km². O governo estadual considera oficialmente o chamado “Território de Identidade” do Recôncavo composto por 20 municípios: Cabaceiras do Paraguaçu, Cachoeira, Castro Alves, Conceição do Almeida, Cruz das Almas, Dom Macedo Costa, Governador Mangabeira, Maragogipe, Muniz Ferreira, Muritiba, Nazaré, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Felipe, São Félix, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Sapeaçu, Saubara e Varzedo.

Localizada na parte sudoeste do Recôncavo, a 180 km de Salvador, situa-se a cidade de Santo Antônio de Jesus, escolhida para sediar o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Surgida no início do Século XIX, a partir da construção de um oratório pelo Padre Matheus Vieira, em pouco tempo tornou-se ponto de convergência para o comércio regional por sua privilegiada localização geográfica. Dessa vocação comercial sobreveio uma primeira fase de crescimento populacional e a implantação de infraestrutura urbana inicial, ainda no século XIX. Em 30 de junho de 1891, o governo do Estado elevou Santo Antônio de Jesus à categoria de cidade.

No início do século XX, Santo Antônio de Jesus viveu intenso período de expansão cultural, com a

Paládio" que chegou a circular em cinco estados do Brasil. Na área da educação, inauguram-se os primeiros prédios escolares; na saúde, instala-se a Santa Casa de Misericórdia.

Após a década de 1970, com a pavimentação da BR-101, principal rodovia federal que corta o Estado da Bahia no sentido Norte-Sul, o município ganha novo impulso e se consolida definitivamente como centro comercial e de serviços para toda a região, passando a ser considerado como a "Capital do Recôncavo". Hoje, o município de Santo Antônio de Jesus constitui o principal pólo regional do Recôncavo Sul, com população recenseada em 2010 de 90.985 habitantes, um IDH de 0,729 e Índice Gini de 0,41.

Santo Antônio de Jesus constitui pólo regional também na oferta de serviços de saúde e abriga a sede da 4ª Diretoria Regional de Saúde. Possui 134 estabelecimentos de saúde, segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Deste total, 35 encontram-se sob gestão da Secretaria de Saúde do município, distribuídos da seguinte forma: 21 unidades de saúde da família, duas unidades básicas de saúde, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), duas policlínicas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), unidade de Vigilância Epidemiológica, unidade de Vigilância Sanitária, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), unidade móvel terrestre, Centro de Tratamento Alternativo Pró-Vida (CTA Vida). O Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, inaugurado em 2010, é uma instituição moderna, com modelo de gestão terceirizada operada pelo Instituto Fernando Filgueiras. Esse hospital tem capacidade operacional para 146 leitos e está equipado para realizar atendimentos de média e alta complexidade para a população do Recôncavo baiano.

Uma sùmula do contexto do Recôncavo da Bahia na atualidade: a vitalidade econômica e cultural de épocas passadas não se manteve, conformando, nesse território carregado de diversidade, um cenário de pobreza, sofrimento, lutas e instabilidade econômica. Numa conjuntura recente de retomada do desenvolvimento econômico e social do Brasil e do Estado da Bahia, a região passa a receber influxos redinamizadores de sua economia, sociedade e cultura.

Nesse contexto, cria-se a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

1.2. HISTÓRICO DA UFRB E DO CCS/SAJ

Entre os anos de 2002 e 2005, foi implantada na região a segunda universidade federal do Estado da Bahia, como parte do processo de reconhecimento do Recôncavo como território de identidade. A formação histórica da região, resumida no item anterior, revela fatos que, desde o período colonial, permitiram a construção e consolidação de uma cultura acadêmica e exerceram papel fundamental na formação profissional e no desenvolvimento científico na região, contribuindo sobretudo para o desenvolvimento da agropecuária no Estado. Nesse aspecto, destacam-se a criação do Imperial Instituto Agrícola da Bahia (1859) e da Escola de Agricultura da Bahia (1877), raízes históricas da Escola de Agronomia da UFBA, principal embrião da instituição que veio a se chamar UFRB.

A UFRB surge com o desafio de contribuir para superar o déficit histórico de vagas do ensino

superior público no Estado. A Bahia chega ao século XXI dispendo do menor número de matrículas no ensino federal superior do Nordeste e o segundo pior do Brasil. A razão de 1,49 matrículas para cada mil habitantes, apresentada pela Bahia, corresponde apenas à metade daquela apresentada pelo vizinho Estado de Pernambuco. Apesar das dimensões territoriais, econômicas e populacionais e da multipolarização dos seus espaços geográficos, que por si já justificariam a existência de outras universidades, tal situação se manteve por décadas, evidenciando grave desvio do pacto federativo em relação ao Estado, e, certamente mais grave, conformada por um incômodo silêncio de gerações de baianos e suas lideranças.

O ano de 2002 foi decisivo para o processo de constituição da UFRB, com a mobilização da sociedade civil da Região, resultante de articulação política e institucional da Escola de Agronomia da UFBA em Cruz das Almas. De fato, ocorreu um vigoroso movimento social e político que contou com a força propulsora da própria Universidade Federal da Bahia (UFBA). A administração central e os conselhos superiores dessa instituição desencadearam processos externos e internos com a finalidade estratégica de criar cenários e fatos favoráveis à criação de uma nova instituição universitária.

Em 7 de outubro de 2002, em reunião com a bancada de deputados federais e senadores baianos, a Reitoria da UFBA apresentou a proposta de criação da UFRB. No início de 2003, o Conselho Universitário da UFBA, em reunião extraordinária na Escola de Agronomia, pela primeira vez discutiu a proposição de seu desmembramento para implantar uma segunda universidade federal no Estado da Bahia. O egrégio Conselho deliberou, naquela ocasião, formar uma comissão especial com o objetivo de elaborar um projeto de criação do que viria a ser a UFRB. Em paralelo, com a finalidade de fortalecer a proposta no contexto territorial, nesse mesmo ano, realizaram-se audiências públicas nos municípios de Amargosa, Cachoeira, Castro Alves, Cruz das Almas, Maragogipe, Mutuipe, Nazaré, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Félix, Terra Nova e Valença.

Transposta esta etapa, em outubro de 2003 foi entregue ao Presidente da República, Luis Inácio Lula da Silva, a proposta de criação da UFRB. Após tramitar no Ministério da Educação, recebendo aportes técnicos e institucionais, a Presidência da República enviou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei de Criação da nova universidade. Em 6 de julho de 2005, o Projeto foi aprovado pela Câmara de Deputados Federais e, em 12 de julho do mesmo ano, foi também aprovado pelo Senado Federal.

A UFRB, com sede no município de Cruz das Almas, foi criada pela Lei 11.151, de 29 de julho de 2005, por desmembramento da Escola de Agronomia da UFBA, com o objetivo de ministrar ensino superior, desenvolver pesquisas nas diversas áreas de conhecimento e promover a extensão universitária. No ato de sua criação, os cursos de todos os níveis integrantes da Escola de Agronomia da UFBA passaram a integrar a UFRB. Os alunos regularmente matriculados foram transferidos e passaram automaticamente a integrar o corpo discente da UFRB. Também foram redistribuídos para a UFRB os cargos ocupados e vagos do Quadro de Pessoal da UFBA, disponibilizados para funcionamento da Escola de Agronomia.

No estatuto da UFRB, Capítulo II – das finalidades, a instituição assume o compromisso de gerar e

disseminar conhecimentos nos campos das ciências, da cultura e das tecnologias; propiciar formação cidadã continuada nas diferentes áreas de conhecimento; contribuir para o processo de desenvolvimento do Recôncavo da Bahia, do Estado e do País, por meio de pesquisas e da formação de quadros científicos e técnicos em nível de suas necessidades; promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica. Associam-se a tais propósitos o papel de educar para o desenvolvimento sustentável; promover princípios éticos na consecução de seus objetivos; manter amplo e diversificado intercâmbio de conhecimentos com a sociedade; e contribuir para a melhoria do ensino em todos os níveis e modalidades, por meio de programas de formação inicial e continuada.

1.3. A UFRB E O REUNI

Concebida a partir de um modelo multi-campi, a UFRB foi estruturada com cinco Centros, localizados em quatro municípios do Recôncavo Sul da Bahia.

O Centro de Ensino de Ciências Agrárias Ambientais e Biológicas (CCAAB) e o Centro de Ciências Exatas e Tecnológicas (CETEC) situam-se em Cruz das Almas, localizada a 146 quilômetros de Salvador. Esse município tem uma economia agrícola bastante desenvolvida e conta com uma população, recenseada em 2010, de 58.606 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,723, e índice de Gini de 0,44. O Centro de Artes Humanidades e Letras (CAHL) situa-se em Cachoeira, município localizado a 100 km de Salvador. Esse município foi, durante o século XIX, importante pólo portuário e comercial. Atualmente conta com uma população de 32.026 habitantes; tem um baixo IDH (0,681) e um índice Gini de 0,46. O Centro de Formação de Professores (CFP) situa-se na cidade de Amargosa. Localizado a 220 km de Salvador, esse município conta com uma população de 34.351 habitantes, um IDH de 0,662 e um índice Gini de 0,45.

O Centro de Ciências da Saúde (CCS) foi instalado em Santo Antonio de Jesus em 2006, quando passou a oferecer os cursos de graduação em Enfermagem, Nutrição e Psicologia. Inicialmente, estes cursos adotaram os currículos executados pela UFBA. Em 2007, com a ampliação do corpo docente houve reestruturação curricular. Tal processo definiu uma organização curricular em formato convencional, disciplinar, com componentes curriculares de formação básica e específica. Os componentes de formação básica visam habilitar o estudante a se apropriar dos conhecimentos nucleares da área da saúde e utilizá-los em novas construções de atividades profissionais. Já os componentes de formação específica, buscam habilitar o estudante a se apropriar do conhecimento teórico, prático e tecnológico relativo às profissões de enfermagem, nutrição e psicologia.

Em 2007, como forma de ampliar sua oferta e consolidar uma nova arquitetura acadêmica, a UFRB aderiu ao REUNI. Essa adesão representou uma oportunidade para consolidação da Instituição, permitindo não só ampliação quantitativa e organizacional, mas assegurando-lhe maior solidez acadêmica.

Por se tratar de uma Universidade recém-criada, a UFRB participou do REUNI em dimensão

diferenciada das demais Instituições Federais de Ensino Superior (IFES): não se tratava de um processo de reestruturação, mas de estruturação fundada em critérios mais racionais, maximizando a utilização da capacidade técnica e científica já instalada, fruto da fase de implantação. Nesse aspecto, o REUNI significou de fato uma expansão programada, visando garantir melhor qualidade do ensino e qualificação pedagógica dos docentes, investindo em infraestrutura e pessoal, melhorando as condições financeiras e estruturais capazes de viabilizar o ideário e a missão institucional.

No contexto de reestruturação pedagógica dos cursos de graduação, atendendo a metas do REUNI, em 2009, foi implantado no CCS o curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Esse curso foi estruturado com vistas a uma formação de natureza interdisciplinar, com enfoque nas culturas humanística, artística e científica, articuladas a saberes concernentes ao campo da saúde. Alia-se a isso, o fato do BIS ter inaugurado uma forma inovadora de acesso à universidade, por meio de ciclos de formação, sendo um primeiro ciclo de formação geral e básica na área da saúde, garantindo acesso e preparação para a formação específica em cursos profissionalizantes da área da saúde.

2. PORQUE É NECESSÁRIO REVOLUCIONAR A EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Nesta seção, em primeiro lugar, apresenta-se breve histórico da Educação Médica no Brasil e na Bahia, buscando compreender as raízes do modelo de educação médica hospitalocêntrica e especializada, hegemônico na conjuntura brasileira atual. Em segundo lugar, discutem-se as bases histórico-institucionais do Sistema Único de Saúde, resultante de intensa luta política por políticas públicas capazes de atender às necessidades sociais de saúde da sociedade brasileira.

Como se analisa em maior detalhe na seção seguinte – Subsídios para Justificativa da Proposta, a educação médica brasileira, por um lado, articula-se de modo deficiente ou distorcido à formação de outros trabalhadores de saúde e, por isso, não consegue formar profissionais capazes de trabalhar em equipe. Por outro lado, o modelo de formação predominante no país não tem conseguido graduar médicos com uma atitude analítico-crítica perante o conhecimento prático aplicado ao cuidado em saúde, efetivamente preparados para a educação permanente necessária ao constante aperfeiçoamento e à atualização continuada da capacitação científica e tecnológica.

2.1. EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Em 1808, de passagem por Salvador, em fuga dos exércitos napoleônicos, o Príncipe-Regente D. João, assinou uma Carta-Régia que autorizava a instalação de uma escola de cirurgia no Hospital Militar de Salvador da Bahia. Esse fato histórico marcou, a um só tempo, o início da educação superior e do ensino médico na Bahia e no Brasil. Do ponto de vista acadêmico, no entanto, implantava-se um modelo de formação profissional ainda baseado na distinção medieval entre

cirurgiões (médicos-manuais) e físicos (médicos-filósofos), num momento histórico em que o mundo desenvolvido da época já aproveitava os avanços da clínica moderna.

O processo de integração da formação médica como prática sistematizada de base tecnocientífica, consolidado nos países europeus no bojo do Iluminismo, alcançou-nos com pelo menos um século de atraso. Após a Independência do Brasil em 1822, um movimento associativo das elites locais deu origem à Academia Imperial de Medicina (1829-1889). Em 3 de outubro de 1832, no Rio de Janeiro e na Bahia, as escolas militares de cirurgia foram reestruturadas, dentro do modelo bonapartista de faculdades isoladas, resultado de uma missão luso-francesa contratada pelo governo da regência (Edler, 2000).

Na segunda metade do século XIX, a cultura nacional se expandiu nas regiões econômicas do País que apresentavam maior dinamismo econômico e centralidade política, como Rio de Janeiro e São Paulo, reforçando os eixos conservadores ancorados na vida colonial e no regime do Império, sem transformações mais profundas da vida social. O aumento da demanda de assistência médica decorrente da primeira onda de urbanização e do aumento populacional determinou uma grande mudança no perfil do médico. Foram criados cursos práticos e desmembradas as várias cátedras clínicas e cirúrgicas nas faculdades de medicina, regulamentadas pelos decretos 8.024/1881 e 8.918/1883, primeiros diplomas legais normativos do ensino médico em âmbito nacional.

No final do século XIX, articulado a um crescimento agrícola sustentado numa política de promoção da imigração e na abolição da escravatura, o regime político republicano consolidou um plano de desenvolvimento da educação superior no Brasil que reforçou o modelo baseado em faculdades, rejeitando, em sucessivas oportunidades, propostas de implantação de universidades. No que se refere especificamente ao tema da educação médica, a consolidação do regime de faculdades manteve o ensino e a prática médica como atividade de elite, quase exclusiva da nobreza e da burguesia urbana, garantindo dessa forma o controle político e institucional do exercício profissional da medicina pelas classes dominantes daquele contexto histórico.

Nas primeiras décadas do Século XX, a formação profissional em saúde renovou-se com os efeitos acadêmicos e científicos do Relatório Flexner, datado da mesma época em que se estruturava o ensino superior em saúde nos países do Norte, consolidando nos países do hemisfério Norte o modelo humboldtiano de universidade de pesquisa. A reforma flexneriana significou profunda reestruturação das bases tecnológicas da medicina, redefinindo ensino e prática médicos a partir de princípios científicos rigorosos. Essa proposta realmente implicava uma tentativa de implantar uma nova pedagogia baseada em hospitais de ensino, capaz de superar a profunda cisão então existente entre modelos distintos de prática médica: a clínica e o laboratório. Naquele momento, nossas faculdades de medicina ainda ofereciam modelos retóricos de formação e, onde havia algum dinamismo científico, cultivavam robustos laços com duas tradições europeias antagônicas: a escola francesa, com forte foco na clínica, e a escola alemã, marcada pela pesquisa laboratorial.

A resistência do ensino médico brasileiro em acolher os parâmetros da reforma norte-americana do Relatório Flexner, tal como ocorrido em São Paulo e no Rio de Janeiro, reeditava um antigo conflito com a tradição anatomoclínica, profundamente influenciada pelo modelo germânico de ensino médico. Não obstante a reação inicial, a liderança da clínica retórica tradicional seria

superada com a implantação dos primeiros hospitais-escola no Brasil, nas décadas de 1930 e 1940, com financiamento da Fundação Rockefeller (Marinho, 2001).

A agenda de reforma do ensino médico foi retomada entre nós, na década de 1950, numa vertente pouco reconhecida como parte da Reforma Flexner – a Medicina Preventiva. Apesar das expectativas e investimentos de organismos e fundações internacionais, na América Latina, o único efeito desse movimento parece ter sido a implantação de departamentos acadêmicos de medicina preventiva em países que, já na década de 1960, passavam por processos de reforma universitária. No caso do Brasil, aproveitando o potencial de articulação do modelo preventivista de Leavell-Clark como “guarda-chuva” da prática médica mediante os conceitos de prevenção secundária e terciária, propostas de renovação da prática clínica foram implementadas.

Em suma, do primeiro ciclo de aproximação das faculdades de medicina brasileiras com os organismos de apoio técnico e de financiamento que pretendiam difundir a fórmula do Relatório Flexner no plano internacional, restou a criação de hospitais-escola como campo de treinamento e produção de conhecimento. Do segundo ciclo, já no pós-guerra, resultou a abertura de departamentos de medicina preventiva substituindo as tradicionais cátedras de higiene, introduzindo nas escolas médicas conteúdos de epidemiologia, administração em saúde e ciências da conduta, antes ministrados nas escolas de saúde pública, alienadas da educação médica e destinadas à formação de sanitaristas.

No campo da educação médica, dois eventos marcaram a segunda metade da década de 1960. No subcontinente latino-americano, o seminal estudo coordenado por Juan Cesar Garcia em 1967-1968, intitulado *La Educación Médica en America Latina* (Garcia, 1972). No Brasil, a reforma universitária promovida pelo regime militar, resultante do Acordo MEC/Usaid de 1967 e da Lei 5.540 de 1968. Nesse contexto, Flexner foi retomado como agente reformador do ensino médico. Entretanto, uma rápida revisão da literatura recente sobre educação médica e formação profissional em saúde permite identificar o predomínio de uma construção discursiva anti-flexneriana (Almeida-Filho, 2010). Vários autores identificam no Relatório Flexner elementos conceituais (mecanicismo, biologismo, especialismo, individualismo, cientificismo e tecnicismo) que conformariam um paradigma de ensino médico e de prática assistencial chamado de modelo biomédico flexneriano. Enfim, a versão brasileira da medicina flexneriana reforçaria a separação entre individual e coletivo, biológico e social, curativo e preventivo, privado e público. Sobretudo, compreende o cuidado em saúde como uma especialização precoce e infinda, com excessiva tecnificação e mesmo despersonalização, que em muito facilita a mercantilização da Medicina, em suas diversas modalidades.

A perspectiva pseudocrítica do modelo flexneriano peca em dois aspectos: por um lado, a postulação de que a formação médica deve ser integrada à Universidade, a fim de, por outro lado, propiciar formação cultural e cidadã prévia para acesso à formação profissional, tomando o *College* como pré-requisito de entrada na escola médica.

Após o Golpe de Estado de 1964, o governo militar brasileiro celebrou um acordo com o Departamento de Estado dos EUA, através da USAID, visando reformar o sistema de educação superior do país. Essa iniciativa teve dois antecedentes importantes. Em 1965, um diagnóstico da

situação conhecido como Relatório Acton (resultante da consultoria do norte-americano Rudolph Acton) e a aprovação no Conselho Federal de Educação do célebre Parecer Sucupira (de autoria de Newton Sucupira, educador alagoano) que estabelecia as bases para a implantação de um modelo de pós-graduação parcialmente inspirado no sistema norte-americano.

A reforma foi formalizada na Lei 5540, promulgada em 28 de novembro de 1968, porém seus efeitos se desdobraram por quase uma década. Concretamente, buscava-se reorganizar a instituição universitária, dotando-a de “uma estrutura orgânica com base em departamentos reunidos ou não em unidades mais amplas; [...] e racionalidade de organização, com plena utilização dos recursos materiais e humanos” (Cunha, 2007). Essa departamentalização constituía igualmente um simulacro do modelo norte-americano, ajustado mediante uma aliança com a oligarquia acadêmica nacional.

O saldo positivo da implantação de um modelo de pós-graduação capaz de, nas décadas seguintes, promover uma plataforma dinâmica de pesquisa não compensa certamente o enorme saldo negativo: problemas herdados no regime elitista e tecnocrático, enfim consolidado. Do ponto de vista de arquitetura curricular, implantou-se uma mudança conservadora, corrigindo alguns aspectos pontuais da educação superior, porém mantendo o velho regime europeu de formação linear na graduação.

Como resultado desse processo histórico, de maneira parecida com a situação nos EUA antes da reforma Flexner e com a situação na Europa continental antes do Processo de Bolonha, enfermagem, odontologia, farmácia, psicologia, medicina e outras profissões relacionadas à saúde são, sem exceção, cursos lineares de graduação no Brasil. Esse regime de formação foi, como vimos, consolidado pela Reforma Universitária de 1968.

Nesse regime, que ainda hoje é hegemônico na universidade brasileira, ao ingressarem diretamente nos cursos profissionais, estudantes são muito precocemente forçados a tomar decisões cruciais de escolha da carreira em suas vidas. Vários corolários caracterizam tal sistema. Primeiramente, a dura competição para o ingresso nos cursos de elevado prestígio social (por exemplo, medicina), geralmente após cursos preparatórios caros, transforma aquelas carreiras em verdadeiros monopólios das elites, cujos membros tendem a reproduzir como modelo de atuação abordagens individualistas e privadas relativamente aos cuidados de saúde. Em segundo lugar, quase não há lugar para estudos mais gerais, necessários para promover uma ampla visão humanista das doenças e dos cuidados de saúde pelos profissionais de saúde. Em terceiro lugar, currículos fechados, projetados para a exclusividade na formação, tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando assim segmentos profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe.

Em 2008, foi lançado no Brasil o que já pode ser reconhecida como a Reforma Universitária de 2008. Entre outras medidas, essa reforma inclui um plano de investimento maciço chamado REUNI tem como objetivo duplicar o porte da rede de universidades federais. Essa expansão de cobertura tem sido complementada pela abertura de cursos noturnos e ampliação de programas na Pós-Graduação nas universidades federais, viabilizados pela recuperação do financiamento e contratação de quadros docentes.

No bojo do Programa REUNI, fomenta-se uma reestruturação da Graduação, fundamentalmente através de novos formatos de processo seletivo, como o aperfeiçoamento do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), complementado com o Sistema Unificado de Seleção (SISU). A iniciativa vem permitindo a implementação de cursos de graduação interdisciplinares compatíveis com o sistema universitário dos EUA e com o modelo de Bolonha, na Europa. Em outras palavras, trata-se do regime de ciclos, representado no Brasil por uma nova modalidade de curso superior como primeiro ciclo de formação: o Bacharelado Interdisciplinar (BI).

2.1. EDUCAÇÃO MÉDICA NA BAHIA

Como vimos acima, o Colégio Médico-Cirúrgico foi instituído em 1808, por ocasião da passagem da família real portuguesa por Salvador, tornando-se Faculdade de Medicina da Bahia em meados do Século XIX. Foi aí que a educação superior e a ciência médica nacional nasceram e vários dos grandes nomes da clínica médica se graduaram. Vultos como Manuel Vitorino, Afrânio Peixoto, Nina Rodrigues, Oscar Freire, Alfredo Brito, Juliano Moreira, Martagão Gesteira, Prado Valadares, Pirajá da Silva e Gonçalo Muniz, projetaram nacional e internacionalmente a Faculdade pelas suas atuações de ensino e pesquisa. Por mais de quinze décadas, essa escola médica – uma das raízes da Universidade Federal da Bahia – foi a única opção de formação profissional em saúde no Estado da Bahia.

Passou-se quase um século e meio até que em 1952, lideranças médicas e docentes estabeleceram a Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências – FBDC, mantenedora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Atualmente, a instituição oferece cursos de graduação em Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Odontologia, Psicologia, Enfermagem, Medicina e Biomedicina, além de mestrado e doutorado, tendo já diplomado mais de 10.000 profissionais da área de saúde.

Praticamente outros 50 anos se passariam até que, em 2001, a Universidade Estadual de Santa Cruz criasse o primeiro curso de Medicina no interior da Bahia, na cidade de Ilhéus. A UESC oferece 33 cursos de graduação e 13 de pós-graduação stricto sensu. A Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) oferece o curso de Medicina em dois de seus três *campi*: Vitória da Conquista (desde 2004) e Jequié (desde 2008). Em julho de 2010, após visita técnica, o Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB) recomendou a suspensão do vestibular no campus de Jequié e a transferência dos alunos ali matriculados para Vitória da Conquista, devido a irregularidades que comprometeriam a formação dos futuros médicos.

A partir de 2005 teve início o segundo curso de Medicina ofertado por instituição privada, o da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), na cidade de Salvador. Em janeiro de 2009, a Universidade do Salvador (UNIFACS), instituição privada, teve aprovada sua proposta de abertura de um curso de Medicina pelo Conselho Estadual de Saúde. Desde então, não houve qualquer anúncio público de sua aprovação nas instâncias federais.

Em 2012, será aberta a primeira turma do recém-criado curso de Medicina da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), no campus da capital. Com um total de 30 vagas ofertadas para cada semestre, o curso terá, em seu processo seletivo, uma concorrência quatro vezes mais alta do que

o curso de Medicina da USP, evidenciando a imensa demanda reprimida. Entre os inscritos para o primeiro semestre, a concorrência informada é de 215,83 candidatos por vaga; para o segundo semestre é de 106,53 candidatos por vaga – enquanto que na USP há 51,18 candidatos por vaga. Esse dado é indicativo da carência de profissionais e da enorme demanda por ensino médico em nosso Estado.

Em suma, atualmente há oito cursos de Medicina no Estado da Bahia – sendo seis públicos e dois privados, quatro na capital e quatro no interior.

Enfim, mesmo com as redes mundiais de intercâmbio acadêmico já ativas porém incipientes em meados do século passado, mantivemos no Brasil e na Bahia as bases retóricas e empíricas do iluminismo da restauração bonapartista até meados do século passado, quando finalmente ocorreram, entre nós, os primeiros ajustes ao modelo flexneriano de formação. Ou seja, a atualização histórica da educação médica tecnocientífica alcançou-nos com pelo menos meio século de atraso. Ainda assim, conforme recentemente demonstrado, o modelo conceitual flexneriano foi incompreendido, distorcido e por isso rechaçado pelas correntes hegemônicas de educação em saúde no Brasil. Ignorando a perspectiva humanista e pedagógica do próprio Flexner, destacou-se entre nós apenas sua ênfase no conhecimento experimental de base científica.

Novamente, encontramos-nos atrasados no cumprimento do nosso mandato de agentes de transformação das práticas sociais pela via da formação profissional. Esse atraso histórico não mais se justifica pelo relativo isolamento acadêmico-científico da universidade brasileira, como teria sido no passado, mas sim tem claras raízes numa estrutura política baseada na desigualdade social.

2.2. BASES HISTÓRICO-INSTITUCIONAIS DO SISTEMA DE SAÚDE

Podemos considerar que, efetivamente, até meados do século XX, não existia sistema de saúde no Brasil. Pacientes ricos eram tratados em instituições privadas, pagando diretamente suas despesas, e trabalhadores que adoeciam tinham acesso a clínicas e hospitais dos sindicatos. Nas áreas urbanas, os pobres precisavam procurar superlotadas instituições filantrópicas ou públicas, como hospitais universitários, que aceitavam indivíduos em estado de indigência. Nas áreas rurais, camponeses e meeiros tinham de confiar em curandeiros ou cuidadores leigos não treinados para suas necessidades de saúde.

No auge da redemocratização do país, a Constituição de 1988 declarou que saúde era direito do cidadão e dever do Estado. Como consequência deste dispositivo constitucional, posteriormente foi organizado o Sistema Único de Saúde, ou SUS, obedecendo aos princípios da universalidade, integralidade assistencial, promoção da saúde e participação da comunidade, financiado com fundos públicos para a prestação de cuidados de saúde gratuitos para os cidadãos brasileiros.

O SUS tem duas linhas principais de atuação: o Programa Saúde da Família, que presta cuidados primários de saúde em mais de 5.000 municípios; e uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratados pelo SUS, que presta atendimento secundário e terciário em todo o país. Junto com intervenções de saúde pública, que começaram na década de 1970 e que, mais recentemente,

implementaram políticas sociais relacionadas ao emprego e à transferência condicional de renda, considera-se que foi positivo o impacto do SUS depois de vinte anos. Nas últimas três décadas, a mortalidade infantil diminuiu em cerca de 6,3% ao ano e a expectativa de vida aumentou em 10,6 anos. A mortalidade por doenças infecciosas diminuiu de 23% do total de óbitos em 1970 para menos de 4% em 2007. Apesar de tais conquistas, é preciso que sejam reconhecidos os sérios problemas que envolvem a igualdade de oportunidades, qualidade e eficiência. Insuficiência de investimentos, corrupção e a má gestão decorrente da burocracia governamental estão entre esses problemas. O principal determinante da baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede SUS é a limitação de recursos humanos, a qual, no entanto, é qualitativa, não quantitativa.

No Brasil, a força de trabalho engajada no setor saúde compreende 1,5 milhão de profissionais registrados em conselhos profissionais. A rede do SUS é o principal empregador do país: 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos são funcionários públicos. Além disso, são oferecidos quase 3.500 cursos de nível universitário para as profissões da saúde, com 185 faculdades de medicina abrigando quase 100.000 alunos. A força de trabalho ideal para atendimento no SUS – ou seja, profissionais qualificados, orientados para boas práticas baseadas em evidência científica, bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde – não corresponde ao perfil dos profissionais que de fato operam o sistema.

Essa disparidade é em parte decorrente de auto-seleção. O setor privado promove uma ideologia individualista em que o serviço público é considerado como apenas um emprego mal remunerado, mas que oferece estabilidade, assumindo uma posição secundária com relação à iniciativa privada ou aos empregos em empresas de saúde com fins lucrativos, supostamente mais gratificantes. No entanto, pode-se encontrar uma compreensão mais aprofundada desse problema na dissonância entre missão do SUS e processos e objetivos concretos do sistema de ensino superior. Assim, a questão-chave para a saúde no Brasil parece ser a deformação do ensino – humanístico, profissional e acadêmico – do pessoal da saúde.

Os conceitos de Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde demandam modelos de formação profissional com densidade científica, objetividade prática, respeito à subjetividade e responsabilidade social. A partir da década de 1970, novos modelos de formação em saúde emergem em distintas partes do mundo, com processos formativos baseados em estratégias de problematização e na pedagogia da autonomia, inspiradas em Paulo Freire, porém concebidas pioneiramente pelo próprio Flexner. Tais modelos recuperam o humanismo médico e reforçam a capacidade crítica dos formandos, definem saúde como mais do que mera ausência de doença e tratam o ser humano que sofre como mais do que um biomecanismo a ser reparado em seus desvios e defeitos.

Infelizmente, a educação médica brasileira mantém-se ainda fortemente presa ao modelo de formação equivocadamente considerado como flexneriano. As distorções da medicina hospitalocêntrica e especializada, de viés privatizante, resultantes dos modelos de ensino realizados no Brasil mostram-se incapazes de atender à ampliação das necessidades sociais por saúde.

Por um lado, a correlação de forças políticas e institucionais progressistas que redemocratizou o

Brasil ampliou indiscutivelmente a transparência e a participação social na gestão pública do setor saúde. Nesse processo, a sociedade brasileira, principalmente através de seus intelectuais orgânicos, foi capaz de conceber, estabelecer e consolidar talvez o maior patrimônio de política pública: o Sistema Único de Saúde. Entretanto, os avanços políticos no setor saúde não foram suficientes para garantir a transformação dos modelos de formação profissional vigentes na realidade brasileira atual.

Como resultado do porte e da rapidez desse conjunto de mudanças, surgiram tensões entre as universidades brasileiras. O estabelecimento acadêmico, liderado por faculdades tradicionais, é contra o rearranjo da base ideológica do ensino superior e, portanto, tende a recusar modelos de cursos inovadores. No entanto, o SUS tem provocado uma forte pressão política em favor da substituição do padrão reducionista, orientado para a doença, centrado no hospital e orientado para a especialização vigente na educação profissional, por outro modelo mais humanista, orientado para a saúde, com foco nos cuidados de saúde primários e socialmente comprometido. Nesse contexto, o Estado, pressionado pelos movimentos sociais, assumiu a liderança até então exercida pelas universidades, com iniciativas como REUNI e, principalmente, o Pró-Saúde – um programa baseado no SUS que objetiva reformar o ensino superior para a força de trabalho da saúde.

Em suma, apesar de conservadoras e elitistas, as universidades não são a principal fonte do problema, porque o sistema de educação em saúde reflete o modelo de prestação de serviços de saúde que ainda prevalece no Brasil contemporâneo, regido por forças de mercado e baseado na tecnologia médica, ao invés de ser fundamentado na solidariedade e em relações sociais mais humanas.

3. JUSTIFICATIVA DO PROJETO

A justificativa para a proposta de projeto político-pedagógico de um Curso Médico em bases radicalmente renovadas, compreende, em primeiro lugar, atendimento a demandas sociais e dívidas históricas, em segundo lugar, integração a determinantes institucionais e, em terceiro lugar, robustas e consistentes razões acadêmicas. Detalharemos a seguir as principais justificativas para a concretização de um novo modelo de educação superior em saúde na região de Santo Antônio de Jesus.

3.1. DEMANDA SOCIAL POR SAÚDE

As diferenças historicamente constituídas no Brasil geraram disparidades socioeconômicas, entre as diversas regiões do país e entre as capitais e o interior, hoje visíveis também nas questões de saúde. Uma comparação das estatísticas relacionadas à infra-estrutura das regiões Sul e Sudeste e da região Nordeste revela que esta última apresenta um déficit nas questões relacionadas aos determinantes em saúde da população.

Compreendendo a saúde de forma mais abrangente do que a simples ausência de doenças e considerando os seus determinantes socioambientais, analisemos os dados do IBGE sobre o abastecimento de água e o saneamento básico nestas regiões. Houve uma melhoria global destes serviços nos últimos anos, mas a distribuição ainda é heterogênea. Na região Sudeste, em 2008, todos os 1668 municípios possuíam rede geral de distribuição de água, enquanto na região Nordeste 21 municípios, de um total de 1793, ainda não possuíam tal rede. O esgotamento sanitário em 2008 chegou a 55,2% dos municípios do país como um todo; porém, na região Sudeste, 95% dos municípios (1586) possuíam rede coletora de esgoto, o mesmo ocorrendo em apenas 46% municípios (819) na região Nordeste (IBGE 2011).

Estudando questões mais específicas da saúde no país, a distribuição da infra-estrutura médico-hospitalar e dos recursos humanos para atender à nossa população também é desigual. O Estado de São Paulo contava, em 2005, com 2,29 leitos hospitalares por 1000 habitantes, e a Bahia com 2,19 leitos. Estatísticas sobre a distribuição de equipamentos de diagnóstico por imagem entre as regiões mostram que a razão de mamógrafos, tomógrafos e aparelhos de ultrassonografia por 1.000.000 habitantes é de, consecutivamente, 5,3; 1,4 e 2,1 para o Sudeste e 2,7; 0,6 e 1,7 de para o Nordeste. Em 2005, mais de 80% das microrregiões brasileiras não contavam com aparelhos de ressonância magnética, concentrados nas regiões Sul e Sudeste, marcadamente em São Paulo (IBGE, 2009).

Analisando os problemas relacionados à distribuição irregular de recursos humanos, dados de 2003 revelam que 234.060 pessoas alegaram não haver médico atendendo na unidade de saúde em que procuraram assistência. Os principais motivos da falta de atendimento em unidades de saúde no nosso território foram a falta de senha ou vaga (48,9%) e a falta de médico para o atendimento (25,5%) (IBGE, 2003). Na região Sudeste, onde habitam 42% da população brasileira, estão 57% dos médicos do país; já as regiões Norte e Nordeste, que juntas concentram 37% da população, detêm apenas 20% dos médicos. Estatísticas paulistas revelam que, no ano de 2009, existia um médico em atividade para cada 410 habitantes, contando o Estado com 100.950 médicos, sendo 35,5% generalistas. 54% deles trabalhavam no SUS, sendo que apenas 18% tinha apenas um vínculo profissional. A divergência entre a capital e o interior do Estado paulista é acentuada, pois 65% dos médicos estão concentrados em municípios onde residem apenas 44% da população.

Na Bahia, em 2003, havia um médico para 334 habitantes na capital, enquanto no interior a taxa era de um médico para 2.459 habitantes (AMB, 2004). Dados mais recentes mostram que para uma população de 14.637.364 habitantes existem 15.226 médicos na Bahia, uma proporção de 1,05 médico para cada 961 habitantes (CREMEB, 2010). A distribuição territorial destes profissionais se mantém heterogênea, sendo que dos cerca de 15.500 médicos do Estado, 10.250 atuam em Salvador e Região Metropolitana, ou seja, 66% dos médicos atuam onde reside apenas 1/4 da população baiana (CREMEB, 2010). O enorme desequilíbrio entre a proporção de médicos por habitantes nas diversas regiões do país, e entre as capitais e o interior dos estados, demonstrável através dos números, mostra que parte da nossa população permanece desassistida, ou mal assistida, pois apenas o número absoluto de médicos de uma região não reflete necessariamente a distribuição geográfica desses profissionais nem a qualidade do atendimento em saúde.

3.2. DÍVIDA HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE

Uma distribuição mais equânime dos médicos pelo vasto território brasileiro, possibilitando a atenção às necessidades de saúde da população em seus locais de residência, é uma política desejável e necessária para que ocorra uma melhoria das condições de saúde e da qualidade de assistência médica no nosso país. Cerca de 30% da população brasileira refere alguma doença crônica e apenas 28% da população urbana e 6% da população rural revelaram estar cobertas por algum plano de saúde, ou seja, a grande maioria da população brasileira é usuária do SUS (IBGE, 2003). Indivíduos com maior risco de adoecimento, pela presença de determinantes socioeconômicos desfavoráveis, como condições de moradia, emprego e educação, encontram atendimento prioritariamente no SUS, pois os números revelam que quanto maior o rendimento familiar maior o índice de cobertura por planos de saúde. Sendo assim, a formação de recursos humanos em saúde também deve estar voltada para as necessidades e para o perfil demográfico e epidemiológico da população.

A formação de recursos humanos para a saúde também carrega desigualdades regionais a serem enfrentadas. Em São Paulo existiam, em 2008, 21.107 estudantes concluintes em cursos de graduação em saúde, enquanto na Bahia havia 2.971 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2008). Estima-se que cerca de 80% das vagas de residência médica sejam ofertadas no Sul e Sudeste, e tal fator também influencia na concentração desigual de médicos nestas regiões, pois muitos desses estudantes, quando se tornam profissionais, permanecem no local onde obtiveram sua pós-graduação, por terem obtido, na ocasião, sua inserção no mercado de trabalho (PÓVOA, 2006). Póvoa (2006) mostra ainda que, no seu estudo, a Região Nordeste foi um mercado de trabalho pouco atrativo para os médicos migrantes.

Quanto à estrutura para graduação, em 2003, apenas 16,4% dos cursos de medicina do Brasil se encontravam na Região Nordeste e 46,6% na Região Sudeste, contando o país, à época, com 116 cursos médicos que ofereciam, em conjunto, 10.713 vagas. A Bahia concentrava apenas 2,6% dos cursos e 3,7% das vagas brasileiras, contando com cerca de 400 vagas para o curso médico, sendo a grande maioria na capital baiana (IBGE, 2003).

Deve-se considerar ainda que uma parcela pequena, porém considerável, da formação de médicos brasileiros se dá fora do país. Mais de cinco mil jovens brasileiros fazem o curso de medicina na Bolívia, cerca de dois mil se graduam em Cuba e outro tanto na Argentina. De acordo com Nassif (2010), vários problemas advêm dessa formação internacional porque, "para registrar os diplomas nos Conselhos Regionais de Medicina, é preciso revalidá-los, o que não é fácil pelas regras exigidas e a má-formação dada pela maioria das escolas estrangeiras."

O setor público de saúde empregava no Brasil, em 2005, 1.448.749 profissionais de nível superior. No Estado da Bahia, no mesmo ano, 59,7% dos empregados na área da saúde eram por vínculos públicos, sendo 74,9% destes na esfera municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Entre os 28.770 médicos baianos apenas 18,7% eram clínicos gerais, e 7,2% médicos de família. Mudanças advindas com a progressiva implantação das diretrizes do SUS e seu foco na atenção básica, no atendimento

integral, resolutivo e humanizado, realçaram a necessidade de um profissional ativo e participante na construção de um novo modelo de atenção à saúde. No ano de 2006, havia na Bahia 1.969 equipes do Programa de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Esta nova forma de pensar a saúde demanda das unidades de ensino uma formação profissional que responda às demandas sociais e também às necessidades individuais e coletivas da população. Esse novo delineamento da saúde requer que a Universidade supere o ensino baseado na fragmentação do conhecimento, na especialização precoce, na super valorização da alta tecnologia e na falta de uma perspectiva multidisciplinar, objetivando, ao final, a promoção da saúde.

A partir dos dados apresentados conclui-se que, no interior do Estado da Bahia, há uma lacuna de pessoal em saúde, sendo que a formação desses profissionais deve estar comprometida com a qualidade técnica e com princípios éticos e humanitários presentes nos princípios do Sistema Único de Saúde.

3.3. RAZÕES INSTITUCIONAIS QUE SUSTENTAM A OFERTA DO CURSO

Conforme exposto acima, a demanda social por educação superior em saúde no interior do Estado da Bahia é consequência de um longo histórico de subdesenvolvimento de toda a região Nordeste do país, gerando estagnação econômica no Recôncavo baiano e aumentando a desigualdade social que tanto aflige a população da região. Atualmente, no âmbito regional da infra-estrutura de saúde, há expressiva carência de pessoal para atender às necessidades do SUS, voltadas para o PSF e o APS, na região de Santo Antônio de Jesus, que se encontra em um momento de retomada do desenvolvimento e do progresso socioeconômico.

A presença da UFRB, uma universidade nova e em expansão, nesta região carente de educação superior pública, vem propiciando suporte institucional adequado à concretização de um novo modelo de formação em saúde na região, visando suprir as demandas do SUS. O Centro de Ciências da Saúde (CCS) tem capacidade para ampliar o repertório de oferta de cursos com a qualidade e a interdisciplinaridade necessárias às novas perspectivas da sociedade contemporânea. O curso médico, atendendo à necessidade de um novo modelo de formação na área da saúde, terá como consequência atração de projetos e recursos para o CCS e para a UFRB e a otimização da capacidade instalada local, pois poderá prestar forte apoio à rede municipal e regional do SUS e ao Hospital Regional de SAJ, já em funcionamento, articulando educação superior ao sistema de saúde.

Apoiando o sentido das mudanças na formação em saúde no modelo proposto de modo pioneiro pela UFRB, como veremos adiante, já se dispõe de ampla fundamentação legal subsidiando este novo modelo de educação, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Saúde, o Termo de Referência do Pró-Saúde, a Resolução do CNE regulamentando os BIs, o PDI da UFRB e o PPP do BI-Saúde.

Como vimos, embora seja uma universidade nova, com menos de sete anos de criação, a UFRB foi gerada a partir de um embrião, a Escola de Agronomia da Universidade Federal da Bahia, que trouxe consigo décadas de experiência e atuação no Recôncavo Baiano. O ritmo de expansão da

UFRB é evidenciado pela comparação entre os seus números em 2005 e 2011: de uma única graduação para 37 cursos de graduação, nove mestrados e um doutorado; de 600 alunos para 6.573; de 76 para 521 docentes; de 93 servidores técnico-administrativos para 484.

Em novembro de 2011, a UFRB recebeu nota quatro no Índice Geral de Cursos (IGC) que avalia graduação e pós-graduação. Tal pontuação destaca a UFRB no cenário nacional, já que a nota máxima a ser alcançada por uma instituição de ensino superior é cinco. Mais significativo ainda é o fato de que, dentre as novas universidades federais, a UFRB é a que possui maior percentual de estudantes das classes C, D e E, bem como de cor negra – comprovando que efetivamente a instituição vem cumprindo sua missão institucional: promover inclusão social numa região historicamente privada de educação superior pública.

O campus da UFRB em Santo Antônio de Jesus foi constituído tendo por eixo e foco as Ciências da Saúde. Desde sua inauguração, em 2006, o CCS oferece cursos de graduação em Enfermagem, Nutrição e Psicologia; a partir de 2009, acrescenta o inovador Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Os investimentos para garantir uma boa infra-estrutura física e acadêmica, aliados ao empenho e qualificação do quadro docente têm-se refletido nos excelentes resultados obtidos em diferentes formas de avaliação institucional: o BIS recebeu nota quatro na avaliação do MEC, enquanto os discentes de Enfermagem alcançaram a nota máxima (5) e os de Nutrição, nota 4, no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE). O Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFRB) precisa ampliar o repertório de oferta de cursos em sua área de foco, de modo a otimizar a capacidade instalada e intensificar a sinergia pedagógica.

A abertura de um curso de Medicina, em especial, significará a atração de projetos e recursos para o CCS e para a UFRB, além de atender a um antigo e persistente pleito da comunidade e das lideranças de Santo Antônio de Jesus e de todo o Recôncavo. Isso poderá resultar em expressivas melhorias na qualidade e resolutividade da assistência, caso o modelo pedagógico a ser adotado pelo curso incorpore os fundamentos propostos pelo presente documento. Outro impacto do estabelecimento de um curso de Medicina no CCS/UFRB se dará no apoio e na qualificação de toda a rede municipal e regional do SUS, desde as unidades de Atenção Básica, como as de Saúde da Família, passando pelos ambulatorios de especialidades até o Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus.

3.4. RAZÕES ACADÊMICAS A FAVOR DE UMA PROPOSTA PEDAGÓGICA INOVADORA

Em termos estritamente acadêmicos, o novo modelo proposto de formação em ciclos responderá às atuais diretrizes curriculares em saúde e aos princípios do Pró-Saúde, correspondendo ao desafio de formar profissionais capazes de prestar atendimento integral e humanizado à comunidade, de acordo com as diretrizes do SUS. O regime de ciclos busca formar um novo perfil estudante-profissional, capaz de aprender continuamente, compreender e analisar criticamente o conhecimento científico, hábil tecnicamente, porém sem prescindir da promoção da saúde nem dos requisitos humanísticos, éticos e solidários para o trabalho em saúde.

3.4.1. Demandas-desafios do SUS à Universidade

O SUS precisa ser compreendido em sua correta acepção, ao invés de banalizado como se fosse um sistema de saúde para os pobres. Ao preconizar a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, a Constituição Federal estabeleceu a visão que fundamenta o SUS – o projeto de uma Nação na qual cada um e todos os seus cidadãos têm o mesmo direito à saúde, independentemente de renda, classe, origem ou cor, por reconhecer a saúde como “direito” e não como “mercadoria” passível de ser negociada, adquirida ou vendida. O SUS é reconhecido como a mais universal e efetiva das políticas sociais do Estado brasileiro, um avanço conquistado graças à articulação de inúmeros atores sociais e plena participação popular. Ao longo de duas décadas de existência, o SUS tem enfrentado inúmeros desafios e sofrido duros ataques de diversas procedências, mas também tem conquistado grandes vitórias e melhorias que se refletem na qualidade de vida da população brasileira.

Apesar da melhora dos indicadores de saúde brasileiros, com diminuição da mortalidade infantil e da mortalidade por doenças infecciosas, surgem repetidamente, no dia a dia dos serviços de saúde, queixas dos usuários em relação à qualidade do atendimento no SUS. Estudo realizado em posto de saúde no Rio Grande do Sul, administrado por uma universidade, mostrou que 57% dos usuários tiveram uma impressão excelente do seu atendimento (Kloetzel, 1998). No entanto, queixas em relação ao acesso aos serviços e ao tempo de espera pelo atendimento permanecem até nas unidades mais bem avaliadas. Entrevistas com usuários do sistema público de saúde demonstram sua insatisfação com a qualidade do atendimento, muitas vezes relatando a atitude impessoal, distante e pouco comprometida do médico com acolhimento e cuidado em saúde. Poucos profissionais conseguem integralizar ações de diagnóstico, tratamento, prevenção e promoção da saúde (Farias, 2001).

A necessidade de mudanças na formação do médico no Brasil vem sendo pouco debatidas na literatura especializada. A maioria das propostas de alterações curriculares não traz mudanças efetivas que corroborem com a formação de um profissional engajado nas questões sociais e humanas que permeiam a prática médica na contemporaneidade, e não são seguidas de uma avaliação metodológica de sua eficácia. Um espaço para novas discussões acerca do currículo médico, da prática docente, dos métodos de aprendizado e dos modelos de ingresso nos cursos médicos é urgente e necessário, pois numerosos problemas vêm sendo apresentados como consequência de uma formação médica inadequada. O próprio docente do curso médico deve ter uma visão global da profissão docente e não apenas de sua especialidade médica (Costa, 2007). Visto que no mercado de trabalho atual em saúde vem sendo valorizada uma postura mais participativa, responsável, resolutiva e integrada do profissional, uma nova “identidade médica” deve ser formada no seio das universidades brasileiras.

Currículos novos e antigos, por sua vez, não passaram por avaliações posteriores à sua implementação, no sentido de buscar dados que indiquem se a formação teórica e prática desse profissional está adequada. Pesquisa de uma grande universidade paulista revelou dificuldades na implantação de um programa de avaliação da eficácia do currículo médico, pois apenas 55% dos alunos se inscreveram para a realização de provas práticas ao final do curso. Os docentes também

restringiram sua participação no processo de avaliação discente, sendo que 80% dos que não participaram alegaram falta de tempo, devido ao acúmulo de atividades em ensino, pesquisa e assistência (Troncon, 1999). A prova teórica, no entanto, através de testes de múltipla escolha, foi bem recebida pelos alunos. Esse tipo de "teste", presente desde os exames do vestibular até as provas para a residência médica, certamente é insuficiente para certificar a capacidade de atuação do graduado como médico.

A atual expansão da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família ofertará novos postos de trabalho, mas se apresenta como um desafio ao ensino médico, pois requer um novo profissional, apto a prestar atendimento integral e resolutivo, além de ter conhecimento de epidemiologia, saúde pública, prevenção e promoção da saúde. Comprovadamente, a aquisição de grandes quantidades de conhecimento de forma passiva, fragmentada e linear, formato encorajado pelos atuais currículos das escolas médicas, não se traduz em competência e bons resultados na prática profissional (McManus, 1993).

Presente na construção histórica das universidades brasileiras, o isolamento das faculdades e de seus alunos é contrário aos ideais contemporâneos que estimulam a construção de sociedades mais solidárias, nos aspectos pessoal e profissional. A formação em regime de ciclos, sendo um primeiro ciclo comum para todos os alunos da área da saúde, pode transformar o campo das práticas, colocando esses alunos como integrantes de um mesmo aprendizado em prol de um só objetivo, que é a integralidade do atendimento em saúde, e ampliando sua visão interdisciplinar e solidária a partir do ambiente escolar. Compreendendo, durante a formação universitária, conceitos sobre como as questões socioculturais interagem com o setor saúde o aluno poderá, futuramente, ter uma prática mais efetiva, inclusive no campo da promoção da saúde, não recorrendo a um discurso medicalizado, restritivo-punitivo e superficial, e enxergando a comunidade como detentora de conhecimentos fundamentais para viabilizar uma mudança sustentável nas suas próprias condições de saúde.

O momento atual é de interação entre pessoas e instituições, estabelecendo parcerias no aprimoramento técnico e tecnológico. Centros universitários do Brasil e do Mundo estão abertos para programas de incentivo à pesquisa e a produção científica, voltadas para a melhoria das condições de saúde da população. O regime de ciclos é capaz de ampliar possibilidades de contato do aluno com a tecnologia e interação com laboratórios de informática e promover um maior diálogo com outros centros de educação e pesquisa em saúde, programas de educação médica continuada, que ainda vêm sendo pouco explorados nas universidades brasileiras, mas que abre portas para a discussão e aprimoramento no campo da saúde (Christante, 2003).

Acreditamos que a possibilidade de emergência do "novo" no ensino em saúde requer muito mais do que modificações ou atualizações curriculares. A fragmentação do conhecimento durante a formação em saúde e a falta de uma perspectiva interdisciplinar têm sido apontadas por diversos autores como determinante da reduzida integralidade na assistência à saúde. As reformas curriculares ainda carecem de estudos que avaliem sua eficácia no sentido de promover um ensino em saúde alinhado com as novas perspectivas do Sistema Único de Saúde.

3.4.2. Problemas do ensino superior em Saúde no Brasil

A forma de ingresso no curso médico é uma discussão primordial. Jovens despreparados e indecisos quanto às suas escolhas encontram tristeza e frustração ao se deparar com a dor e o sofrimento humanos. Observemos um pequeno trecho de artigo publicado por Briani, em 2001, na Revista Brasileira de Educação Médica:

Um ponto que não tem merecido destaque nas discussões sobre mudanças no ensino médico é o ingresso no curso de medicina. Inúmeros estudos analisaram as deficiências dos vestibulares, e devem-se ressaltar as experiências alternativas que já vêm sendo realizadas em algumas universidades do País. Uma questão, no entanto, continua intocada: o vestibular não permite avaliar algo importante, a vocação, ou, em medicina, a aptidão e sensibilidade para se dedicar ao bem-estar físico e mental de indivíduos e comunidades.

A formação médica em um regime de ciclos permitiria, num primeiro momento, o contato e a reflexão do aluno com questões científicas, artísticas, políticas e sociais, ampliando sua compreensão sobre seu papel diante da sociedade contemporânea e sua participação como cidadão. O benefício seria o ingresso de um aluno mais maduro, capaz de analisar criticamente suas decisões, portador de uma visão humanitária, política e social, e cômico de sua vocação e de sua posição em um movimento maior pela produção de saúde na população que assiste.

Durante o curso médico, a valorização da formação cultural e psicológica no regime de ciclos pode ser uma solução para os problemas relacionados à qualidade de vida e ao desempenho profissional destes jovens. Nos moldes atuais da formação as questões relativas à saúde mental e qualidade de vida do estudante são rotineiramente esquecidas. Problemas como depressão, abuso de álcool e drogas vêm sendo apontados entre estudantes e profissionais da saúde. Pesquisa realizada entre 3.725 estudantes de nove faculdades paulistas de medicina, com médias de idade entre 21,2 e 22,3 anos, revelou que 80 a 92% dos estudantes já tinha feito uso de álcool alguma vez na vida, 42 a 50% no último mês, e 23 a 31% na última semana. Quanto ao uso da maconha, 17 a 31% tinham usado alguma vez na vida, o mesmo ocorrendo em 3 a 7% dos alunos em relação à cocaína (Kerr-Corrêa, 1999). Estudo entre residentes de enfermagem em universidade paulistana mostrou critérios compatíveis com o diagnóstico de depressão em quase 20% de estudantes (Franco, 2005). A inclusão da dimensão psicológica no currículo médico pode auxiliar no combate ao estresse entre estudantes de medicina (Zonta, 2006). A possibilidade de contar com componentes curriculares da psicologia, antes de sua inserção no campo da prática médica, pode ajudar a promover no estudante uma maior capacidade para trabalhar os dilemas cotidianos da área da saúde e auxiliá-los a lidar melhor com as novas responsabilidades profissionais.

Estudantes universitários em geral, e particularmente os da área da saúde que têm contato próximo com questões de doença e morte, se encontram despreparados para lidar com situações de estresse, o que prejudica sua vida pessoal e desempenho acadêmico. Dados revelam que aproximadamente 65% dos estudantes de medicina sofrem de algum nível de estresse durante sua formação acadêmica (Furtado, 2003). Numerosos são os fatores que levam ao estresse nesses jovens, entre eles a excessiva quantidade de matéria para estudo, falta de tempo para diversão, expectativa com o futuro e medo de fracassar. A presença de um repertório elaborado de

habilidades sociais implicou em menores índices de estresse em homens (Furtado, 2003). Nessa perspectiva, o regime de ciclos na área da saúde pode, através de uma formação interdisciplinar que possibilite um contato estreito com componentes curriculares da psicologia, artes e humanidades em geral, favorecer o desenvolvimento das habilidades sociais nos alunos, diminuindo seus níveis de estresse e possibilitando uma melhor qualidade de vida pessoal e profissional.

Inseridos no mercado de trabalho, 85% dos médicos consideram sua atividade desgastante, e muitos vêm com pessimismo o futuro da profissão (Nogueira-Martins, 2003). Entidades representativas da classe têm buscado um resgate da imagem deste profissional, rotulado inclusive pelos meios de comunicação como alguém descompromissado com o sofrimento da população. Uma das causas apontadas para o sentimento de frustração da classe médica é a idealização da profissão, pelo estudante de medicina, que, por si só, leva a altos níveis de ansiedade. Quando da sua efetiva entrada na profissão, o acadêmico se confronta com baixa remuneração, excesso de horas de trabalho e elevada expectativa de resultados. Esse cenário contribui para os índices ascendentes de depressão, consumo de álcool, drogas, adoecimento, distúrbios conjugais e profissionais nesses trabalhadores (Nogueira-Martins, 2003).

O ensino médico, até o momento, não aborda com clareza tais problemas, contribuindo na manutenção dessa idealização, valorizando modelos de superespecialização e de alta complexidade, padrões que muitas vezes não são atingidos ou não têm os resultados de excelência esperados. As condições de saúde do próprio profissional também não ocupam lugar de destaque na formação atual. Estudo realizado em município do Rio Grande do Sul revelou que mais de 60% dos profissionais da saúde não praticam nenhuma atividade física regular, 40% referiram algum problema de saúde e 67% faziam uso de medicamentos regulares (Tomasi, 2007).

A pergunta é inevitável: será que nossa formação nos capacita a cuidar da própria saúde? Ou realmente precisamos de uma nova proposta de ensino em saúde no Brasil, radicalmente distinta dos modelos tradicionais?

3.4.3. Perspectivas do Regime de Ciclos

Os cursos de medicina existentes no Brasil vêm passando por transformações curriculares com o objetivo de melhorar o atendimento da população brasileira, submetida a uma rápida transição demográfica e epidemiológica. Porém a formação médica atual continua centrada no hospital, na especialização precoce, na excessiva solicitação de exames complementares e nos tratamentos de alta complexidade, muitas vezes não fundamentados em evidências científicas.

A formação médica pensada apenas sob a ótica da transmissão de conteúdos, fragmentada, disciplinar, tecnicista e impessoal, completamente ou mesmo parcialmente desvinculada do contexto sociocultural, compromete todas as etapas do processo de produção da saúde. Sem dúvida, a resolução desses problemas e a superação dessas questões exigem uma melhora na formação do profissional de saúde, valorizando as vertentes da humanização, da solidariedade e da participação social (Almeida Filho, 2011). Nesse sentido, justifica-se a implantação do Regime de

Ciclos para a formação do médico e dos profissionais do cuidado à saúde, nos termos explicitados acima.

Consagrado nos principais cenários mundiais de formação profissional em saúde, principalmente na educação médica (como veremos na seção seguinte), o regime de ciclos inegavelmente apresenta inúmeras vantagens:

- Evita precocidade nas escolhas de carreira;
- Implica modularidade na estrutura curricular (aluno conclui etapas/ciclos);
- Flexibiliza estruturas curriculares;
- Permite mudanças de percurso formativo;
- Reduz evasão no sistema de ensino;
- Integra graduação e pós-graduação;
- Fomenta modelos de formação interdisciplinar;
- Revela maior potencial de compatibilidade internacional.

O regime de ciclos, apesar de presente em centros universitários de outros países, também deve passar por avaliações e reflexões frequentes com o objetivo de averiguar se vem fomentando, no ambiente acadêmico, uma formação voltada para humanização e integralidade. Face ao exposto, vemos neste novo modelo de formação médica, através do regime de ciclos, uma possibilidade real de mudanças, no sentido de preparar melhor o jovem para o mundo contemporâneo, além da expectativa de fazê-lo participar da construção de um mundo onde prevaleçam os princípios éticos da equidade e da solidariedade.

4. PROSPECÇÃO DE MODELOS AVANÇADOS DE FORMAÇÃO MÉDICA

Para o planejamento da estrutura curricular do CMed/CCS/UFRB, realizamos um cuidadoso *benchmarking* dos mais avançados modelos de formação médica disponíveis no mundo. A Harvard Medical School, sediada numa das melhores universidades do mundo, tem sido tomada como paradigma de inovação curricular na área da educação médica. A Medical School da MacMaster University, situada no Canadá, é considerada a fonte da EBM (Medicina Baseada em Evidências), além de articular-se estreitamente com o celebrado sistema público de saúde canadense. A Oxford University é, sem dúvida, a mais antiga e conceituada escola médica da respeitada tradição anglo-saxã. A Escola Médica da Universidade de Maastricht tem sido a principal promotora do PBL (*Problem-Based Learning*), principal inovação pedagógica em Saúde aplicada no Brasil. Acrescentamos ainda uma menção ao modelo recentemente implantado na Faculdade de Medicina da USP, considerada a melhor escola médica do Brasil pela alta qualidade do seu ensino, apesar de manter um modelo curricular conservador.

4.1. HARVARD MEDICAL SCHOOL

O curso médico da Harvard Medical School, seguindo o padrão das universidades norte-americanas, é um curso de pós-graduação, de nível Doutorado. Tem duração de quatro anos e visa integrar ciências clínicas e ciências biológicas, sociais e comportamentais, que se correlacionam entre si. Nos dois primeiros anos, o enfoque concentra-se nas ciências biológicas, compondo um módulo chamado de "Fundamentos da Medicina", com componentes curriculares como Base Molecular e Celular da Medicina, Genética Humana, O Corpo Humano, Imunologia, Microbiologia e Patologia, mas abrangendo também componentes integradores baseados nas ciências sociais como Introdução à Profissão, Epidemiologia Clínica e Saúde da População, Introdução à Política de Atenção à Saúde e Ética Médica e Profissionalismo.

Na etapa final, no terceiro e quarto anos, os alunos adquirem uma base clínica através das disciplinas gerais de medicina e pela aquisição de habilidades práticas essenciais para a atividade profissional. Todos os alunos devem passar, em períodos variáveis de um a três meses, por estágios na Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Neurologia, Psiquiatria e Radiologia. Os alunos também podem cursar estágios eletivos em outras especialidades médicas e têm acesso a outros componentes curriculares oferecidos pelas diversas faculdades da Universidade de Harvard.

A Universidade de Harvard aprovou, em 2007, um novo Programa de Educação Geral para seus estudantes, após um debate interno sobre que cursos e competências devem ser exigidos dos alunos da instituição matriculados no Harvard College. O novo currículo é um desafio, e compreende a importância de proporcionar aos alunos uma grade curricular mais flexível, em que eles possam desenvolver atitude questionadora, ativa na construção dos seus próprios caminhos e em conexão com a vida além da Universidade.

O novo programa possibilita aos alunos trânsito aberto entre os departamentos tradicionais, quebrando as barreiras, declaradamente de acordo com as novas exigências do século XXI. Este programa foi formulado com os objetivos de preparar os estudantes para maior participação social, para melhor compreensão de que são produto e ao mesmo tempo participantes de um mundo de tradições, idéias e valores. Os alunos devem ser capazes de responder crítica e construtivamente às mudanças da contemporaneidade, desenvolvendo melhor compreensão da dimensão ética do que efetivamente dizem e fazem.

As oito categorias do Programa de Educação Geral são: Compreensão e Interpretação das Estéticas (interação com o mundo das artes e literatura); Culturas e Crenças das Sociedades Humanas (estudo de como as culturas e crenças influenciam identidades individuais e comunitárias); Raciocínio Empírico e Matemático (aprender a utilizar conceitos e teorias na resolução de problemas concretos e avaliar as evidências disponíveis); Raciocínio Ético (análise de crenças e práticas morais e políticas, discutindo dilemas éticos concretos); Ciência dos Sistemas Vivos (conceitos, fatos e teorias); Ciências do Universo da Física (descobertas, invenções e conceitos deste universo); Sociedades do Mundo (estudo de diferentes costumes, crenças e organizações

sociais internacionais); Os Estados Unidos no Mundo (perspectivas analíticas da sociedade, política, cultura e economia norte-americanas na contemporaneidade). Os alunos devem cursar um semestre de Culturas e Crenças das Sociedades Humanas e devem completar, no mínimo, a metade de quatro dos demais programas de educação geral durante seu curso regular em Harvard.

4.2. MACMASTER UNIVERSITY

A Universidade MacMaster adota um regime de dois ciclos para as diversas Graduações em Ciências da Saúde. Para ser aceito em um dos Programas de Graduação em Ciências da Saúde da Universidade MacMaster (Bioquímica, Metodologia de Pesquisa em Saúde, Ciências Médicas, Enfermagem e Ciência da Reabilitação) o aluno deve primeiro cursar uma formação universitária de primeiro ciclo (*undergraduate*) de três anos. Existem diversos programas para os três anos anteriores à Graduação em Saúde propriamente ditas, inclusive o curso médico. O mais recomendado por ser oferecido pela própria instituição é o Bacharelado em Ciências da Saúde, que valoriza uma abordagem interdisciplinar para a compreensão ampliada dos seus aspectos biológico, social e ambiental da saúde.

No segundo ciclo do curso, a Graduação em Ciências Médicas, com duração mínima de três anos, baseia-se em pequenos grupos de aprendizado, onde estudantes dos vários períodos compartilham conhecimentos e responsabilidades entre si, sob a orientação de um tutor. Os anos da graduação médica são divididos em cinco grandes áreas: Sangue e Vasos; Câncer e Genética; Infecção e Imunidade; Metabolismo e Nutrição; Fisiologia e Farmacologia.

A Universidade MacMaster tem se notabilizado por adotar largamente metodologias pedagógicas ativas e ambientes virtuais de aprendizagem, com uso intensivo de tecnologias digitais. Essa metodologia exige do aluno uma busca ativa pelo conhecimento necessário à resolução dos problemas colocados previamente, com o auxílio e intervenção de um professor. Além disso, o seu curso médico é considerado uma das instituições pioneiras na criação e desenvolvimento da abordagem chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE).

4.3. OXFORD UNIVERSITY

Na Universidade de Oxford, instituição universitária primaz do Reino-Unido, o curso médico é também dividido em dois ciclos, durante um período total de seis anos.

O primeiro ciclo, chamado de pré-clínico, possui disciplinas como Sociologia Médica e Psicologia para Medicina e é voltado para um aprofundamento do método científico, desenvolvimento de projetos de pesquisa e análise crítica de publicações científicas com proposições de novas hipóteses. O aluno é estimulado a questionar continuamente o conhecimento e a construí-lo com base na pesquisa acadêmica. Disciplinas como Bioquímica e Biologia Molecular também são ministradas no ciclo pré-clínico durante os primeiros três anos do curso. Palestras ocupam uma pequena porcentagem do curso e os estudantes são acompanhados em pequenos grupos em um modelo de tutoria.

Para a progressão para o segundo ciclo, o aluno passa por um processo competitivo de avaliação. O segundo ciclo, chamado clínico, tem duração de três anos e é composto por atividades teóricas e práticas em laboratório e no hospital, com períodos de rodízio entre as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Ortopedia). De acordo com seus documentos de apresentação, a inter-relação entre os aspectos dos conhecimentos pré-clínicos e clínicos do currículo médico são continuamente valorizados pela universidade.

4.4. UNIVERSIDADE MAASTRICHT

A Universidade de Maastrich é reconhecida internacionalmente como um dos centros de criação e difusão da metodologia chamada PBL (*Problem-Based Learning* – Aprendizagem Baseada em Problemas). Seu Centro de Ciências da Saúde possui quatro programas de Bacharelado em Cuidados à Saúde: Ciências Biomédicas, Saúde Pública Européia, Ciências da Saúde e Medicina. A formação do médico é composta por dois ciclos: três anos de Bacharelado em Medicina e três anos de formação Médica em nível de Mestrado.

No ano de 2011, o programa do Bacharelado em Medicina passou por uma reforma curricular, devido à compreensão de que o mundo contemporâneo está em constante mudança, e o futuro médico deve ser capaz de conduzir e resolver novos problemas, tendo a base e a habilidade necessárias para buscar novos conhecimentos. No Bacharelado em Medicina, o estudante cursa componentes curriculares que exploram os diversos períodos da vida humana como: Gravidez, Nascimento e Crescimento; Puberdade e Adolescência; Maioridade, Trabalho e Saúde e Envelhecimento.

Nos três anos seguintes (*Medical Master's Programme*) o aluno participa de diversas áreas da medicina como: Medicina Interna; Cirurgia; Oftalmologia; Dermatologia; Ginecologia e Obstetrícia; Pediatria; Neurologia; Psiquiatria e Medicina Social. No último e terceiro ano do *Medical Master's*, o aluno tem participação mais independente, devendo dedicar-se à prática médica, ainda sob supervisão, para enfim conceber e conduzir um projeto de pesquisa.

4.5. FACULDADE DE MEDICINA DA USP

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), como é padrão nas universidades brasileiras, não adota o regime de ciclos. O curso médico passou recentemente por uma reforma curricular que inclui, já em 2011, componentes curriculares obrigatórios como: Atenção Primária em Saúde I (sugerida no primeiro semestre); Medicina e Humanidades (segundo semestre); Epidemiologia I: diagnóstico de saúde das populações (terceiro semestre). Nos semestres mais avançados do curso médico também figuram disciplinas direcionadas para questões sociais, psicológicas e éticas tais como: Epidemiologia II: estudos epidemiológicos; Psicologia Médica; Medicina Social e do Trabalho; Cidadania e Medicina; Atenção primária à saúde II; Bioética; Bioética Clínica e Temas de Atualização em Medicina Preventiva.

Uma nova grade curricular, implantada em 2010, aproxima o estudante das propostas do Sistema

Único de Saúde em direção à compreensão dos determinantes sociais em saúde, a importância da atenção básica, a integralidade e a humanização, permitindo analisar seu papel como cidadão e atuante na construção de uma nova situação de saúde para a sociedade brasileira.

4.6. SÚMULA DA PROSPECÇÃO

Em síntese, conforme o Quadro 4.1, uma avaliação geral dos programas revisados demonstra que os cursos médicos considerados entre os melhores do mundo compartilham a mesma arquitetura curricular do Regime de Ciclos. Não obstante, no sentido de avaliar criticamente este argumento, é preciso considerar a possibilidade de que se trata de escolas médicas de altíssimo reconhecimento primariamente em função da adoção da arquitetura curricular em ciclos e elementos pedagógicos correlatos.

Em contraste, considerando os antecedentes discutidos nas seções antecedentes deste estudo, o programa de formação médica mais conceituado entre as universidades brasileiras (oferecido pela Universidade de São Paulo) mantém o tradicional e superado regime de progressão linear estabelecido pela reforma bonapartista da educação realizada no Século XIX. No caso da Faculdade de Medicina da USP, pode-se atribuir sua reconhecida excelência a contextos institucionais que impõem uma extrema seletividade dos estudantes que se candidatam ao programa, demonstrada pela concorrência de 68 candidatos por vaga, mais que o dobro das outras.

Sem dúvida, uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, foco na realidade da prática, tecnologias digitais, seletividade e maturidade dos alunos, avaliações processuais rigorosas, tradições universitárias consolidadas, também contribuem em grande medida para o diferencial dos programas de formação acima apreciados. O modelo de arquitetura curricular proposto neste documento incorpora, com articulação e integralidade, não somente o regime de ciclos, mas também uma síntese, ajustada à realidade nacional, dos fatores de qualidade observados nos programas de formação médica de melhor qualificação, no plano mundial.

Quadro 4.1. Comparativo dos Cursos Médicos em Universidades selecionadas

| Instituição de ensino | Regime de ciclos | Duração primeiro ciclo | Duração segundo ciclo | Duração mínima do curso | Vagas / Candidatos 2011 | Posição ARWU* |
|-----------------------|------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|---------------|
| Harvard | Sim | 04 anos | 04 anos | 08 anos | 165/5.435 | 1 |
| McMaster | Sim | 04 anos | 03 anos | 07 anos | 203/3.549 | 46-75 |
| Oxford | Sim | 03 anos | 03 anos | 07 anos | 152/1.490 | 10-19 |
| Maastricht | Sim | 03 anos | 03 anos | 06 anos | | 124-128 |

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO E INTEGRAÇÃO ACADÊMICA
- PROJETO PEDAGÓGICO -

Processo nº Fls.

Rubrica:

| | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|---------|------------|--------|
| USP | Não | Não | Não | 06 anos | 175/11.830 | 76-100 |
|-----|-----|-----|-----|---------|------------|--------|

* Academic Ranking of World Universities (Disponível em: <www.arwu.org>).

BASE LEGAL

**Formulário
Nº 05**

Esta proposta de formação médica se insere em um contexto de mudança do ensino superior que teve como marco a Conferência Mundial sobre o Ensino Superior realizada, em Paris em outubro de 1998. Tal evento foi produto de uma década de mobilização em torno da educação superior fomentada, no contexto internacional, pela Organização para a Educação, a Ciência e a Cultura das Nações Unidas (UNESCO).

No documento final dessa conferência há o reconhecimento da demanda por diversificação na educação superior, bem como, da sua importância para o desenvolvimento sociocultural e econômico. Agregam-se a isso, desafios para as instituições de ensino superior, dentre estes, o de prover um espaço aberto de oportunidades, de construção da aprendizagem permanente e de liberdade de expressão da comunidade, em especial estudantes universitários, de forma que possam opinar em problemas éticos, culturais e sociais.

Passados dez anos, em 2009, a UNESCO realizou outra Conferência Mundial sobre Ensino Superior, cujo tema central foi: As Novas Dinâmicas do Ensino Superior e Pesquisas para a Mudança e o Desenvolvimento Social. O documento final, desse evento, destacou como responsabilidade social da educação superior a necessidade da abordagem interdisciplinar sobre várias questões, que envolvem dimensões culturais, científicas, econômicas e sociais. Ainda, sugeriu que as instituições no desenvolvimento de ações de ensino, pesquisa e extensão aumentem o foco interdisciplinar e promovam o pensamento crítico e a cidadania ativa, bem como, reafirmou o compromisso do ensino superior em contribuir para a educação de cidadãos éticos, comprometidos com a construção da paz, com a defesa dos direitos humanos e com os valores de democracia .

No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (Lei N. 9.394 de 20/12/1996) é o referencial maior para o ensino. Os seus reflexos incidem nas várias dimensões da vida acadêmica, em especial na educação superior, no que tange a construção de um caminho de formação acadêmica mais flexível, menos técnico e mais cidadão. Nesse sentido, é importante destacar o Artigo 43 da LDB, o qual estabelece os elementos que apontam para uma formação geral, apoiada: no desenvolvimento cultural, de um espírito científico e pensamento reflexivo; no incentivo à curiosidade científica, por meio de pesquisas e vivências extensionistas. Entende-se que, dessa forma, será possível promover a difusão do método científico, da cultura, e, conseqüentemente, instigar um maior entendimento do próprio ser humano e do meio em que vive. Além disso, reforça a necessidade do desenvolvimento de competências tais como comunicação e educação continuada.

No campo da Saúde, com promulgação da Constituição de 1988, um novo direcionamento foi dado à política de saúde brasileira, nesse sentido, ocorreram mudanças no arcabouço jurídico-institucional e organizacional que resultaram na criação do sistema único de saúde. Esse processo demandou uma revisão das instituições formadoras de profissionais de saúde, em 2001, foi

aprovado pelo Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.

Nesse documento há referência a necessidade de promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Dente os princípios das diretrizes curriculares ressaltam-se a proposição de incentivar uma sólida formação geral. Nesse sentido, o instrumento direcionador da organização dos currículos dos cursos na área de saúde estabeleceu competências gerais (Atenção à saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento; Educação permanente), as quais devem ser desenvolvidas ao longo da trajetória dos estudantes.

Visando estimular a reconfiguração dos currículos na área da saúde, em 2005, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), esse programa teve a finalidade de apoiar técnica e financeiramente os cursos que decidissem imprimir um novo modelo de formação em saúde e assegurasse uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, com vistas a, produzir transformações na prestação de serviços à população. Os processos de reorientação da formação no Pró-Saúde foram estruturados a partir de três eixos: Orientação Teórica, Cenários de Prática e Orientação Pedagógica.

No eixo A - orientação teórica – recomenda-se como temas a serem trabalhados na formação dos profissionais os determinantes de saúde e à determinação biológico-social da doença, estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo saúde-doença e de redirecionar protocolos e intervenções. Recomenda-se, ainda, que as pesquisas devem focar os componentes gerenciais do SUS, visando alimentar os processos de tomada de decisão e estimular a conformação de redes de cooperação técnica.

O Eixo B – Cenários de Práticas – defende-se que os cenários de aprendizado prático, durante a formação profissional, devem ser diversificados. Agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, equipamentos educacionais e comunitários. Além de recomendar a interação dos estudantes com vida nas comunidades e com sistema de saúde desde o início da formação.

O Eixo C – Orientação Pedagógica- assume a necessidade de utilização de metodologias de aprendizagem ativas e interativas que tenham o estudante como sujeito desse processo e o professor como facilitador. A problematização está colocada como elemento orientador da busca do conhecimento e habilidades que respaldem as intervenções para trabalhar as questões apresentadas, tanto do ponto de vista da clínica quanto da saúde coletiva. Aponta, também, como necessidade o desenvolvimento do aprender a aprender.

Os argumentos que apóiam a proposta do Pró-saúde, bem como, as imagens objetivo definidas na proposta do programa apontam para necessidade de um processo formativo em saúde capaz de conhecer, compreender as necessidades sociais e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Ao mesmo tempo, que entenda a formação como um processo continuado e, portanto, atento a dinâmica de transformação do conhecimento, à mudança do processo de trabalho em saúde, às transformações nos aspectos demográficos e

epidemiológicos, tendo como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Aliam-se a estes elementos a necessidade da efetiva integração docente assistencial, que envolve tanto a atenção básica quanto os outros níveis de cuidados de saúde.

No contexto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) – 2010-2014 ao definir a política de ensino para graduação propõe ofertar um ensino de qualidade, em prol do desenvolvimento econômico e social. No bojo dessa proposição foram definidos como princípios para a sua política de ensino a interdisciplinaridade e a flexibilidade curricular. Para tanto, propõem que os seus cursos de graduação se organizem para formar profissionais capazes de produzirem uma articulação entre o desenvolvimento de conhecimentos gerais, básicos e específicos de uma determinada profissão. A instituição defende que essa política de ensino de graduação permitira ao graduado a elaboração de uma concepção de mundo e de atividades de trabalho perpassados pela diversidade, devido à dinâmica dos contextos que se organizam e reorganizam, a todo o momento, e exigem novas ações profissionais que incorporem o geral e o específico.

O PDI (2010-2014)/UFRB define que organização curricular deve ser pautada na oferta de três modalidades de componentes curriculares. Componentes de formação geral com finalidade de capacitar o graduando a identificar e a analisar diferentes aspectos constitutivos da realidade, como também identificar, compreender e analisar diferentes saberes, processos de comunicação e especificidades culturais. Componentes de formação básica com vistas a habilitar o estudante a se apropriar dos conhecimentos nucleares da área de conhecimento na qual o seu curso está inserido e utilizá-los em novas construções de atividades profissionais. E, por fim, componentes de formação específica aqueles que buscam habilitar o estudante a se apropriar do conhecimento teórico, prático e tecnológico relativo a um determinado campo de atuação profissional e empregá-lo de modo inovador.

Nesse contexto o Centro de Ciências da Saúde, quando instituiu a formação em ciclos, em 2009, estava coerente com orientações internacionais, nacionais e locais para implementação de cursos de educação superior em saúde, na medida em que passou a oferecer um primeiro ciclo de formação, onde estão contemplados componentes curriculares de formação geral e básicos e, um segundo ciclo de formação, com maior ênfase para os componentes de formação específica das profissões da saúde. Com isso, atende-se a demanda por formação de cidadãos críticos e comprometidos com realidade sócio-econômica e cultural, visto que, instituiu a formação geral consistente, a qual aglutina saberes das culturas humanística, artística e científica com saberes básicos do campo da saúde, por meio de metodologias problematizadoras e interacionistas.

Como referência legal desta proposta do **CMed/CCS/UFRB utilizou-se as** Diretrizes Curriculares Nacionais do Course de Graduação em Medicina (2001) e os Referenciais orientadores para osbacharelados interdisciplinares e similares (2010). Estes documentos foram utilizados no item 5 para definição do perfil do egresso, objetivos do curso e competências e habilidades gerais e específicas.

Dessa forma, percebe-se que esta proposta é coerente com redefinições internacionais, nacionais e locais que ocorreram no subsistema da educação superior, bem como, com reformas que

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO E INTEGRAÇÃO ACADÊMICA
- PROJETO PEDAGÓGICO -

Processo nº Fls.

Rubrica:

ocorreram no sistema de saúde brasileiro e culminaram com texto Constitucional de 1988, além de documentos posteriores do Ministério da Saúde que buscam reconfigurar os currículos da área, em prol da efetiva implantação do SUS.

OBJETIVOS

**Formulário
Nº 06**

ELEMENTOS ESTRUTURANTES DA PROPOSTA

OBJETIVOS DO CURSO

A proposta de curso recomendada para o CMed/CCS/UFRB compreende a implantação de uma estrutura curricular ampla, atualizada e inovadora, em regime de ciclos. Nessa proposição, espera-se que estudante e Universidade participem ativamente na formação de um profissional decerto competente tecnicamente, porém igualmente capaz de atender às demandas sociais e do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma ética e humanizada, consciente dos desafios da realidade política, econômica e social do Brasil contemporâneo.

Os objetivos do programa de formação proposto são:

1. Formar um profissional capacitado a prestar atenção integral à Saúde, com plena capacidade científica e técnica, focado na ética, na atualização tecnológica e científica e num conceito ampliado de cidadania.
2. Possibilitar, no primeiro ciclo, uma formação geral em cultura humanística, artística e científica, articulada a saberes concernentes ao campo da saúde, com vistas ao desenvolvimento de uma consciência cidadã, numa perspectiva pedagógica de Autonomia, Participação, Cooperação e Responsabilidade.
3. Oferecer, no segundo ciclo, uma formação específica para o profissional médico com foco na Atenção Primária em Saúde, capacitando-o a compreender a questão da Saúde numa perspectiva ampliada e a lidar com os fenômenos da Saúde-Enfermidade-Cuidado com competência técnica, política, ética e humanística.

**PRINCÍPIOS NORTEADORES E IMPLEMENTAÇÃO DAS
POLÍTICAS INSTITUCIONAIS CONSTANTES NO PDI, NO
ÂMBITO DO CURSO**

**Formulário
Nº 07**

A seguir serão apresentados os princípios norteadores do curso, os quais foram construídos tendo como referências os objetivos e as metas estabelecidos no PDI/UFRB 2010/2014,

1. Ampliar atividades de pesquisa e a produção científica - incorporação de atividades de pesquisa como estratégia de ensino nos módulos de Processo de Apropriação da Realidade, ofertado de forma transversal no curso. Os resultados dos trabalhos de pesquisa e extensão realizados a cada UPP serão apresentados pelos discentes nos Seminários Integrativos do Curso e, no segundo ciclo, as oficinas de MBE desempenharão o papel de fomentar a curiosidade científica.
2. Ofertar educação à distância – Em cada Unidade de Produção pedagógica do primeiro ciclo, um componente curricular obrigatório terá parte da carga horária ofertada na modalidade EAD, por meio da plataforma moodle (<http://www.moodle.ufrb.edu.br>) o que irá contribuir para a disseminação da cultura desta modalidade de ensino entre docentes e discentes. No segundo ciclo o ambiente virtual de aprendizagem será utilizado como mais uma ferramenta de aprendizagem
3. Fortalecer e ampliar a articulação das atividades de ensino, pesquisa e extensão - O componente curricular de Processo de Apropriação da Realidade, ofertado a cada UPP, se constituirá no módulo de integração dos conteúdos teóricos com a interpretação e intervenção na realidade, mediante desenvolvimento de atividades de iniciação científica e extensão universitária. No segundo ciclo, os módulos de aprendizagem prática se constituirão em espaços de ensino e de desenvolvimento de atividades de pesquisa e de extensão.
4. Promover condições para a interdisciplinaridade nas atividades de ensino, pesquisa e Extensão - os componentes curriculares do curso serão ofertados no formato modular com a integração de conteúdos de diferentes campos disciplinares. O planejamento pedagógico de cada módulo envolve discussão da integração dos conteúdos teóricos, bem como a aplicação deste mediante a organização de práticas de pesquisa e de extensão em contextos comunitários. Para tanto, cada UPP do curso conta com duas horas semanais de encargo docente para o planejamento pedagógico. Este constitui um importante espaço de exercício da interdisciplinaridade entre os docentes vinculados ao curso.
5. Aprofundar a integração da universidade com os municípios do Recôncavo e do Estado da Bahia para a promoção do desenvolvimento socioeconômico e cultural - A partir da primeira UPP e até o término do curso, os estudantes serão inseridos em contextos comunitários para desenvolvimento de práticas de pesquisa e de extensão norteados pelos conteúdos teóricos trabalhados nos módulos de “Meio Ambiente, arte e cultura”, “Matrizes étnicas culturais e patrimônio cultural do Recôncavo” “Processos de Apropriação da Realidade” “Atividades Práticas em Saúde da Família”, entre outros. Esta aproximação da realidade propiciará a problematização das condições de vida da população e o

desenvolvimento de propostas de atividades extensionistas, visando melhoria das condições ambientais e a promoção de qualidade de vida. Como desdobramento destas atividades, vem sendo estabelecida uma interlocução crescente entre docentes e discentes do Curso de Medicina com setores governamentais e não-governamentais no município de Santo Antônio de Jesus e região com o propósito de planejamento e desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão.

6. Promover inserção regional - este PPC reconhece o território do Recôncavo Baiano como contexto privilegiado de ensino-aprendizagem, visando à produção de conhecimento técnico, humanístico, científico, artístico. Nesta perspectiva, busca-se assumir os conhecimentos dos discentes sobre os conteúdos a serem estudados, incluindo suas percepções sobre a realidade regional, como ponto do processo de construção e síntese do conhecimento. Espera-se, assim, a formação de atores reflexivos e críticos para a promoção de transformações no perfil de morbidade e mortalidade na Região do Recôncavo Baiano, Bahia e Brasil.

7. Estimular princípios filosóficos e teórico-metodológicos que norteiam as práticas acadêmicas e construção de identidade institucional - no primeiro semestre do curso (UPP 1), no módulo de Apropriação da Realidade, serão discutidos, entre outros temas a “Função da Universidade”. As atividades de pesquisa propostas aos discentes, neste momento, do curso possibilitam uma compreensão ampliada do papel da UFRB no seu território de inserção, bem como das potencialidades de uma formação acadêmica embasada no ensino, na pesquisa e na extensão. A partir desta discussão, os discentes reconhecem-se como ator institucional, co-responsável pelo estabelecimento de vínculo com a comunidade, almejando o alcance da missão e dos compromissos sociais da UFRB com a Região do Recôncavo Baiano.

8. Construir da identidade profissional – Será oportunizada para aos discentes uma formação geral em cultura humanística, artística e científica, articulada a saberes do campo da saúde. Dessa forma, os componentes curriculares foram estruturados de tal forma a proporcionar aos discentes a construção de uma identidade no campo da saúde, haja vista a produção de saberes e o planejamento de intervenções políticas e sociais para a promoção da saúde e da qualidade de vida de grupos populacionais. Nessa proposição, espera-se que estudante e Universidade participem ativamente na formação de um profissional decerto competente tecnicamente, porém igualmente capaz de atender às demandas sociais e do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma ética e humanizada, consciente dos desafios da realidade política, econômica e social do Brasil contemporâneo.

9. Re(construir) do quadro referencial ético - a dimensão da ética para o cuidado em saúde apresenta-se transversal à estrutura curricular do curso, envolvendo a discussão de aspectos da bioética nos componentes curriculares relacionados às ciências básicas e os princípios da ética em pesquisa/extensão envolvendo seres humanos em componentes curriculares relacionados às áreas de conhecimento de humanidades e de saúde coletiva. Mediante esta condução do processo formativo, espera-se que o egresso do Curso de Medicina esteja habilitado a estabelecer relações pautadas em atitudes éticas e humanas que favoreçam a interação em grupo e a tomada de decisões competente e responsável, facilitando o enfrentamento criativo das situações, muitas vezes incertas e imprevisíveis do cotidiano, e o gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

10. Ter a flexibilidade curricular como princípio - a estrutura curricular do curso é flexível, constituída por: 1) componentes curriculares optativos; 2) atividades de Educação à Distância (EAD); 3) processo ensino-aprendizagem mediado pela integração da pesquisa e extensão; 4) itinerário formativo que atenda a seus interesses e necessidades, mediante inscrição em áreas de Concentração. No caso do interesse pelo Curso de Medicina a área de Concentração Saúde-Enfermidade-Cuidado será a opção.

11. Ter a interdisciplinaridade como princípio - a estrutura curricular do curso encontra-se organizada sob o formato de módulos que articulam e integram diferentes campos de saber, buscando romper assim com a lógica disciplinar, ainda hegemônica na prática pedagógica. Partindo-se do reconhecimento da complexidade dos objetos de estudo no campo da saúde, a estratégia metodológica adotada no curso fundamenta-se na interdisciplinaridade como princípio pedagógico. Nesta perspectiva, valoriza-se naturalmente o trabalho de equipes com responsabilidade e respeito à diversidade de idéias, valores e culturas; a realização de estratégias pedagógicas flexíveis e articuladas, que congreguem o conhecimento do senso comum ao conhecimento científico, cultural e artístico. A partir da interdisciplinaridade almeja-se uma formação mais integral e integrada à realidade local, regional e mundial, assentada em múltiplas formas de compreensão, interpretação e explicação das realidades humanas.

12. Transcender a sala de aula na prática pedagógica - o curso proporciona aos discentes atividades práticas a partir do primeiro semestre, referenciadas na metodológica científica e nos princípios da extensão universitária, assumindo como contexto de inserção comunidades, instituições governamentais e não-governamentais. A partir do 7º semestre, o curso possui um eixo prático com 2.584h em serviços de saúde nos três níveis de complexidade.

13. Ter a atualização como princípio - os programas de aprendizagem dos componentes curriculares obrigatórios contemplam a abordagem de temas da atualidade, buscando assim articular conhecimentos teóricos para a reflexão crítica de questões contemporâneas, bem como a incorporação de inovações pedagógicas, científicas, artísticas, culturais e tecnológicas.

14. Valorizar experiências - No processo de produção do conhecimento serão valorizadas a diversidade das experiências prévias dos discentes e os saberes do senso comum, sendo estes assumidos como ponto de partida do processo de ensino-aprendizagem. Os programas de aprendizagem dos componentes curriculares do curso (teóricos e práticos) buscam proporcionar aos discentes vivências e práticas para consolidação de conteúdos teóricos, visando uma aprendizagem colaborativa e significativa.

15. Valorizar o espírito crítico-constructivo - Os componentes curriculares do curso proporcionarão aos discentes a produção de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades para a análise das condições de vida e de saúde/doença da população, de forma que estes sejam capazes de participar de forma ativa nos diversos espaços sociais, com vistas à garantia da integralidade da assistência, enfocada como ações promotoras de saúde e preventivas de doenças, tendo como foco a saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

16 – Estimular a autonomia para aprender Ao longo do curso, os discentes são estimulados para o desenvolvimento da autonomia na condução de seu processo de aprendizagem. Para tanto, são adotadas metodologias de ensino ativas e participativas, com orientação para a atividade de pesquisa bibliográfica e em bases de dados e a busca de informação em campo, mediante estratégias como visitas institucionais e entrevistas com especialistas, como etapas da produção do conhecimento.

17. Ofertar componentes curriculares de formação geral, básica e específica – a organização curricular do curso de Medicina pauta-se nessa premissa com oferta de componentes de formação geral (com finalidade de capacitar o graduando a identificar e a analisar diferentes aspectos constitutivos da realidade, como também identificar, compreender e analisar diferentes saberes, processos de comunicação e especificidades culturais), especialmente, no primeiro ano do curso; componentes de formação básica (com vistas a habilitar o estudante a se apropriar dos conhecimentos nucleares da área de conhecimento na qual o seu curso está inserido e utilizá-los em novas construções de atividades profissionais) oferecidos a partir do segundo ano do curso com foco na área de saúde coletiva e na área de concentração Saúde-Enfermidade-Cuidado e de formação específica (aqueles que buscam habilitar o estudante a se apropriar do conhecimento teórico, prático e tecnológico relativo a um determinado campo de atuação profissional e empregá-lo de modo inovador) oferecidos no segundo ciclo de formação.

PERFIL DO EGRESSO

Formulário
Nº 08

Nesta Seção, apresenta-se a formulação de diretrizes e estrutura curriculares para um curso médico baseado em regime de ciclos, com metodologia pedagógica atualizada e inovadora, visando a uma prática de cuidados em saúde humanizada e resolutive, capaz de prestar atenção integral e com plena capacidade técnica, focada na ética, na atualização tecnológica e científica e em conceitos ampliados de vocação e cidadania.

PERFIL DO EGRESSO

O **CMed/CCS/UFRB** deverá promover a formação de um profissional formado dentro de um conceito ampliado de saúde e de cidadania, conhecendo não apenas a esfera biológica e clínica, mas também os determinantes sociais da saúde. Capacitado para tratar o paciente com um olhar abrangente, integral, reconhecendo o contexto em que o mesmo está inserido, e preparado para acolher a dor e o sofrimento, manejar e/ou resolver suas implicações biológicas, e dar suporte às implicações psicossociais. Capaz de buscar e avaliar as evidências científicas, aplicando-as de forma resolutive e apropriada a cada situação e mantendo-se em constante aprendizado. Conhecedor dos conceitos epidemiológicos, noções de custo-benefício e aplicabilidade da evolução tecnológica na área da saúde. Hável nas relações interpessoais, no trabalho em equipe e nas interações com a comunidade e demais atores sociais. Competente em acolher, escutar, dialogar, observar e cuidar de cada paciente de forma humanizada, sensível e empática, livre de preconceitos ou juízos de valor. Um profissional cuja conduta pessoal e técnica seja norteada por princípios éticos e valores humanos. Um cidadão genuinamente comprometido com a vida, a saúde e a justiça social, consciente de sua responsabilidade perante o bem-estar coletivo.

O egresso do **CMed/CCS/UFRB** deve ser capaz de atuar relacionando os conceitos teóricos à prática assistencial, promovendo seu próprio desenvolvimento ético, técnico e humano, bem como da sua equipe de trabalho. Um profissional capaz de buscar e analisar informações sobre seu ofício, pautando-o na resolutividade e na satisfação dos indivíduos e da comunidade, sendo dela participante ativo, cidadão. Um egresso que integre, em suas práticas, a cultura e a sociedade, o técnico e o humano, o corpo e a mente, o individual e o coletivo, em prol da saúde do indivíduo, da comunidade, da sociedade e da sua própria saúde.

O perfil almejado é um "tipo ideal" aplicável à área de saúde em geral e, em específico, à medicina, bem mais que a soma das partes de uma formação plena, sob a forma de uma lista de competências e habilidades. Podemos defini-lo numa vertente descritiva: alguém que tenha se desenvolvido, no decorrer de sua formação, de forma integrada e equilibrada, nas dimensões cognitiva, técnica, humana, interpessoal, psicológica, ética e social, de modo a ser um médico **competente** do ponto de vista técnico, **proativo** na busca permanente de aprimoramento pessoal e aprendizado científico, **humano** na forma de cuidar, **responsável** do ponto de vista moral,

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO E INTEGRAÇÃO ACADÊMICA
- PROJETO PEDAGÓGICO -

Processo nº _____ Fls. _____

Rubrica: _____

consciente da dimensão ética, **solidário** nas relações interpessoais, **engajado** socialmente e **participativo** como cidadão.

Para a concretização dos objetivos do Programa e do perfil do egresso, como princípio, deve-se considerar que toda ação humana é fundamentada, motivada ou norteadada por valores. Isso equivale a dizer que não há ação moralmente neutra ou politicamente imparcial. Portanto, o Projeto Político-Pedagógico do **CMed/CCS/UFRB** deve explicitar com clareza e precisão não apenas competências a serem desenvolvidas e incorporadas, mas também os valores humanos e éticos assumidos pela proposta.

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Formulário
Nº 09

VALORES E COMPETÊNCIAS GERAIS

O Primeiro Ciclo do modelo de formação proposto prioriza os seguintes tópicos, desdobrados em valores e competências de caráter geral:

a) Compreender/conhecer a realidade

- Compreender o homem em suas dimensões filosófica, política, psicológica, biológica, social, cultural e espiritual, e em suas fases evolutivas do ciclo de vida, inseridas no contexto familiar e sociocultural;
- Estabelecer relações com o contexto político, econômico, cultural e ambiental no qual se inserem as práticas de saúde, atuando como agente crítico e transformador da realidade;
- Reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida, participando de forma proativa nos diversos espaços sociais, com vistas à garantia da integralidade da assistência, enfocada como ações promotoras de saúde e preventivas de doenças, tendo como foco o bem-estar e a qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades;
- Buscar conhecer os perfis epidemiológicos das populações e as necessidades individuais e coletivas de atendimento à saúde, considerando especificidades locais, regionais e nacionais;
- Reconhecer e respeitar a diversidade de aspectos sociais, culturais e físicos de indivíduos e comunidades, combatendo quaisquer formas de discriminação étnica, social, sexual e religiosa, valorizando a vida em uma lógica de inclusão social;
- Desenvolver curiosidade científica e interesse permanente pela aprendizagem, com iniciativa para buscar e integrar novos saberes ao longo de toda a vida;
- Desenvolver raciocínio sistêmico e visão holística em sua compreensão da saúde, reconhecendo os limites dos próprios conhecimentos e experiências;
- Analisar e interpretar criticamente os avanços e evidências científicos e sua aplicação na promoção do bem-estar individual e coletivo, reconhecendo os limites da própria ciência.
- Utilizar todos os seus conhecimentos – obtidos por meio de fontes, meios, recursos diferenciados – nas diversas situações encontradas nos contextos educativos.

b) Atuar em prol da transformação da realidade

- Reconhecer a si mesmo como co-responsável pela melhoria da sociedade, tanto em sua atuação profissional quanto em seu comportamento como cidadão;
- Promover estilos de vida saudáveis, considerando as necessidades da comunidade e atuando

como agente de transformação social;

- Estabelecer relações pautadas em atitudes éticas e humanas que favoreçam a interação em grupo e a tomada de decisões competente e responsável, facilitando o enfrentamento criativo e o gerenciamento de situações novas ou inesperadas;
- Planejar, implementar e avaliar, de forma participativa, ações de promoção à saúde, com vistas ao empoderamento da comunidade;
- Desenvolver a capacidade de identificar, planejar e resolver problemas de forma ética e responsável;
- Desenvolver espírito crítico-reflexivo e consciência da interrelação entre teorias, métodos e técnicas.

c) Realizar práticas interdisciplinares

- Comprometer-se com o diálogo e a ação interdisciplinar em saúde, integrando conhecimentos e reconhecendo-se como agente desse processo;
- Assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e articulada com os demais profissionais e as demais instâncias do sistema de saúde;
- Participar do trabalho em equipe, com responsabilidade e respeito à diversidade de ideias, valores e culturas;
- Reconhecer o valor dos saberes populares e a complementaridade entre os diversos saberes profissionais e científicos;
- Promover a Educação em Saúde em todos os espaços de atuação profissional, junto a indivíduos, famílias, comunidade e sociedade em geral.

d) Desenvolver conduta ética e moral

- Realizar serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da Bioética;
- Ser acessível e receptivo na interação com indivíduos e comunidade, mantendo a confidencialidade e o sigilo das informações que lhe são confiadas;
- Desenvolver o autoconhecimento, a empatia, a sensibilidade humana, o senso de responsabilidade, solidariedade e justiça para atuar com disponibilidade e flexibilidade, respeitando os princípios ético-legais e valores humanos;
- Desenvolver ações, visando o uso apropriado, a eficácia e o custo-efetividade dos recursos disponíveis, mediante avaliação acerca da conduta mais apropriada, adequando as evidências científicas às necessidades específicas de cada pessoa.
- Reconhecer e respeitar os valores pessoais, familiares, culturais e religiosos do paciente.

e) Trabalhar em equipe

- Respeitar os profissionais das demais categorias, seus saberes, competências e contribuições

à saúde de indivíduos e comunidades;

- Atuar de forma cooperativa para o crescimento da equipe e o bem-estar coletivo;
- Desenvolver a escuta ativa como primeiro passo do processo de diálogo e consulta grupal;
- Valorizar a diversidade de pontos de vista e a multiplicidade de perspectivas profissionais.

f) Desenvolver habilidades de comunicação

- Utilizar adequadamente recursos da tecnologia da informação e da comunicação (verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura) em sua área de atuação;
- Dominar, pelo menos instrumentalmente, o idioma Inglês em sua área de atuação;
- Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou ações extensionistas ou outras formas de produção de conhecimento para aprimorar a atuação prática, respeitando os princípios da Bioética e as normas éticas em pesquisa.
- Ter capacidade de comunicação e expressão com pessoas e grupos de distintas inserções sociais e culturais;

g) Agir com autonomia e auto-organização

- Adotar uma atitude proativa de investir em educação permanente, criando espaços para desenvolvimento de seus projetos pessoais, "aprendendo a aprender", desenvolvendo o gosto pela leitura e a participação em atividades de enriquecimento cultural;
- Desenvolver a capacidade de formular e gerir projetos, aprendendo com acertos e erros.
- Compreender sua formação humana, técnica e profissional como sua responsabilidade pessoal direta, na forma de um processo contínuo, autônomo e permanente.
- Analisar situações, conjunturas, relações políticas, campos de força e redes institucionais de maneira sistêmica;
- Compreender sua posição e função no sistema produtivo e de saúde, identificando, avaliando e fazendo valer seus recursos, limites e necessidades, além de seus direitos e deveres como trabalhador;
- Saber construir e estimular organizações e sistemas de ação coletiva de tipo democrático;
- Saber gerir e superar os conflitos, construindo soluções negociadas para além das diferenças culturais;
- Identificar a necessidade de participação nos processos de organização do trabalho e de acesso e domínio das informações relativas às reestruturações produtivas e organizacionais em curso.
- Ter a capacidade de auto-planejamento e auto-organização, adotando métodos próprios de estudo e trabalho e gerenciando de modo eficiente seu tempo e espaço de trabalho.

4.7. VALORES E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICOS

O Segundo Ciclo do modelo de formação proposto prioriza valores e competências de caráter específico e profissionalizante, reafirmando e reforçando os valores e competências gerais incorporados no primeiro ciclo. Esta proposta acolhe e amplia o conjunto de 22 competências a serem desenvolvidas na formação médica contempladas nas Diretrizes Curriculares para Cursos de Medicina, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE, 2002).

Na presente proposta, essas competências foram agrupadas em seis itens:

- a. Promover a saúde e a cidadania;
- b. Comprometer-se com a educação permanente, teórica e prática;
- c. Demonstrar competência nos conhecimentos e práticas do seu campo e profissão;
- d. Conduzir-se de acordo com preceitos éticos e morais;
- e. Interagir com escuta e empatia.

Esses tópicos se desdobram em valores e competências específicos, conforme segue:

a) *promover a saúde e a cidadania*

- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- reconhecer a saúde como direito fundamental do ser humano e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
- cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
- ter compromisso com o papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde.

b) *Comprometer-se com a educação permanente, teórica e prática.*

- exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas atualizadas;
- conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

- dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

- manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde, respeitando-a.

c) *Demonstrar competência nos conhecimentos e práticas do seu campo e profissão*

- realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

- diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças e agravos, bem como a eficácia da ação médica;

- otimizar o uso dos recursos propedêuticos em benefício do paciente, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

- realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

- atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

- atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

- utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção.

d) *Conduzir-se de acordo com preceitos éticos e morais*

- exercer a medicina de forma humanizada, ética, empática, evitando juízos de valor e preconceitos, ciente que sua missão de cuidar de pessoas precede a de curar;

- reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

- atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

- considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

- incorporar elevado padrão de conduta e desenvolver a autonomia moral para lidar com os dilemas éticos da prática médica.

e) *Interagir com escuta e empatia*

- comunicar-se adequadamente com colegas médicos e de outras profissões, exercendo o

respeito às diferenças de opiniões e campos de formação;

- atuar em equipe multiprofissional de forma cooperativa e dialógica, valorizando a complementaridade entre os distintos saberes;
- relacionar-se com usuários de serviços e familiares, exercendo escuta ativa e empatia, respeitando a individualidade de cada um e seus valores, crenças, características físicas, estado emocional e condição social, assim como os saberes populares e culturas de cada comunidade;
- desenvolver sensibilidade, equilíbrio emocional e resiliência para lidar com o sofrimento, a dor, a doença e a morte.

4.8. SOBRE O CONCEITO DE COMPETÊNCIAS

Como vimos nas seções anteriores, a articulação de competências e valores (gerais e específicos) permite seu agrupamento de acordo com níveis de abrangência e ciclos da formação. Essa distribuição pode ser visualizada de modo esquemático no Quadro 5.1.

A abordagem pedagógica adotada neste projeto não está estruturada a partir do modelo de currículo por competência, contudo, na seleção das competências que serão desenvolvidas com a integralização da matriz curricular do **CMed/CCS/UFRB** buscou-se uma articulação com a matriz teórico-conceitual crítico-emancipatória, na qual há uma demanda por resignificar a noção de competência, conferindo sentido que atenda aos interesses da formação profissional, dos processos de trabalho e da formação em saúde ampliada. Nesse referencial teórico, o conceito de competências torna-se multidimensional envolvendo facetas que vão do nível individual aos planos sócio-cultural, situacional e processual. Nas palavras de Deluiz:

“...construção de competências profissionais não se pauta pelas necessidades e demandas estritas do mercado, na óptica do capital, mas leva em conta a dinâmica e as contradições do mundo do trabalho os contextos macroeconômicos e políticos, as transformações técnicas e organizacionais, os impactos socioambientais, os saberes do trabalho, os laços coletivos e de solidariedade, os valores e as lutas dos trabalhadores” (Deluiz, 2012 p.09)

Quadro 5.1. Valores e Competências Gerais e Específicas, conforme etapa de formação

| FORMAÇÃO GERAL | FORMAÇÃO ESPECÍFICA |
|----------------|---------------------|
|----------------|---------------------|

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Compreender/conhecer a realidade</i>• <i>Atuar politicamente em prol da transformação da realidade</i>• <i>Realizar práticas interdisciplinares</i>• <i>Desenvolver consciência ética e moral</i>• <i>Trabalhar em equipe</i>• <i>Desenvolver habilidades de comunicação</i>• <i>Agir com autonomia e auto-organização</i> | <ul style="list-style-type: none">• <i>Promover a saúde e a cidadania</i>• <i>Comprometer-se com a educação permanente, teórica e prática.</i>• <i>Demonstrar competência nos conhecimentos e práticas do seu campo e profissão</i>• <i>Conduzir-se de acordo com preceitos éticos e morais</i>• <i>Interagir com escuta e empatia</i> |
|---|--|

No contexto de crise do capitalismo, no final dos anos 1970, o modelo das competências ganhou destaque no âmbito das empresas transnacionais. No campo da educação, no final dos anos 80 na Europa, iniciou-se o processo de reformas dos sistemas nacionais de educação profissional e de formação geral tendo como base o enfoque das competências. No Brasil, assumiu-se como concepção orientadora o modelo de competências, por meio de dispositivos legais, como a Lei 9394/96 (LDB) e dispositivos de regulamentação como o Decreto-Lei 2208/9717, o qual se refere à educação profissional e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional.

As críticas a essa modalidade de formação são de natureza variada. Alguns rejeitam totalmente este tipo de estrutura curricular, por vinculá-lo à política neoliberal, como um sub-produto do processo de globalização que adota novos padrões de produção industrial. Segundo Siécola (2012 p. 84), "... a noção de competência é limitada em relação à perspectiva de formação humana, da mesma forma que a ideologia, que busca conferir legitimidade aos novos padrões de acumulação do capital e de relações, tem seu limite na construção de uma concepção de mundo transformador".

O modelo curricular por competências representa a passagem de um ensino centrado em saberes disciplinares para um ensino definido por objetivos curriculares que visa a produzir efeitos verificáveis em situações e tarefas específicas. Os críticos ao modelo identificam nessa mudança uma perda e uma oposição entre saberes e competência. Perrenoud (2002) contesta essa afirmação, argumentando que os saberes constituem o fundamento das competências. Contudo, o autor ressalta que o contedismo ou saber enciclopédico não é privilegiado nesse modelo, na medida em que, desenvolver competências demanda tempo, o que obriga a concessões quanto à extensão dos saberes ensinados.

Acrescente-se a este rol de críticas a influência de escolas de Psicologia como o behaviorismo e o construtivismo. A primeira afirma que o uso da noção de competências deve-se à necessidade de se expressar claramente os objetivos de ensino em termos de condutas e práticas observáveis no

contexto das necessidades econômicas da produção capitalista. Na perspectiva construtivista a formação do adulto relaciona-se com exigências da sua ação social e profissional, nesse caso, a formação deve produzir efeitos necessariamente ligados à atividade futura do profissional (Ramos, 2012).

A qualificação do trabalhador em saúde constitui-se tanto no "saber ser" quanto no "saber fazer", tendo como referência a constatação de que uma dada profissionalidade resulta de construções e compromissos coletivos dos trabalhadores. Dessa forma, o conjunto de competências amplia-se para além da dimensão cognitiva, das competências intelectuais e técnicas ou específicas (capacidade de reconhecer e definir problemas, equacionar soluções, pensar estrategicamente, introduzir modificações no processo de trabalho, atuar preventivamente, transferir e generalizar conhecimentos), para as competências organizacionais, comunicativas, sociais e comportamentais.

Todavia, o modelo de formação por competências encontra-se fortemente relacionado ao sistema produtivo e não se apresenta claramente como balizamento de processos formativos que têm em perspectiva a expansão das potencialidades humanas e a busca de emancipação individual e coletiva. Por isso, acrescentam-se valores e competências capazes de propiciar futuros médicos a agir como cidadãos produtores de serviços eficientes e resolutivos e como atores participativos na sociedade civil, alinhados com princípios éticos e políticos como equidade e democracia.

Considerando esse complexo de condicionantes culturais, sociais e institucionais, a proposta de formação em ciclos, com uma etapa de formação geral e abrangente, permite atender melhor ao conjunto de demandas e exigências da conjuntura contemporânea brasileira e agregar valor ético e político ao itinerário formativo do estudante de medicina. Em outras palavras, as críticas acima referidas não se aplicam à presente proposta, uma vez que o egresso do **CMed/CCS/UFRB** terá vivenciado o primeiro ciclo de sua formação (BIS), durante o qual se prioriza a formação humana e ética, fundamentada na compreensão de um conceito ampliado de saúde – como direito humano e campo de exercício da cidadania. Por conseguinte, o segundo ciclo pode dedicar-se ao desenvolvimento de competências e valores específicos da atuação profissional, ao mesmo tempo em que consolida os fundamentos ético-políticos e o compromisso social do educando.

NORMAS DE FUNCIONAMENTO DO CURSO

Formulário
Nº 12

Para a oferta articulada de cursos na área de Saúde no CCS/UFRB, propõe-se uma arquitetura curricular com três Ciclos de Formação:

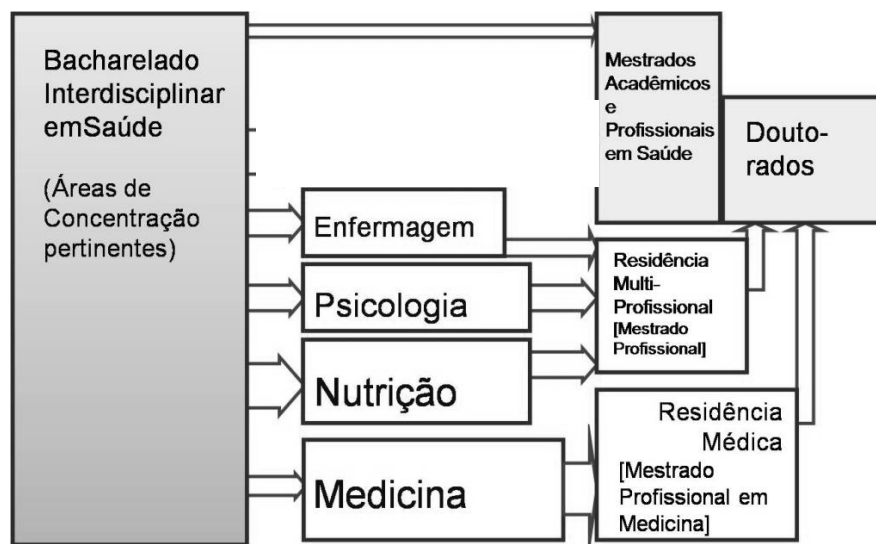
1. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde
2. Cursos de Formação Profissional
3. Cursos de Pós-Graduação

Antecedentes, justificativas, critérios e parâmetros político-pedagógicos do regime de ciclos foram explicitados nas seções anteriores.

Por exceder seu escopo e objeto, o presente estudo não aborda as ricas possibilidades de implantação de cursos no nível pós-graduação (Residências e Mestrados Profissionais; Mestrados e Doutorados Acadêmicos), equivalentes ao Terceiro Ciclo do regime proposto.

A Figura 6.1 apresenta de modo gráfico esquemático a articulação das modalidades de cursos e carreiras profissionais, nos diferentes ciclos de formação.

Figura1. Esquema do regime de ciclos aplicado à formação em Saúde



No modelo de formação recomendado, a entrada na instituição universitária será unificada, através do primeiro ciclo, pela modalidade do Bacharelado Interdisciplinar.

Nas seções seguintes, apresentamos em primeiro lugar, a estrutura do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, destacando seus componentes curriculares, integração interdisciplinar, áreas de concentração, **normas de funcionamento do curso** e critérios de progressão para os ciclos seguintes de formação profissional e acadêmica. Em segundo lugar, será apresentada a estrutura curricular e elementos pedagógicos do segundo ciclo, formação específica do Curso Médico, destacando organização de componentes curriculares, eixos e módulos de formação, quadro de atividades e descrição das estratégias pedagógicas cotidianas.

PRIMEIRO CICLO: BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

Desde 2009, o CCS/UFRB implantou o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), programa de graduação diversificado e integrado que, com alguns ajustes menores, poderá perfeitamente cumprir o papel de primeiro ciclo do CMed/CCS/UFRB.

Organização de Componentes Curriculares

A interdisciplinaridade se constitui em um princípio estratégico para a formação do trabalhador de saúde em geral e do profissional médico em particular, articulando diferentes Eixos, Módulos e Núcleos de Saberes em uma produção coletiva sobre um determinado tema. A interdisciplinaridade se materializa no currículo do BIS, inicialmente, pela organização do curso em Eixos Integrativos ao invés da tradicional divisão do conhecimento em campos disciplinares fragmentados. Como fator de organização curricular, a articulação entre Módulos e Núcleos de Saberes fortalece a possibilidade de integração dos educandos do BIS com áreas, cursos, e linhas de pesquisa e extensão da UFRB.

No currículo proposto, a articulação dos conhecimentos exige a definição de Eixos Integrativos de conhecimentos das diferentes áreas, em torno de um tema, problema, ações comuns. Esses funcionam como elementos centrais, em torno dos quais os saberes, de forma propositalmente integrada, promovem um movimento de crescente complexidade.

Nesse sentido, a organização curricular se apóia na flexibilidade baseada em Unidades de Produção Pedagógica (UPP)¹, organizadas em Eixos (“Homem e Realidade”; “Homem, Saúde e Sociedade I”; “Homem, Saúde e Sociedade II”; “A saúde Humana e Seus Determinantes”; “Sistema de Saúde e Conscientização Social”; “Livre”), compostos por módulos que articulam núcleos de saberes, com vistas à construção do aprendizado significativo, onde a realidade ultrapassa os limites da sala de aula, o ensino acontece articulado com a pesquisa/extensão e tem por base a autonomia do educando.

Na organização dos Eixos Integrativos do curso, ações e estudos serão sistematizados, na direção do foco de cada eixo, bem como dados e conhecimentos atuais serão integrados em

¹ Neste projeto, os semestres são nomeados de Unidade de Produção Pedagógica (UPP), com vistas a enfatizar o seu caráter dinâmico e integrado.

um todo coerente. Além disso, a seleção e efetivação de estratégias de ensino integradoras do Eixo irão permitir ao educando um olhar ampliado. Todo esse processo será analisado e avaliado em sua adequação, relevância e adaptatividade, o que permitirá a ratificação ou rejeição de propostas e a elaboração de soluções para problemas identificados através de análise dos resultados.

A gestão do curso se assenta sobre a sua produção pedagógica junto aos educandos e educadores e não somente sobre a gestão administrativa da educação (gestão das cargas horárias, número de créditos, distribuição dos encargos, etc.). Como já colocado, entende-se cada semestre letivo como UPP, constituída pelos educadores do curso, agregados pelo compartilhamento solidário e co-responsável do ensino dos Núcleos de Saberes e coordenada por um educador gestor eleito por seus pares. Esse grupo deverá gerir o desenvolvimento dos Programas de Aprendizagem junto aos educandos, o desenvolvimento docente permanente e a condução da educação no formato de um curso de bacharelado geral.

A complexidade e especificidade do curso proposto impõem a ampliação e a articulação entre os diferentes Centros da UFRB, promovendo uma interface intersetorial com a saúde, induzindo o desenvolvimento e a avaliação de iniciativas inovadoras de ensino com a qualificação da capacidade de ensinar da instituição, inclusive pela mobilização do protagonismo dos educandos.

No primeiro ano do curso, serão trabalhados os eixos "Homem e Realidade" e "Homem, Saúde e Sociedade". O eixo Homem e Realidade constitui-se a partir da integração dos módulos: "Filosofia, Ciência e Realidade", "Ambiente, Arte e Cultura" e "Processos de Apropriação da Realidade". O estudante aproxima-se, desse modo, de saberes das culturas humanística, artística, científica e linguagens.

No módulo Filosofia, Ciência e Realidade o estudante dedicar-se-á ao estudo de conteúdos da ciência e da filosofia de forma integrada, tais como: Realidade, concepções de mundo, de homem, de ciência, da relação sujeito-objeto na produção do conhecimento científico e filosófico, saúde como campo de conhecimento e práticas, paradigmas emergentes, processo sócio-histórico da construção do conhecimento e realidade, atitude filosófica e científica, elementos da metodologia científica.

No módulo "Ambiente, Arte e Cultura", o foco é o estudo da construção sócio-histórica do conceito de ambiente no Ocidente e, nesse contexto, problematizar a ação antrópica frente à sociedade de consumo, a sustentabilidade, Educação Ambiental e saúde ambiental. Este módulo é de suma importância dada à relevância das questões ambientais na atualidade, suas implicações no estado de saúde das coletividades e, portanto, da necessidade de preservação do ambiente compreendido como espaço de vivência em comum e de atuação profissional. Os estudos também abrangem os conceitos de arte e de cultura. Pretende-se trabalhar com a arte como grande aliada no processo educativo e no desenvolvimento de valores éticos, das capacidades criativa, reflexiva e de intervenção, agindo como um veículo transformador do

sujeito aprendiz em cidadão reflexivo, assim como o reconhecimento do papel da arte e cultura como elementos mediadores e constituintes dos espaços.

O módulo “Processos de Apropriação da Realidade” tem o importante papel no currículo de promover diálogos interdisciplinares entre os demais módulos que compõem o eixo “homem e realidade”. Inicia-se a partir de estudos sobre Universidade, quando os estudantes são mobilizados a buscar entender a função social da universidade e a estrutura acadêmica da UFRB. Dessa forma, o estudante é apresentado a cultura acadêmica, com intuito de fomentar uma afiliação a esse novo contexto de aprendizagem, suas regras e suas dinâmicas. Paralelo a esse processo, busca-se oportunizar a realização de um estudo de meio, o que permite vivenciar experiências no campo da investigação científica em um determinado contexto social e voltado para as necessidades do mesmo.

Nesse momento é importante abrir um espaço para caracterizar o módulo de “Processos de Apropriação da Realidade” de uma forma geral, uma vez que trata-se de um módulo transversal do currículo, o qual tem como um dos seus papéis de articular os conteúdos trabalhados nos demais módulos que compõem os Eixos da estrutura curricular do BIS, ao longo de cinco UPP. Nesse sentido, esses módulos estão voltados para promover a abertura da Universidade para a vida social e serão planejados a partir do foco de cada Eixo do curso de forma integrada e sequencial. Com a inclusão, por meio desses módulos, dos processos de pesquisa e extensão no currículo, objetiva-se permitir ao educando percorrer um caminho acadêmico consistente e seguro em sua formação, por meio de experiências empíricas, mantendo contato com comunidades externas à universidade.

Ademais, esses módulos se propõem a desenvolver a atitude reflexiva e problematizadora no educando, que lhe permitirá ser produtor do conhecimento e, com isso, incorporar o comportamento investigativo tanto às atividades realizadas em sala de aula, como às externas. Com isso, pretende-se romper com uma cultura dissociativa, que dificulta a articulação efetiva entre ensino-pesquisa-extensão e teoria-prática no ensino superior. A participação de educadores e educandos nos projetos desenvolvidos nesses módulos serão pautadas na importância de estimular um trabalho de criação coletiva, em que ambos se incluam como autores, desenvolvendo a capacidade de negociar, articular e ser solidário.

Partindo do pressuposto que a linguagem é um elemento importante para a apropriação da realidade, nesses módulos serão também trabalhados conteúdos de linguagem (interpretação e produção de textos e língua estrangeira), os quais não se limitam a ser elementos compensatórios das deficiências do processo de aprendizagem experienciado pelos educandos no ensino médio. Na UPPI e II, o trabalho está focado em aprimorar a produção textual, por meio do desenvolvimento de habilidades no uso de diferentes modalidades de produção textual: expressão oral e expressão escrita. Práticas de leitura e de escrita. Concepções de texto, sujeito e sentido. Princípios da Linguística Textual. Propriedades textuais. Gêneros e tipologias textuais. Gêneros acadêmicos. Elementos de textualidade e gramática. Produção de textos escritos coerentes, coesos e funcionais. Ainda no módulo transversal Processos de Apropriação da Realidade, na UPPII inicia-se o estudo do Inglês, com a finalidade de

proporcionar a aquisição de habilidade instrumental de leitura, em outro idioma, permitindo acesso ampliado às fontes de informação e conhecimento.

A UPP II está estruturada a partir do eixo "Homem, saúde e sociedade" formada pelos módulos: Matrizes étnicas culturais e patrimônio cultural do Recôncavo, Sócio-anthropologia, introdução ao campo da saúde e processos de apropriação da realidade I (PAR I). Estes módulos darão continuidade aos estudos dos saberes das culturas humanística, artística, científica e linguagens, partindo da perspectiva de homem, um ser que, na unidade da sua corporeidade animada, existe no mundo historicamente, cria a cultura para responder aos desafios do ambiente e é por ela modelado. Ênfase será dada ao estudo do homem, seus relacionamentos sócio-culturais, sua maneira de lidar com o mundo, bem como, uma análise sobre os processos históricos que estruturaram o território Recôncavo da Bahia e seu patrimônio cultural. Nesse contexto, no módulo introdução a saúde, os estudos estarão voltados para o campo da saúde sua origem, constituição sócio-histórica do conceito de saúde e de promoção da saúde.

A partir da UPP III e, até a UPP VI, esta proposta assume um compromisso explícito com o Sistema Único de Saúde, mantendo os módulos de "Qualidade de vida e sociabilidade", "Situação de saúde", "Estado, políticas de saúde e organização de serviços" e "Comunicação, Informação e educação em saúde", além do módulo de Processos de Apropriação da Realidade (PAR) como componentes obrigatórios do curso. Reafirma-se desse modo o compromisso do curso com a formação de sujeitos comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS, voltados para desenvolvimento de ações e projetos de promoção da saúde em parceria com comunidades e a partir de suas necessidades e demandas.

Nesse sentido, na UPP III, o módulo "Qualidade de Vida" irá introduzir discussões sobre representações e práticas em saúde/doença; Itinerários terapêuticos: cuidado, cura e assistência; Interface entre o processo saúde-doença-cuidado e fenômenos sociais contemporâneos, como o racismo, as violências, as relações de gênero e as desigualdades. Em seguida, na UPP IV será aplicado o enfoque epidemiológico, para analisar dados ou informações relativos à natureza dos eventos epidemiológicos e características de ocorrência da doença em populações, bem como, uma aproximação com geoprocessamento.

Na UPP V, o módulo "Estado, política de saúde e organização de serviços" dedicar-se-á ao estudo das concepções filosófico-políticas de Estado e sociedade, sua natureza e funções, cidadania popular organizada e o serviço público como espaço estratégico de equalização de oportunidades. Ainda terá como foco a reconstrução histórica e crítica do contexto da saúde na evolução do Estado no Brasil, articulado aos processos sociais e de cidadania, nesse bojo destaque para história da luta pela reforma sanitária e a construção do SUS, bem como, sua fundamentação filosófica, jurídica, política e organizacional e as principais políticas atuais do SUS.

Finalizando o eixo transversal da Saúde Coletiva, na UPP VI, os estudos serão focados nas bases históricas e epistemológicas da educação em saúde; Educação em saúde no SUS brasileiro; Educação popular; Educação permanente. Este componente curricular é importante, uma vez

que a Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Portanto, a formação tem o compromisso de qualificar as práticas educativas dos profissionais de saúde, a fim de que estes contribuam para a afirmação e apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também com a promoção da cidadania.

O módulo Processos de Apropriação da Realidade como já foi descrito anteriormente, inicia-se no primeiro semestre com o estudo de meio e nos próximos dois anos do curso (UPP II, III, IV, V, VI), os estudantes irão desenvolver atividades, com a comunidade e em parceria com equipamentos públicos, em especial, de saúde. Na UPP II, os estudos estarão voltados para elaboração e implantação de um projeto de extensão participativo apoiado nos princípios de Paulo Freire. Este projeto será construído em parceria com membros das comunidades e/ou associações comunitárias e utilizar-se-á dos elementos do diagnóstico realizado na UPP I como temas iniciais, contudo, parte-se do pressuposto de que o projeto sempre está inacabado e, portanto, aberto a novos direcionamentos que podem surgir no processo de implementação do mesmo em função de questões da realidade local ou por agregar novos elementos teóricos.

Integração Curricular

Os discentes e docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) realizarão no final de cada semestre letivo um Seminário Integrativo do curso, o evento tem por objetivo divulgar os trabalhos interdisciplinares desenvolvidos pelos educandos e comunidades nos Módulos Processos de Apropriação da Realidade, promover integração entre as UPP e com estudantes do segundo ciclo de formação, além de estimular a cultura da produção científica e artística junto aos alunos no percurso da vida acadêmica.

Espera-se como produto dessa interação comunitária e com serviços que o processo formativo proporcione um aprendizado cognitivo e sensível, desenvolva o protagonismo dos atores no processo de construção do conhecimento e na formulação e implementação de projetos. Dessa forma, pressupõe-se que o PAR desenvolva no estudante uma postura de constante questionamento dos fatos e fenômenos, compreendendo-os em seus contextos de produção e engendramento social, histórico, linguístico, de ação e de atuação, propondo sentidos e arranjos possíveis e sempre atuais. Dessa forma, considera-se a realidade como fator desencadeante e desafiador do processo de ensino e de aprendizagem.

Outra característica importante da matriz curricular é sua estrutura flexível, onde o educando pode construir o seu caminho a partir do seu interesse, escolhendo componentes curriculares optativos. Essa proposta é coerente com processo de flexibilização da estrutura curricular, na medida em que proporciona o trânsito por diversas áreas da saúde e, assim, escolher efetivamente seu caminho profissionalizante, caso esse seja o seu desejo.

Os estudantes que manifestarem interesse em prosseguir estudos de segundo ciclo, nos cursos de Medicina, serão orientados, no momento da matrícula, a optar pelos componentes curriculares que compõem a área de concentração Estudos em Saúde-Enfermidade-Cuidado, os quais serão descritos na próxima seção.

Será oferecido também como componente optativo “Orientação Profissional”, constituído por oficinas de orientação e desenvolvimento de carreiras, as quais têm por objetivo a assessoria ao discente no desenvolvimento da sua carreira profissional, auxiliando-o na auto-avaliação de suas potencialidades e preferências, na definição de metas e no planejamento da carreira. Os discentes serão convidados a explorar, refletir e planejar a sua vida profissional, a partir de trabalhos de campo e técnicas de orientação de carreira. Buscar-se-á, também, oferecer uma visão panorâmica das diversas áreas básicas do conhecimento e das profissões, auxiliando o estudante na escolha de estudos posteriores. Entende-se que atividades com esses propósitos possam cumprir um papel fundamental no sucesso da experiência universitária, tanto para o indivíduo quanto para a própria instituição.

Os alunos do BIS deverão, em caráter obrigatório, realizar um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Esse trabalho se desenvolverá processualmente, a partir da UPP III, e dará origem a produtos de diferentes naturezas. Na dimensão processual, o trabalho de orientação começará na UPP III e se estenderá a até o final do curso. Enquanto produto, o TCC caracteriza-se por uma atividade acadêmica desenvolvida de forma autônoma para a produção de trabalhos nas seguintes modalidades: monografia; artigo científico; produção artística; atividade de extensão (projeto, implementação, certificação e relatório final – pode ser apresentado em diferentes linguagens). Em quaisquer dessas modalidades, o produto deverá representar o desdobramento de uma reflexão científica acerca de um objeto do campo da saúde. Compete ao educando elaborar um projeto encaminhar para aprovação na Comissão de TCC, e, quando pertinente, ao Comitê de Ética em Pesquisa indicado. As normas que orientam a realização do TCC encontram-se descritas no Regulamento do Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (Anexo I).

Os TCC serão orientados por professores do BIS, a partir da UPP III, com carga horária de 17h por UPP. Ao longo de cada UPP serão realizados quatro encontros presenciais, de uma hora cada, e, nas outras 13h, utilizar-se-á o ambiente virtual Moodle como mediador do processo. Quando as atividades relacionadas ao TCC forem finalizadas, os trabalhos serão submetidos à apreciação de uma Banca Examinadora composta por três membros: o orientador; outro professor da UFRB; e um professor que, preferencialmente, seja externo à UFRB, podendo o aluno, em comum acordo com o orientador, sugerir esses nomes. Em lugar da tradicional defesa pública, as avaliações dos pareceristas deverão ser encaminhadas à Comissão de Acompanhamento dos TCC e ao orientador do educando, sendo implementadas as devidas modificações. A fim de publicizar essa produção, será realizado um evento para apresentação pública da versão final dos trabalhos produzidos. Nesse evento, todos os concluintes deverão apresentar seus trabalhos em formato de pôster, enquanto os autores dos cinco melhores trabalhos, conforme a Comissão de Acompanhamento do TCC, farão uma apresentação oral.

Os trabalhos finais deverão ser entregues à coordenação do curso, em versão eletrônica, para posterior disponibilização em midiateca e em ambiente virtual. Tendo em vista que a UFBA também está propondo Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, buscar-se-á um intercâmbio com essa instituição, em atividades como pesquisas multicêntricas e outros projetos formativos singulares, buscando estabelecer diálogos e compartilhar experiências.

As atividades complementares caracterizam-se como um componente curricular obrigatório, que visam estimular a busca por novas oportunidades de aprendizagem, além dos componentes da estrutura curricular estabelecidos pelo curso. É um mecanismo de aproveitamento de estudos e experiências realizadas pelo acadêmico, complementares à integralização curricular, que deverá ser realizado ao longo do curso, desde que obedecidas as normas e prazos da instituição para o cumprimento de tal atividade. Deve-se prever a inclusão de atividades de caráter científico, cultural e acadêmico, enriquecendo o processo formativo do educando como um todo, prevendo a ampliação do seu universo cultural e diversificando os espaços educacionais.

Os créditos complementares serão compostos por atividades de desenvolvimento intelectual e crescimento pessoal, ético, humanístico ou técnico, de caráter independente e de autonomia do estudante, mas que integram a formação por sua interação interdisciplinar ou intersetorial de estudo, pesquisa, extensão, atuação político-social ou documentação técnico-científica, sendo requeridas em um mínimo de 180 horas ao longo dos três anos do curso.

Fica evidente a importância atribuída, neste projeto, à incorporação de outras formas de aprendizagem e formação, presentes na realidade social, levando em consideração os princípios éticos e políticos fundamentais para o exercício da cidadania, da democracia e da responsabilidade para com o meio ambiente. Os créditos complementares estão descritos na tabela anexo (Anexo II): As atividades realizadas na UFRB ou fora dela, no meio acadêmico ou social, somente poderão ser incorporadas na medida em que se integrem aos referenciais fundamentais da estrutura curricular, especialmente os referentes à atitude de interrogar e de criar.

Áreas de Concentração

Para facilitar a transição daqueles alunos que pretendem tomar o BI como requisito para formação em carreiras profissionais ou acadêmica na pós-graduação, propõe-se aplicar o conceito de Área de Concentração atualmente vigente nos cursos de pós-graduação. Nesse sentido, define-se Área de Concentração (AC), como campos do conhecimento, multidisciplinares ou interdisciplinares, constituídos de componentes curriculares, preferencialmente optativos. As áreas de concentração se organizarão como um conjunto de estudos teóricos e aplicados que tenham coerência interna e estejam a serviço da construção de um perfil acadêmico e/ou ocupacional definido. Dessa forma, não se define a partir do critério de mera antecipação dos estudos básicos de carreiras profissionais e acadêmicas, mas inclui o cumprimento da função propedêutica de etapa inicial de estudos posteriores.

A escolha da Área de Concentração dar-se-á no quarto semestre quando o aluno formalizará sua opção. Na etapa correspondente à Área de Concentração, os alunos escolherão um campo de conhecimento específico, constituído de cursos num elenco previamente definido.

A proposta de estruturar ACs no BIS estrutura-se a partir de 4 critérios fundamentais:

- a) compilação e otimização de componentes curriculares já ofertados pelos diversos cursos de graduação em saúde da UFRB;

- b) estrutura curricular leve, mínimo de pré-requisitos, com base em eixos e módulos;
- c) trajetórias curriculares abertas à escolha dos alunos, com componentes curriculares majoritariamente optativas, permitindo inclusive mobilidade inter-áreas;
- d) diversificação de focos de formação, com predominância de componentes teóricos.

Dados esses pontos, uma reestruturação curricular do BIS é recomendada, particularmente ao se observar que alguns princípios e parâmetros originalmente previstos não foram seguidos no projeto enfim implementado, certamente devido aos condicionantes normativos da própria UFRB. Posto que o REUNI permitiu a introdução de numerosas inovações pedagógicas e curriculares, condicionando a reformulação das normas e regimentos pertinentes, agora já se viabiliza a reafirmação do caráter interdisciplinar da formação mais adequada, em nível de graduação, no campo da Saúde.

Visando a contribuir nessa direção, apresentamos a seguir uma proposta de reconfiguração da matriz curricular do BI em Saúde, com adoção da estrutura modular e progressiva do modelo de ciclos. Ao concluir o segundo semestre do BI em Saúde, o aluno poderá optar por uma área de concentração composta por 06 (612h) componentes curriculares, indicando o repertório de componentes obrigatórios. No CCS/UFRB, a formação profissional específica poderá ser articulada inicialmente às seguintes áreas de concentração:

- Estudos em Saúde-Enfermidade-Cuidado
- Estudos da Subjetividade
- Saúde Coletiva

A primeira será preferencial para progressão ao Curso de Graduação em Medicina (CMed/CCS/UFRB), objeto da presente proposta, e para os cursos de Enfermagem e Nutrição. A segunda será preferencial para progressão ao Curso de Psicologia (PSI/CCS/UFRB). A terceira será preferencial para progressão a um futuro Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC/CCS/UFRB), que deverá ser objeto de PPP próprio. Outras áreas de concentração poderão ser a qualquer momento agregadas à oferta do BIS na UFRB, a depender de novas propostas ou da composição de ofertas curriculares capazes de combinar elementos de áreas de concentração existentes e de componentes curriculares de cursos de formação profissional existentes ou propostos.

A área de concentração Estudos em Saúde-Enfermidade-Cuidado (ACSEC) terá 120 vagas anuais e seus componentes curriculares poderão ser cursados por alunos com interesse em qualquer um dos cursos da área da saúde, sendo que os componentes curriculares obrigatórios da área serão pré-requisito para o ingresso no curso médico.

Os componentes curriculares obrigatórios da ACSEC são os seguintes:

- Morfofuncionais I

- Morfofuncionais II
- Morfofuncionais III
- Biointeração
- Aspectos fisiológicos e farmacológicos da saúde doença I
- Aspectos fisiológicos e farmacológicos da saúde doença II

Nos módulos de morfofuncionais, o estudante dedica-se a estudar as bases moleculares e celulares dos processos normais da estrutura e dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos. O módulo de biointeração concentra-se no estudo da avaliação da resposta imunopatológica aos agentes agressores de natureza biológica, física e química e a relação dos parasitos e vetores com seus respectivos hospedeiros. Além do estudo dos principais agentes microbiológicos e farmacológicos e sua biointeração medicamentosa como proposta terapêutica. Interferência dos alimentos na biodisponibilidade destes agentes. No módulo de aspectos fisiológicos e farmacológicos da saúde e doença realiza-se o estudo das principais doenças humanas (cardiovasculares, respiratórias, do sistema digestivo, das neoplasias, doenças renais, do trato genitório urinário e endócrino), seus mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial e exame físico e a terapêutica farmacológica.

Componentes curriculares da ACSEC relacionados ao Eixo prático terão lugar no IV, V e VI semestres do BIS. No semestre IV deve ser cursado um componente curricular prático contemplando introdução à Propedêutica da atenção e dos cuidados básicos em saúde, em que o aluno aprende as bases da anamnese, do exame físico e dos cuidados na Atenção primária à saúde nas comunidades, numa interface precoce com as necessidades reais do SUS. No semestre V, os estudantes da ACSEC, no módulo processo de apropriação da realidade participam de atividades práticas na comunidade, acompanhando o PSF e elaborando o prontuário comunitário (POPE comunitário), com orientação docente. Além disso, inclui-se aplicação dos conhecimentos de epidemiologia aprendidos nos semestres anteriores do bacharelado, como risco, vulnerabilidade e custo-benefício, às questões de saúde da comunidade.

No semestre VI, os alunos da ACSEC participarão, como membros temporários, de uma das Equipes de Aprendizagem do segundo ciclo (Vivência profissional). Os alunos da ACSEC terão, nas equipes, atividades obrigatoriamente relacionadas a busca de evidências científicas sobre temas da Atenção básica em saúde, fazendo análise crítica da metodologia dos grandes *Trials* que orientam as condutas atuais. Os alunos também poderão participar, como voluntários, das atividades de pesquisa da sua respectiva equipe. Serão avaliados por esta participação, recebendo uma nota de aproveitamento que poderá ser usada para a seleção ao segundo ciclo de formação.

O eixo ético-humanístico-social será continuamente contemplado nos componentes do eixo prático da ACSEC. Os alunos podem cursar ainda como parte da ACSEC, nos seus três semestres, componentes livres como:

a) **Ética das relações interpessoais** nas atividades do profissional de saúde: Discussão da ética nas relações entre os diversos profissionais de saúde e os doentes, seus familiares e sua comunidade, bem como das relações entre os próprios profissionais de saúde, gestores e esferas de governo do nosso país. Debate sobre o compromisso ético de cada cidadão com as condições de saúde do local.

b) **Noções básicas de psicologia e psicopatologia:** Noções de psicologia e de psicopatologia para o profissional da saúde. Os novos desafios impostos pelo mundo moderno nas questões referentes à saúde mental. Interface da psicologia com a atuação do profissional de saúde. Discussão obrigatória sobre as exigências acerca da atividade profissional e a Saúde mental dos trabalhadores da saúde.

c) **Cultura, mídia e sociedade nas práticas de saúde:** A influência da cultura e da mídia nas práticas de saúde da população brasileira e mundial. A globalização e as questões de saúde. Interesses empresariais e as práticas de saúde. A saúde como um bem social. O conhecimento em saúde como marcador do desenvolvimento de uma sociedade.

d) **História geral da arte** - estudo das manifestações artísticas ocidentais no campo das artes visuais, da literatura, da música, das artes cênicas ou do cinema. Considerações acerca de conceitos, periodização, gêneros, estilos e movimentos de um ou dois dos campos citados, considerando formas e sentidos que lhe foram atribuídos por seus contemporâneos sociedades posteriores.

e) **Cultura e arte brasileira** - A idéia de construção da Nação Brasileira e representações. Identidade e diversidade cultural. Estudo da cultura e da arte brasileiras em diferentes contextos histórico-sociais: sociedade colonial, o século XIX e o século XX. Arte e cultura brasileiras na atualidade. Valores culturais e estéticos.

f) **Abordagem cinematográfica de temas contemporâneos** - Estudo de fatos que marcaram o século XX e XXI, fome e desigualdade social, Globalização na perspectiva de Milton Santos; Violência; Ética.

g) **Comunicação** - Estudos sobre a evolução da comunicação humana; Informação e comunicação na era da globalização; Comunicação verbal e não-verbal; Comunicação da perspectiva do outro.

h) **Introdução ao vídeo** - Introdução aos processos e a teoria de captura e edição de vídeo digital. Desenvolvimento de propostas audiovisuais utilizando os recursos do vídeo como suporte. Reflexão crítica sobre o processo de criação e produção do audiovisual.

Os alunos poderão cursar, ainda durante os semestres da ACSEC, componentes curriculares optativos presentes na oferta do BIS e de outros cursos da UFRB.

As UPP são espaços educativos de construção do conhecimento, campos de experimentação e exercício de práticas sob supervisão e/ou orientação educativa. As atividades de ensino em UPP pressupõem a apropriação histórica, política e social do homem e sua relação com o

campo da saúde. Todas as unidades do curso contarão com a participação de educadores de diferentes áreas do conhecimento do CCS e de outros Centros da UFRB desenvolvendo atividades teóricas e teórico-práticas, em sala de aula, em campo e por meio da Educação à Distância.

Para dar conta do modelo pedagógico proposto, há necessidade de realização de oficinas de capacitação pedagógica junto aos educadores, no início de cada unidade de produção pedagógica. Ressalta-se que, para o início de cada UPP do curso, o processo de estruturação dos Núcleos de Saberes deve acontecer antes do início das aulas para permitir o envolvimento dos educadores com a proposta, a elaboração dos Programas de Aprendizagem e a realização da capacitação.

Ao longo do desenvolvimento do curso, na medida em que forem estruturadas as atividades teóricas e teórico-práticas, serão estabelecidas articulações que envolvam espaços educativos no Sistema Único de Saúde (SUS) (subsetor Público, subsetor Complementar e subsetor Suplementar), espaços do movimento social e popular e, em situações de excepcional interesse acadêmico, espaços alternativos. As articulações contemplam vinculação institucional com o CCS/UFRB, por meio de convênios, contratos, projetos, programas ou outras modalidades de cooperação interinstitucional.

Atualmente, o CCS possui convênios com a Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB) e com a Prefeitura Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus (SES/SAJ). Pretende-se que essas parcerias sejam ampliadas, particularmente que sejam incluídas articulações com o espaço do movimento social e popular, terceiro setor e espaços alternativos, que se imponham pela importância estratégica, como por exemplo, aqueles relacionados à Saúde Ambiental, desenvolvimento sustentável, biotecnologias, entre outros.

Critérios de passagem para o Segundo Ciclo

Para os concluintes do BIS que desejem ingressar no Segundo Ciclo, visando a formação em carreiras profissionais, dois princípios podem ser estabelecidos: por um lado, encoraja-se a pluralidade de modalidades de processo seletivo, visando a contemplar as distintas competências (ou inteligências) como critério de recrutamento; por outro lado, critérios específicos poderão ser agregados ao processo de seleção.

O modelo de ingresso na universidade atualmente vigente no Brasil usa, em geral, processos seletivos que privilegiam exclusivamente um tipo de inteligência: aquela dos sujeitos capazes de melhor desempenho em um único teste, de base individualista, solitária e competitiva, realizado sob tensão. Dessa forma, perde-se a riqueza da contribuição de todas as outras modalidades de inteligência, cada vez mais valorizadas no mundo do trabalho e no mundo da vida social. Exclui-se da formação universitária aqueles que desempenham melhor de modo gradual e cumulativo, mas nem por isso com menor profundidade e consistência; aqueles que possuem inteligência solidária, os que trabalham melhor em equipe; sujeitos criativos, com maior inteligência emocional.

No geral, para atender aos critérios de diversidade aqui preconizados, os seguintes instrumentos ou processos de avaliação de desempenho podem ser usados, isoladamente ou, de preferência, em combinação:

1. Testes de conhecimento sobre conteúdos dos cursos FE específicos para cada opção de prosseguimento para carreira profissional.
2. Coeficiente de Rendimento durante o BI, mediante sistemas coletivos de avaliação do desempenho médio nos módulos de FG e FE do BI
3. Coeficiente de Rendimento em trajetórias pré-profissionais na FE do BI; pode-se definir um Eixo Temático dentro do qual os candidatos demonstrarão seu aproveitamento.
4. Exame de Avaliação Seriada a cada ano do BI, compondo um escore cumulativo. Começando no fim do primeiro ano, essa avaliação pode cobrir conteúdos do Eixo Temático da FG e da FE onde se encaixa a carreira profissional procurada.
5. Seminário/workshop para avaliar aptidão/vocação; aplica-se especialmente às áreas que exigem talentos específicos, indetectáveis mediante formas convencionais de seleção.

Para o curso médico, os seguintes critérios específicos serão empregados no processo de seleção para o segundo ciclo:

Os três anos de BI em Saúde são pré-requisito para a entrada do aluno no segundo ciclo do curso médico, através do coeficiente geral de rendimento. Para a progressão para o segundo ciclo (curso médico) os alunos devem ter passado obrigatoriamente nos (06) componentes obrigatórios da ACSEC, e o coeficiente de rendimento desses componentes terão peso 2,0 para a passagem para este ciclo (Resolução CONAC 002/2011)

Dessa forma, sugere-se alteração da Resolução CONAC 002/2011 com atribuição de peso 2,0 para componentes obrigatórios da ACSEC, e que seja incluído na formula a nota obtida nos componentes curricular Inglês instrumental com peso 1,5 e no componente vivência profissional com peso 1,5.

No componente vivência profissional serão avaliadas as Competências sociais, interpessoais e éticas nas práticas comunitárias multiprofissionais, esta avaliação será feita pela Equipe de Aprendizagem, nela incluído o docente – supervisor no componente curricular vivência multiprofissional no 6º semestre do BIS).

As vagas residuais do segundo ciclo podem ser preenchidas por alunos de outros bacharelados que curse os componentes curriculares obrigatórios da área de concentração ACSEC.

SEGUNDO CICLO: FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM MEDICINA (CURSO MÉDICO)

O segundo ciclo do curso médico, com um período mínimo de oito semestres, será cursado após os três anos de bacharelado interdisciplinar em saúde (primeiro ciclo) com a Área de Concentração em Saúde-Enfermidade-Cuidado. Dessa forma, para estudante graduar-se em Medicina deverá cumprir 14 semestres letivos ou 7 anos.

O ingresso semestral pelo BIS é 180 estudantes, destes 60 vagas anuais serão destinados para o 2º ciclo em Medicina, os critérios de passagem do primeiro para segundo ciclo já foram descritos anteriormente. Destaca-se que os estudantes do BIS ainda podem optar pelos cursos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia, os quais já estão em funcionamento no CCS, desde 2006, e foram reconhecidos pelo MEC, em 2010, com conceito quatro. O BIS foi reconhecido pelo MEC também com conceito 4,0.

Deverão ser cursados durante todo o curso médico, componentes curriculares relacionados ao Eixo Ético-Político-Humanístico, mantendo a discussão das políticas de saúde no Brasil, questões relacionadas à gestão pública e aos programas do SUS e uma constante preocupação de aprofundar os conhecimentos no campo da saúde coletiva e proporcionar a formação de um profissional participativo, analítico e capaz de interagir com os diversos níveis político-sociais na resolução dos problemas de saúde. Isso implica, por um lado, aprofundamento no estudo das relações interpessoais no cuidado à saúde, explorando as interfaces com a psicologia e com a ética, discutindo os alicerces e o impacto das relações com o indivíduo, a comunidade e a equipe de trabalho, na busca de uma melhor qualidade de vida para si e para o outro. Por outro lado, o estudante deverá construir uma percepção crítica das relações sociais no exercício da sua prática de ação tecnológica: Numa vertente, discussão da atuação profissional como forma de modificar o meio onde vive, suas atitudes em relação ao ambiente e a sociedade. Noutra vertente, compreensão política e social do mundo como um sistema complexo interligado onde todos são corresponsáveis pela vida e pelo ambiente.

Durante todo o curso médico, cumprindo sua formação no Eixo Técnico-Científico, os alunos deverão frequentar Oficinas de Medicina Baseada em Evidências (MBE), onde é estimulada uma análise crítica de artigos científicos e uma discussão aprofundada, com os docentes, da abrangência das novas publicações e sua aplicabilidade naquela comunidade e no cotidiano da prática médica.

Também devem ser cursados pelos estudantes, durante todo o segundo ciclo, quatro componentes optativos e quatro componentes livres, interagindo com os demais cursos da saúde na UFRB, como nutrição, enfermagem e psicologia. Os alunos também deverão realizar atividades complementares, participando de atividades de pesquisa e extensão, encontros, congressos e simpósios entre outras.

No eixo prático do segundo ciclo, os alunos integralizarão um total de 2.584 horas. As atividades práticas em saúde coletiva serão realizadas nas comunidades durante todo o curso médico, desde o primeiro semestre, formando um profissional solidário e participativo no seu meio social. Nos três níveis de atenção – primário, secundário e terciário – da rede SUS os

alunos participarão de práticas em clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia e pediatria. Sendo que no último ano do curso estas atividades acontecerão em regime de internato.

A bibliografia dos componentes curriculares do segundo ciclo deverá ser determinada pela equipe docente que se responsabilizará pelas diversas atividades teóricas e práticas.

Destaca-se que o concurso para docentes do curso deverá acontecer seis meses antes do início das aulas do segundo ciclo, para proporcionar a realização de capacitação pedagógica e oficinas de construção dos Programas de Aprendizagem, nos quais as bibliografias serão definidas.

Primeiro ano de formação específica (sétimo e oitavo semestres)

Eixo Técnico-científico

No primeiro ano de formação específica, o estudante passará por componentes curriculares que discutem de modo aprofundado as questões propedêuticas dos sistemas que didaticamente representam o funcionamento do corpo humano. No primeiro semestre do curso médico será cursado o componente curricular "Elementos de Propedêutica Geral", tendo uma visão geral da propedêutica clínica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica e obstétrica, como um todo, enfatizando-se a complexidade do atendimento a saúde, em que não deve ser visto apenas um aspecto ou uma doença, mas sim o indivíduo, a família e a comunidade. O momento da propedêutica deve ser o da valorização do diálogo, do acolhimento e da percepção do ambiente que cerca o indivíduo. O estudante deve compreender que numerosos determinantes compõem uma situação de saúde.

No segundo semestre os módulos propedêuticos serão divididos por quatro fases da vida humana (Infância e adolescência, Gestação, Idade adulta e Terceira Idade). Esta divisão se justifica, exclusivamente, como um artifício pedagógico, sem perder a visão global do indivíduo, da comunidade e da sociedade como parte de um universo complexo e em constante interação. Durante todas as fases da vida são integrados os conhecimentos de clínica médica e cirurgia, sendo que no estudo da Gestante há uma maior ênfase na área de ginecologia e obstetrícia e na fase da Infância e adolescência há o enfoque das particularidades da pediatria, mantendo sempre, em todos os módulos, as discussões pertinentes ao campo da saúde coletiva.

6.2.1.

Serão componentes curriculares do eixo técnico-científico no primeiro semestre:

Elementos de Propedêutica Geral: Compreensão das interrelações que entre os conhecimentos da anatomia, histologia e patologia, aplicados ao estudo da propedêutica. Aprofundamento no estudo da fisiopatologia das enfermidades e sua relação com aos sinais e sintomas de fundamental importância para o diagnóstico clínico do profissional da área médica.

E no segundo semestre:

Propedêutica dos problemas de saúde na Embriogênese e na Gestação: Além das discussões enfatizadas nos itens anteriores, manutenção do caráter global e interdisciplinar dos diversos sistemas, tecidos e órgãos que compõe o corpo humano. Abordagem dos principais problemas de saúde da população brasileira e dos programas do SUS voltados para esta parcela da população.

Propedêutica dos problemas de saúde na Infância e na Adolescência: Além da ênfase nas discussões supracitadas, é introduzido no estudo as contribuições da propedêutica através dos exame de imagem, sempre buscando as evidências científicas e as particularidades da realidade brasileira.

Propedêutica dos problemas de saúde na Idade Adulta: Abordagem das particularidades da propedêutica clínica e cirúrgica, com ênfase na importância da anamnese e do exame físico, e discussão das possibilidades e das evidências científicas sobre os exames laboratoriais e de imagem.

Propedêutica dos problemas de saúde na Terceira Idade: Interrelações perenes dos diversos sistemas com os demais órgãos do corpo humano. Fisiopatologia das principais alterações e sua repercussão compreendendo a propedêutica clínica e instrumental. Particularidades da propedêutica clínica, cirúrgica e ginecológica nesta fase da vida.

Eixo prático:

O eixo prático do currículo proposto inicia-se no 7º semestre do curso (1º semestre de formação específica após o BIS) e estende-se até o semestre 14º, com atuação durante do o percurso na atenção primária à saúde, inserção na média complexidade a partir do nono (9º) semestre e na alta complexidade no décimo primeiro (11º) semestre. Com isso o estudante integraliza 2.584h (35% do total do curso) em atividades de estágio.

As Equipes de Aprendizagem (EAA) funcionarão com a principal estratégia de organização pedagógica deste eixo. O estudante ingressa em uma equipe de aprendizagem, assim que passar para o 2º ciclo de formação médica. A equipe será composta por 01 professor supervisor, 01 residente e estudantes do 1º semestre do curso médico ou 7º semestre considerando que a formação iniciou-se no primeiro semestre do BIS. Com o avançar do curso as equipes irão agregar 01 novo estudante com competências definidas e supervisionado pelo estudante do semestre mais antigo, pelo residente e pelo professor supervisor. Com esse modelo o curso propõe a formação de 08 equipes, estas no ultimo semestre do curso serão compostas por 08 estudantes de cada semestre, 01 residente e 01 professor supervisor.

Como componentes do eixo prático os alunos do sétimo e oitavo semestres serão inseridos nas equipes de aprendizagem (EAA), recebendo responsabilidades relacionadas ao exame

propedêutico (anamnese e exame físico), nas Práticas Integradas em Saúde da Família I e II, participando da EAA da qual é membro integrante. Neste período do curso, a carga horária de atividade prática no PSF será de 136 horas semestrais.

Oficina de MBE I:

Assistência à Saúde baseada em evidências e os métodos de diagnóstico clínico, análise crítica dos conceitos epidemiológicos e do custo-efetividade das intervenções em saúde para doenças mais prevalentes no país. Busca contínua das bases científicas atuais e avaliando a sua aplicabilidade prática e adequando às particularidades regionais. Discussões semanais com as EAA, com os outros alunos da área da saúde (nutrição, psicologia e enfermagem) e com a equipe docente, convidando para as discussões a equipe profissional de atendimento das unidades de saúde promovendo a integração escola-serviço.

O segundo ano de formação específica em medicina (nono e décimo semestres)

Eixo técnico-científico

Os componentes curriculares propostos para o terceiro semestre:

Diagnóstico dos problemas de saúde na Gestação: Abordagem dos principais problemas de saúde desta população, como diagnosticá-los, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde. Discussão dos diversos métodos diagnósticos e sua custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional. Debate dos programas de saúde voltados para esta população.

Diagnóstico dos problemas de saúde na Infância e na Adolescência: Abordagem dos principais problemas de saúde desta população, como diagnosticá-los, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde. Discussão dos diversos métodos diagnósticos e sua custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional. Debate dos programas de saúde voltados para esta população.

Componentes curriculares propostos para o quarto semestre:

Diagnóstico dos problemas de saúde na Idade Adulta: Abordagem dos principais problemas de saúde desta população, como diagnosticá-los, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde. Discussão dos diversos métodos diagnósticos e sua custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional. Debate dos programas de saúde voltados para esta população. Abordagem diagnóstica clínica e cirúrgica dos problemas mais prevalentes na idade adulta.

Diagnóstico dos problemas de saúde na Terceira Idade: Abordagem dos principais problemas clínicos e cirúrgicos de saúde desta população, como diagnosticá-los, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde. Discussão dos diversos métodos

diagnósticos e sua custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional. Debate dos programas de saúde voltados para esta população.

Eixo Prático:

No eixo prático os alunos do terceiro e quarto semestres serão membros das respectivas equipes de aprendizagem, recebendo responsabilidades relacionadas ao diagnóstico das enfermidades dos usuários do Programa de Saúde da Família (Práticas Integradas em Saúde da Família III e IV) e iniciarão suas atividades nos serviços de média complexidade (Práticas Integradas em Média Complexidade I e II) integrando a sua EAA. Nos serviços de média complexidade do SUS na região os alunos freqüentarão unidades de atendimento nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia), três semanas em cada uma delas. Continuamente, durante todo o segundo ano, o aluno manterá a prática em saúde coletiva na comunidade que acompanha (PSF). A carga horária das atividades se encontra no quadro do ANEXO X.

Oficina de MBE:

Assistência à Saúde baseada em evidências e os métodos diagnósticos, análise crítica dos principais métodos diagnósticos empregados nas doenças mais prevalentes no país, buscando bases científicas atuais e avaliando a prática diária adequando às particularidades regionais.

O terceiro ano de formação específica em medicina (décimo primeiro de décimo segundo semestres)

Eixo técnico-científico

Componentes curriculares a cursar no quinto semestre:

Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na Gestação: Estudo das possibilidades terapêuticas para as diversas doenças, com ênfase nas mais prevalentes na população brasileira. Influência da relação médico-paciente na terapêutica. Questões culturais e a adesão ao tratamento. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão terapêutica.

Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na Infância e Adolescência: Estudo das possibilidades terapêuticas para as diversas doenças, com ênfase nas mais prevalentes na população brasileira. Influência da relação médico-paciente na terapêutica. Questões culturais e a adesão ao tratamento. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão terapêutica.

Componentes curriculares a cursar no sexto semestre:

Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na Idade Adulta: Estudo das possibilidades terapêuticas para as diversas doenças, com ênfase nas mais prevalentes

na população brasileira. Influência da relação médico-paciente na terapêutica. Questões culturais e a adesão ao tratamento. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão terapêutica.

Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na Terceira Idade: Estudo das possibilidades terapêuticas para as diversas doenças clínicas e cirúrgicas, com ênfase nas mais prevalentes na população brasileira para esta faixa etária. Influência da relação médico-paciente na terapêutica. Questões culturais e a adesão ao tratamento. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão terapêutica.

6.2.3.2 Eixo prático:

No eixo prático os alunos do quinto e sexto semestres continuarão como membros das suas respectivas equipes de aprendizagem, mantendo suas atividades no PSF (Práticas Integradas em Saúde da Família V e VI, e nas Práticas Integradas em Média Complexidade III e IV, atividades recebendo responsabilidades relacionadas à terapêutica, nas suas EAA. Iniciarão um atividade prática nova em Atendimento de Urgência e Emergência I e II, nos serviços atendidos pela sua EAA. A carga horária de atividades práticas está descrita no ANEXO X.

6.2.3.3 Oficina de MBE:

Terapêutica baseada em evidências: Análise crítica das evidências científicas que norteiam a conduta terapêutica médica. Discussão de custo-benefício e de qualidade de vida. Análise das concepções de saúde e doença e sua interface com a terapêutica. As evidências científicas confrontadas com questões éticas, pressões do mercado, cultura, sociedade e mídia, todas elas influenciando na decisão terapêutica diária.

O quarto ano de formação específica em medicina (décimo terceiro de décimo quarto semestres)

6.2.4.1 Eixo Técnico-científico:

Componente curricular a cursar no sétimo semestre:

Conhecimentos básicos nas especialidades médicas: Prossegue apropriação de conhecimentos básicos das especialidades médicas que todo profissional médico deve saber e treinamento para diagnosticar e encaminhar corretamente os principais problemas de saúde de cada área, fornecendo orientação inicial e acompanhamento resolutivo e responsável.

Componente curricular a cursar no oitavo semestre:

Terapêutica intervencionista e iatrogenias: Discussão, análise crítica e treinamento prático em procedimentos cirúrgicos básicos, como sutura, acesso venoso periférico e tratamento de feridas complexas. Abordagem das questões relacionadas ao tratamento cirúrgico das patologias mais prevalentes, suas vantagens, limitações e complicações. Visão ampliada da intervenção médico-cirúrgica formando um profissional responsável e comprometido com seu paciente. Debate sobre segurança no ambiente de trabalho para o doente e os profissionais.

6.2.4.2 Eixo prático:

Os dois últimos semestres são eminentemente voltados para a prática (680 horas semestrais), mantendo no curso componentes do eixo ético-político-humanístico e as Oficinas de MBE. Nos últimos semestres do curso médico os alunos terão atividades práticas, sendo responsáveis pela coordenação das atividades das suas respectivas EAA. Suas responsabilidades envolvem desde o diagnóstico, a prevenção, o tratamento a reabilitação e a promoção da saúde da comunidade que assiste. No eixo prático os alunos do sétimo e oitavo semestres continuarão como membros das suas respectivas equipes de aprendizagem, mantendo suas atividades no PSF (Práticas Integradas em Saúde da Família VII e VIII), com enfoque na prática em saúde coletiva, nas Práticas Integradas em Média Complexidade V e VI, e no Atendimento em Urgência e Emergência III e IV nos serviços atendidos pela sua EAA.

Neste período do curso, o aluno participará das Práticas Integradas em Alta Complexidade I e II. Em todos os três níveis de complexidade os alunos terão aprendizado e participação nas áreas de clínica, médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia e pediatria, cabendo a equipe docente do curso a subdivisão das EAA entre os diversos serviços da rede hierarquizada do SUS.

Oficina de MBE:

Cuidado à saúde baseado em evidências, com a análise crítica das evidências científicas que norteiam a prática médica. Ênfase na ética e na relação médico-paciente. Discussão sobre o mercado de trabalho, a precarização, a qualidade da assistência prestada, as expectativas do indivíduo e da sociedade. Estudos de qualidade de vida do médico, depressão, uso de substâncias psicoativas e avaliação do profissional pela sociedade.

Atividades a serem cursadas ao longo do segundo ciclo da formação específica em Medicina

Eixo Ético-político-humanístico: Deverão ser cursados quatro componentes curriculares deste eixo durante o segundo ciclo, sendo um em cada semestre (272 horas no total). Dentre esses, estarão componentes optativos ofertados pelo Bacharelado Interdisciplinar, que ainda não tenham sido cursados pelo discente no primeiro ciclo, como por exemplo: Trabalho e Saúde; Intersetorialidade e Integralidade na Organização dos Sistemas de Saúde; Política e

desenvolvimento socioeconômico e impactos na saúde da população e Gestão e participação social no SUS. Novos componentes com a perspectiva ético-político-humanística podem ser ofertados pela equipe docente, inclusive com enfoque nas particularidades regionais do SUS.

Componentes curriculares livres: Deverão se cursados ao longo do segundo ciclo quatro componentes livres, um em cada semestre **(272 horas no total)**. Caracterizam-se como livres os componentes curriculares ofertados pelos demais cursos da área da saúde do CCS (Psicologia, Nutrição e Enfermagem para os alunos do segundo ciclo do curso médico. Essa interação amplia o contato do estudante de medicina com as diversas profissões da saúde, ampliando sua formação e favorecendo o diálogo entre os estudantes de todos os cursos do CCS.

Atividades complementares: Participação em atividades de pesquisa e extensão, simpósios, cursos e encontros regionais, nacionais e internacionais. Valorização de atividades com a comunidade, as escolas, educação e saúde e voluntariado. (80 horas no total)

ORGANIZAÇÃO CURRICULAR - Matriz Curricular

CURSO DE MEDICINA – 1º CICLO Bacharelado Interdisciplinar em Saúde(BIS) + Área de Concentração Saúde – Enfermidade – Cuidado

**Formulário
 Nº 10**

| Eixo I | Eixo II | Eixo III | Eixo IV | Eixo V | Eixo VI |
|---|---|--|--|--|--|
| Homem e Realidade | Homem, saúde e Sociedade | Saúde e sociedade | Saúde e Seus determinantes | Sistema de Saúde e Conscientização social | Tema |
| Processos de Apropriação da Realidade 136h | Processos de Apropriação da Realidade I 136h | Processos de Apropriação da Realidade II 102h | Processos de Apropriação da Realidade III 68h | Processos de Apropriação da Realidade IV 68h | Optativa 3* |
| Ambiente arte e Cultura 136h (34h – EAD) | Sócio-antropologia 102h (34h – EAD) | Qualidade de Vida e Sociabilidade 102h (34h – EAD) | Situação de Saúde 102h (34h – EAD) | Estado e política de saúde 102h (34h – EAD) | 68h |
| | | | | Comunicação e educação saúde 68h | |
| Filosofia ciência e Realidade 136h | Introdução ao campo da saúde 68h | Morfofuncionais I 102h | Morfofuncionais II 102h | Morfofuncionais III 102h | Morfofuncionais IV 68h |
| | Matrizes étnicas culturais e patrimônio cultural do Recôncavo 68h | Ética das relações interpessoais nas atividades do profissional de saúde 68h | Biointeração I 102h | Biointeração II 102h | Aspectos fisiológicos e farmacológicos do processo saúde doença I 102h |
| | Optativa 1* 68h | Optativa 2* 68h | Propedêutica da atenção e dos cuidados básicos em saúde 68h | | Vivência multiprofissional 136h |
| | | TCC 17h | TCC I 17h | TCC II 17h | TCC III 17h |
| 408 hs | 442 hs | 459 hs | 459 hs | 459 hs | 391 hs |
| 1.214 hs (170 hs EAD) Modular | 204 hs Disciplinas Optativas | 180 hs Atividades Complementares | 952 hs Área de Concentração Saúde – Enfermidade – Cuidado | 68 hs Trabalho de Conclusão de Curso | 2.618 hs Carga horária total do curso |

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
 PRO-REITORIA DE GRADUAÇÃO
 COORDENADORIA DE ENSINO E INTEGRAÇÃO ACADÊMICA
 - PROJETO PEDAGÓGICO -

Processo nº Fls.

Rubrica:

* componentes curriculares do eixo ético-humanístico-social

Formulário Nº 10

ORGANIZAÇÃO CURRICULAR - Matriz Curricular

2º CICLO (Após o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde(BIS) + Área de Concentração Saúde – Enfermidade – Cuidado o estudante COMPLETA A FORMAÇÃO NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA EM MAIS OITO SEMESTRES)

(4.636h)

| ANO 1 | ANO 2 | ANO 3 |
|--|-------|-------|
| BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE | | |

| Eixo: Propedêutica | Eixo: Propedêutica | Eixo: Diagnóstico | Eixo: Diagnóstico | Eixo: Tratamento | Eixo: Tratamento | Eixo: Práticas integradas | Eixo: Práticas integradas |
|---|---|--|--|---|--|--|---|
| COMPONENTE EIXO ÉTICO-POLÍTICO-HUMANÍSTICO(68H) | COMPONENTE LIVRE (68H)* | COMPONENTE EIXO ÉTICO-POLÍTICO-HUMANÍSTICO(68H) | COMPONENTE LIVRE (68h)* | COMPONENTE EIXO ÉTICO-POLÍTICO-HUMANÍSTICO.(68H) | COMPONENTE LIVRE (68H)* | COMPONENTE EIXO ÉTICO-POLÍTICO-HUMANÍSTICO(68H) | COMPONENTE LIVRE (68H)* |
| ELEMENTOS DE PROPEDEÚTICA GERAL (272H) | PROPEDEÚTICA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA EMBRIOGÊNESE E NA GESTAÇÃO (68H) | DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA GESTAÇÃO (68H) | DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA (68H) | TRATAMENTO E PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA GESTAÇÃO (68H) | TRATAMENTO E PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA (68H) | CONHECIMENTOS BÁSICOS NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (34H) | TERAPÉUTICA INTERVENCIÓNISTA E IATROGENIAS (34H) |
| | PROPEDEÚTICA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA(68H) | DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA (68H) | DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE (68H) | TRATAMENTO E PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA(68H) | TRATAMENTO E PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE(68H) | PRÁTICAS INTEGRADAS EM ALTA COMPLEXIDADE I (170 H) | PRÁTICAS INTEGRADAS EM ALTA COMPLEXIDADE II (170 H) |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|--|--|---|--|---|
| Carga horária BIS 2618hs | PROPEDEÚTICA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA (68H) | | | | ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA I (136H) | ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA II (136H) | ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA III (170H) | ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA IV (170H) |
| | PROPEDEÚTICA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE (68H) | PRÁTICAS INTEGRADAS EM MÉDIA COMPLEXIDADE I(136H) | PRÁTICAS INTEGRADAS EM MÉDIA COMPLEXIDADE II (136H) | PRÁTICAS INTEGRADAS EM MÉDIA COMPLEXIDADE III(68H) | PRÁTICAS INTEGRADAS EM MÉDIA COMPLEXIDADE IV (68H) | PRÁTICAS INTEGRADAS EM MÉDIA COMPLEXIDADE V (170 H) | PRÁTICAS INTEGRADAS EM MÉDIA COMPLEXIDADE VI (170 H) | |
| | ATIVIDADE PRÁTICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA I(136H) | ATIVIDADE PRÁTICAEM SAÚDE DA FAMÍLIA II (136H) | ATIVIDADE PRÁTICAEM SAÚDE DA FAMÍLIA III (68H) | ATIVIDADE PRÁTICAEM SAÚDE DA FAMÍLIA IV (68H) | ATIVIDADE PRÁTICAEM SAÚDE DA FAMÍLIA V (68H) | ATIVIDADE PRÁTICAEM SAÚDE DA FAMÍLIA VI (68H) | ATIVIDADE PRÁTICAEM SAÚDE DA FAMÍLIA VII (170 H) | ATIVIDADE PRÁTICAEM SAÚDE DA FAMÍLIA VIII (170 H) |
| | OFICINAS DE MBE I (34H) | OFICINAS DE MBE II (34H) | OFICINAS DE MBE III (34H) | OFICINAS DE MBE IV (34H) | OFICINAS DE MBE V (34H) | OFICINAS DE MBE VI (34H) | OFICINAS DE MBE VII (34H) | OFICINAS DE MBE VIII (34H) |
| | | 510hs | 442hs | 442hs | 510hs | 510hs | 816hs | 816hs |

Carga horária total do curso de medicina (Primeiro ciclo + Segundo Ciclo): 2.618 + 4.636 = **7.254 horas**

Componentes livres: 272 horas (cor marrom)

Componentes do Eixo Ético-político-humanístico: 272 horas (cor rosa)

Componentes do Eixo Técnico-científico: 1.156 horas (cor amarela)

Oficinas de MBE: 272 horas (cor cinza)

Eixo prático: 2.584 horas (cor verde)

Atividades Complementares: 80 horas (cor azul)

Total carga-horária do segundo ciclo: 4.636 horas

* componentes curriculares optativos do eixo ético-humanístico-social

ELENCO DOS COMPONENTES CURRICULARES
Componentes Curriculares Obrigatórios por Centro

Formulário
Nº 11A

Quadro de Componentes Curriculares Obrigatórios - Centro de Ciência da Saúde – 1º CICLO BIS + Área de Concentração Saúde – Enfermidade – Cuidado)

| Código | Nome | Função | Módulo | Semestre | Carga Horária | | | | Total/ semana | Pré-Requisitos |
|--------|---|--------|--------|----------|---------------|----|---|-------|------------------|----------------|
| | | | | | T | P | E | Total | | |
| CCS | Processos de Apropriação da Realidade | Geral | 80 | 1º | 68 | 68 | | 138 | 8h | |
| CCS | Ambiente arte e Cultura | Geral | 80 | 1º | 136 | | | 136 | 8h | |
| CCS | Filosofia ciência e Realidade | Geral | 80 | 1º | 136 | | | 136 | 8h | |
| | Processos de Apropriação da Realidade I | Geral | 80 | 2º | 68 | 68 | | 136 | 8h | |
| | Sócio-anthropologia | Geral | 80 | 2º | 102 | | | 102 | 6h | |
| | Introdução ao campo da saúde 68h | Geral | 80 | 2º | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Matrizes étnicas culturais e patrimônio cultural do Recôncavo | Geral | 80 | 2º | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Processos de Apropriação da Realidade II | Básica | 80 | 3º | 34 | 68 | | 102 | 6h | |
| | Qualidade de Vida e Sociabilidade | Básica | 80 | 3º | 102 | | | 102 | 6h | |
| | Processos de Apropriação da Realidade III | Básica | 80 | 4º | | 68 | | 68 | 4h | |
| | Situação de Saúde | Básica | 80 | 4º | 102 | | | 102 | 6h | |
| | Processos de Apropriação da Realidade IV | Básica | 80 | 5º | | 68 | | 68 | 4h | |
| | Estado e política de saúde | Básica | 80 | 5º | 102 | | | 102 | 6h | |
| | Comunicação e educação saúde | Básica | 80 | 5º | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Trabalho de Conclusão de Curso | Básica | 80 | 3º | 17 | | | 17 | 1h | |

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--------|----|----|----|--|--|----|----|--|
| | Trabalho de Conclusão de Curso I | Básica | 80 | 4º | 17 | | | 17 | 1h | |
| | Trabalho de Conclusão de Curso II | Básica | 80 | 5º | 17 | | | 17 | 1h | |
| | Trabalho de Conclusão de Curso III | Básica | 80 | 6º | 17 | | | 17 | 1h | |

Área de Concentração Saúde – Enfermidade – Cuidado

| | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|----|----|----|-----|--|-----|----|--|
| | Morfofuncionais I | Básica | 80 | 3º | 68 | 34 | | 102 | 6h | |
| | Morfofuncionais II | Básica | 80 | 4º | 68 | 34 | | 102 | 6h | |
| | Morfofuncionais III | Básica | 80 | 5º | 68 | 34 | | 102 | 6h | |
| | Morfofuncionais IV | Básica | 80 | 6º | 34 | 34 | | 68 | 4h | |
| | Biointeração | Básica | 80 | 4º | 68 | 34 | | 102 | 6h | |
| | Aspectos fisiológicos e farmacológicos do processo saúde doença I | Básica | 80 | 5º | 68 | 34 | | 102 | 6h | |
| | Aspectos fisiológicos e farmacológicos do processo saúde doença II | Básica | 80 | 6º | 68 | 34 | | 102 | 6h | |
| | Ética das relações interpessoais nas atividades do profissional de saúde | Básica | 80 | 3º | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Propedêutica da atenção e dos cuidados básicos em saúde | Básica | 80 | 4º | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Vivência multiprofissional | Específica | 80 | 6º | 34 | 102 | | 136 | 8h | |

2º Ciclo – Curso Formação Profissionalizante em Medicina

| | | | | | | | | | | |
|--|---|------------|---------------------------|----|----|-----|--|-----|-----|--|
| | Elementos de propedêutica geral (272h) | Específica | 30 | 7º | 68 | 204 | | 272 | 16h | Área de Concentração Saúde – Enfermidade – Cuidado) |
| | Atividade prática em saúde da família I | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 7º | | 136 | | 136 | 4h | |
| | Oficinas de BEM I | Específica | 30 | 7º | | 34 | | 34 | 2h | |

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
 PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
 COORDENADORIA DE ENSINO E INTEGRAÇÃO ACADÊMICA
 - PROJETO PEDAGÓGICO -

Processo nº _____ Fls. _____

Rubrica: _____

| | | | | | | | | |
|---|------------|---------------------------|-----|-----|-----|--|-----|----|
| Propedêutica dos problemas de saúde na embriogênese e na gestação (68h) | Específica | 30 | 8º | 68h | | | 68 | 4h |
| Propedêutica dos problemas de saúde na infância e na adolescência (68h) | Específica | 30 | 8º | 68h | | | 68 | 4h |
| Propedêutica dos problemas de saúde na idade adulta (68h) | Específica | 30 | 8º | 68h | | | 68 | 4h |
| Propedêutica dos problemas de saúde na terceira idade (68h) | Específica | 30 | 8º | 68h | | | 68 | 4h |
| Atividade prática em saúde da família II (136h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 8º | | 136 | | 136 | 8h |
| Oficinas de MBE II (34h) | Específica | 30 | 8º | | 34 | | 34 | 2h |
| Diagnóstico dos problemas de saúde na gestação (68h) | Específica | 30 | 9º | 68h | | | 68 | 4h |
| Diagnóstico dos problemas de saúde na infância e na adolescência (68h) | Específica | 30 | 9º | 68h | | | 68 | 4h |
| Práticas integradas em média complexidade I (136h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 9º | | 136 | | 136 | 8h |
| Atividade prática em saúde da família III (68h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 9º | | 136 | | 136 | 8h |
| Oficinas de MBE III (34h) | Específica | 30 | 9º | | 34 | | 34 | 2h |
| Diagnóstico dos problemas de saúde na idade adulta (68h) | Específica | 30 | 10º | 68h | | | 68 | 4h |
| Diagnóstico dos problemas de saúde na terceira idade (68h) | Específica | 30 | 10º | 68h | | | 68 | 4h |
| Práticas integradas em média complexidade II (136h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 10º | | 136 | | 136 | 8h |

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
 PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
 COORDENADORIA DE ENSINO E INTEGRAÇÃO ACADÊMICA
- PROJETO PEDAGÓGICO -

Processo nº Fls.

Rubrica:

| | | | | | | | | | | |
|--|---|------------|---------------------------|-----|-----|-----|--|-----|----|--|
| | Atividade prática em saúde da família IV (68h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 10º | | 136 | | 136 | 8h | |
| | Oficinas de MBE IV (34h) | Específica | 30 | 10º | | 34 | | 34 | 2h | |
| | Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na gestação (68h) | Específica | 30 | 11º | 68h | | | 68 | 4h | |
| | Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na infância e adolescência(68h) | Específica | 30 | 11º | 68h | | | 68 | 4h | |
| | Atendimento de urgência e emergência I (136h) | Específica | 30 | 11º | | 136 | | 136 | 8h | |
| | Práticas integradas em média complexidade III 68h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 11º | | 136 | | 136 | 8h | |
| | Atividade prática em saúde da família V (68h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 11º | | 136 | | 136 | 8h | |
| | Oficinas de BEM V(34h) | Específica | 30 | 11º | | 34 | | 34 | 2h | |
| | Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na idade adulta (68h) | Específica | 30 | 12º | 68h | | | 68 | 4h | |
| | Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na terceira idade(68h) | Específica | 30 | 12º | 68h | | | 68 | 4h | |
| | Atendimento de urgência e emergência II (136h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 12º | | 136 | | 136 | 8h | |
| | Práticas integradas em média complexidade IV (68h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 12º | | 136 | | 136 | 8h | |

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
 PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
 COORDENADORIA DE ENSINO E INTEGRAÇÃO ACADÊMICA
- PROJETO PEDAGÓGICO -

Processo nº Fls.

Rubrica:

| | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|---------------------------|-----|----|-----|--|-----|----|--|
| | Atividade prática em saúde da família VI (68h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 12º | | 136 | | 136 | 8h | |
| | Oficinas de MBE VI (34h) | Específica | 30 | 12º | | 34 | | 34 | 2h | |
| | Conhecimentos básicos nas especialidades médicas (34h) | Específica | 30 | 13º | 34 | | | 34 | 2h | |
| | Práticas integradas em alta complexidade I (170 h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 13º | | 170 | | 170 | 10 | |
| | Atendimento de urgência e emergência III (170h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 13º | | 170 | | 170 | 10 | |
| | Práticas integradas em média complexidade V (170 h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 13º | | 170 | | 170 | 10 | |
| | Atividade prática em saúde da família VII (170 h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 13º | | 170 | | 170 | 10 | |
| | Oficinas de MBE VII (34h) | Específica | 30 | 13º | | 34 | | 34 | 2h | |
| | Terapêutica intervencionista e iatrogenias (34h) | Específica | 30 | 14º | 34 | | | 34 | 2h | |
| | Práticas integradas em alta complexidade II (170 h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 14º | | 170 | | 170 | 10 | |
| | Atendimento de urgência e emergência IV(170h) | Específica | 4 equipes de 8 | 14º | | 170 | | 170 | 10 | |

| | | | estudante s | | | | | | | |
|--|--|------------|---------------------------|-----|--|-----|--|-----|----|--|
| | Práticas integradas em média complexidade VI (170 h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 14º | | 170 | | 170 | 10 | |
| | Atividade prática em saúde da família VIII (170 h) | Específica | 4 equipes de 8 estudantes | 14º | | 170 | | 170 | 10 | |
| | Oficinas de MBE VIII(34h) | Específica | 30 | 14º | | 34 | | 34 | 2h | |

ELENCO DOS COMPONENTES CURRICULARES

Componentes Curriculares Optativos do 1º e 2º Ciclo do curso Médico

**Formulário
 N° 11B**

Quadro de Componentes Curriculares Optativos – Eixo ético-humanístico-social

| Código | Nome | Função | Módulo | Semestre | Carga Horária | | | | Total/ semana | Pré-Requisitos |
|--------|--|--------|--------|----------|---------------|---|---|-------|------------------|----------------|
| | | | | | T | P | E | Total | | |
| | Cultura, mídia e sociedade nas práticas de saúde | Básica | 30 | | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Noções básicas de psicologia e psicopatologia | Básica | 30 | | 68 | | | 68 | 4h | |
| | História geral da arte | Geral | 30 | | 34 | | | 34 | 2h | |
| | Cultura e arte brasileira | Geral | 30 | | 34 | | | 34 | 2h | |
| | Abordagem cinematográfica de temas | Geral | 30 | | 34 | | | 34 | 2h | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-------|----|--|----|--|--|----|----|--|
| | contemporâneos | | | | | | | | | |
| | Abordagem cinematográfica de temas da saúde | Geral | 30 | | 34 | | | 34 | 2h | |
| | Comunicação | Geral | 30 | | 34 | | | 34 | 2h | |
| | Veículos de comunicação e educação | Geral | 30 | | 34 | | | 34 | 2h | |
| | Introdução ao vídeo | Geral | 30 | | 34 | | | 34 | 2h | |
| | Orientação profissional | Geral | 30 | | 34 | | | 34 | 2h | |

Quadro de Componentes Curriculares Optativos – Eixo ético-político-humanístico

| Código | Nome | Função | Módulo | Semestre | Carga Horária | | | | Total/ semana | Pré-Requisitos |
|--------|--|--------|--------|----------|---------------|---|---|-------|------------------|----------------|
| | | | | | T | P | E | Total | | |
| | Segurança Alimentar e Nutricional | Geral | 30 | | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Gênero raça e saúde | Geral | 30 | | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Gestão e participação social no SUS | Básica | 30 | | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Política de desenvolvimento sócio-econômico e saúde da população | Geral | 30 | | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Programação arquitetônica de Unidades de Saúde | Geral | 30 | | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Intersectorialidade e integralidade na organização do SUS | Básica | 30 | | 68 | | | 68 | 4h | |
| | Bioestatística | Geral | 30 | | 68 | | | 68 | 4h | |

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
 PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
 COORDENADORIA DE ENSINO E INTEGRAÇÃO ACADÊMICA
 - PROJETO PEDAGÓGICO -

Processo nº Fls.
 Rubrica:

| | | | | | |
|-----------------------------------|--------|----|----|----|----|
| Etnicidade, religiosidade e saúde | Básica | 30 | 68 | 68 | 4h |
|-----------------------------------|--------|----|----|----|----|

ELENCO DOS COMPONENTES CURRICULARES

Integralização por Semestres

Formulário
 N° 11C

| <i>Componentes Curriculares</i> | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
|---|---------------|---------------|-------------|---------------|
| 1º SEMESTRE | | | | |
| Processos de Apropriação da Realidade 136h | 136 | 8 | Obrigatória | |
| Ambiente arte e Cultura 136h (34h – EAD) | 136 | 8 | Obrigatória | |
| Filosofia ciência e Realidade 136h | 136 | 8 | Obrigatória | |
| Total | 408 | | | |
| 2º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
| Processos de Apropriação da Realidade I | 136 | 8 | Obrigatória | |
| Sócio-antropologia | 102 | 6 | Obrigatória | |
| Introdução ao campo da saúde 68h | 68 | 4 | Obrigatória | |
| Matrizes étnicas culturais e patrimônio cultural do Recôncavo | 68 | 4 | Obrigatória | |
| Optativa I | 68 | 4 | Optativa | |
| Total | 442 | | | |
| 3º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
| Processos de Apropriação da Realidade II | 102 | 6 | Obrigatória | |

| | | | | |
|--|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| Qualidade de Vida e Sociabilidade | 102 | 6 | Obrigatória | |
| Morfofuncionais I | 102 | 6 | Obrigatória para Área de Concentração Saúde – Enfermidade – Cuidado | |
| Ética das relações interpessoais nas atividades do profissional de saúde | 68 | 4 | | |
| Trabalho de Conclusão do Curso | 17 | 1 | Obrigatória | |
| Optativa II | 68 | 4 | Optativa | |
| Total | 459 | | | |
| 4º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
| Processos de Apropriação da Realidade III | 68 | 4 | Obrigatória | |
| Situação de Saúde | 102 | 6 | Obrigatória | |
| Morfofuncionais II | 102 | 6 | Obrigatória para Área de Concentração Saúde – Enfermidade – Cuidado | |
| Biointeração | 102 | 6 | | |
| Propedêutica da atenção e dos cuidados básicos em saúde | 68 | 4 | | |
| Trabalho de Conclusão do Curso | 17 | 1 | Obrigatória | |
| Total | 459 | | | |
| 5º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
| Processos de Apropriação da Realidade IV | 68 | 4 | Obrigatória | |
| Estado e política de saúde | 102 | 6 | Obrigatória | |
| Comunicação e educação saúde | 68 | 4 | | |
| Morfofuncionais III | 102 | 4 | Obrigatória para Área de Concentração Saúde – | |
| 102h | | | | |
| Aspectos fisiológicos e farmacológicos do processo saúde doença I | 102 | 4 | | |

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--|
| | | | Enfermidade – Cuidado | |
| TCC III 17h | 17 | 01 | Obrigatória | |
| Total | 459 | | | |
| 6º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
| Optativa 3 68h | 68 | 4 | Obrigatória | |
| Morfofuncionais IV 68h | 68 | 4 | Obrigatória para Área de Concentração Saúde – Enfermidade – Cuidado | |
| Aspectos fisiológicos e farmacológicos do processo saúde doença II 102h | 102 | 6 | | |
| Vivência multiprofissional 136h | 136 | 8 | | |
| TCC III 17h | 17 | 1 | | |
| | 391 | | | |
| | | | | |
| 7º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
| Optativo 4 - (componente eixo ético-político-humanístico) | 68 | 4 | | Área de Concentração Saúde – Enfermidade – Cuidado |
| Elementos de propedêutica geral | 272 | 16 | | |
| Atividade prática em saúde da família I | 136 | 8 | | |
| Oficinas de MBE I I | 34 | 2 | | |
| Total | 510 | | | |
| 8º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO E INTEGRAÇÃO ACADÊMICA
- PROJETO PEDAGÓGICO -

Processo nº _____ Fls. _____

Rubrica: _____

| | | | | |
|---|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| Optativa 5 (Livre) | 68 | 4 | | |
| Propedêutica dos problemas de saúde na embriogênese e na gestação (68h) | 68 | 4 | | |
| Propedêutica dos problemas de saúde na infância e na adolescência (68h) | 68 | 4 | | |
| Propedêutica dos problemas de saúde na idade adulta (68h) | 68 | 4 | | |
| Propedêutica dos problemas de saúde na terceira idade (68h) | 68 | 4 | | |
| Atividade prática em saúde da família II (136h) | 136 | 8 | | |
| Oficinas de MBE II (34h) | 34 | 2 | | |
| Total | 510 | | | |
| 9º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
| Optativa 6 (componente eixo ético-político-humanístico) | 68 | 4 | | |
| Diagnóstico dos problemas de saúde na gestação (68h) | 68 | 4 | | |
| Diagnóstico dos problemas de saúde na infância e na adolescência (68h) | 68 | 4 | | |
| Práticas integradas em média complexidade I (136h) | 136 | 8 | | |
| Atividade prática em saúde da família III (68h) | 68 | 4 | | |
| Oficinas de MBE III (34h) | 34 | 2 | | |
| Total | 442 | | | |
| 10º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
| Optativa 7 (Livre) | 68 | 4 | | |
| Diagnóstico dos problemas de saúde na idade adulta (68h) | 68 | 4 | | |
| Diagnóstico dos problemas de saúde na terceira idade (68h) | 68 | 4 | | |
| Práticas integradas em média complexidade II (136h) | 136 | 8 | | |
| Atividade prática em saúde da família IV (68h) | 68 | 4 | | |
| Oficinas de MBE IV (34h) | 34 | 2 | | |
| Total | 442 | | | |

| 11º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
|---|---------------|---------------|----------|---------------|
| Optativa 8 (componente eixo ético-político-humanístico) | 68 | 4 | | |
| Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na gestação (68h) | 68 | 4 | | |
| Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na infância e adolescência(68h) | 68 | 4 | | |
| Atendimento de urgência e emergência I (136h) | 136 | 8 | | |
| Práticas integradas em média complexidade III 68h) | 68 | 4 | | |
| Atividade prática em saúde da família V (68h) | 68 | 4 | | |
| Oficinas de MBE V(34h) | 34 | 2 | | |
| Total | 510 | | | |
| 12º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
| Optativa 9 (livre) | 68 | 4 | | |
| Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na idade adulta (68h) | 68 | 4 | | |
| Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na terceira idade(68h) | 68 | 4 | | |
| Atendimento de urgência e emergência II (136h) | 136 | 8 | | |
| Práticas integradas em média complexidade IV (68h) | 68 | 4 | | |
| Atividade prática em saúde da família VI (68h) | 68 | 4 | | |
| Oficinas de MBE VI (34h) | 34 | 2 | | |
| Total | 510 | | | |
| 13º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
| Optativa 10 (componente eixo ético-político-humanístico) | 68 | 4 | | |
| Conhecimentos básicos nas especialidades médicas (34h) | 34 | 2 | | |
| Práticas integradas em alta complexidade I (170 h) | 170 | 10 | | |
| Atendimento de urgência e emergência III (170h) | 170 | 10 | | |

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO E INTEGRAÇÃO ACADÊMICA
- PROJETO PEDAGÓGICO -

Processo nº Fls.

Rubrica:

| | | | | |
|--|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Práticas integradas em média complexidade V (170 h) | 170 | 10 | | |
| Atividade prática em saúde da família VII (170 h) | 170 | 10 | | |
| Oficinas de MBE VII (34h) | 34 | | | |
| 6 (componente eixo ético) | político | humanístico) | 6 (componente eixo ético) | |
| Total | 816 | | | |
| 14º SEMESTRE | CARGA HORÁRIA | Horas/ semana | NATUREZA | PRÉ-REQUISITO |
| Optativa II | 68 | 4 | | |
| Terapêutica intervencionista e iatrogenias (34h) | 34 | 2 | | |
| Práticas integradas em alta complexidade II (170 h) | 170 | 10 | | |
| Atendimento de urgência e emergência IV(170h) | 170 | 10 | | |
| Práticas integradas em média complexidade VI (170 h) | 170 | 10 | | |
| Atividade prática em saúde da família VIII (170 h) | 170 | 10 | | |
| Oficinas de MBE VIII(34h) | 34 | 2 | | |
| Total | 816 | | | |
| Atividades complementares | 260 | | | |
| Carga horária total do Curso | 7.254 | | | |

CARGA HORÁRIA TOTAL: 7.254 horas

METODOLOGIA**Formulário
Nº 13****7.1. PRINCÍPIOS BÁSICOS DA PROPOSTA PEDAGÓGICA****7.1.1. Formação integral**

A organização do mundo moderno demanda cada vez mais modos e níveis de educação complexos e diversificados, em função da complexidade das relações interpessoais em situações e contextos diversos, do contato com infinidade de informações que precisam ser selecionadas, analisadas e utilizadas e da relação com informações de caráter científico-tecnológico e linguagens complexas como informática, comunicação de massa. Nesse contexto, a formação deve assentar-se em bases mental-cognitiva, social e ético-políticas, bem como desenvolver as suas potencialidades, capacidades de realização, os canais de utilização e de expressão artística de desenvolvimento físico-corporal e de sociabilidade prazerosa. Com esse propósito, propõe-se no presente Projeto uma formação para a sociedade, para o mercado e para a auto-realização.

7.1.2. Aprendizagem significativa

A proposta pedagógica prevê uma aprendizagem significativa, que remete o conhecimento, sempre que possível, ao aprendizado experimentado em ato. Isso implica, em suma, atribuir significados às ações educativas. No momento inicial, muitos dos significados atribuídos pelo educando são pessoais, todavia, parte-se da concepção de que para que o mesmo aprenda é essencial partir dos seus saberes iniciais como força propulsora da mobilização das energias intelectuais e emocionais para produção do conhecimento. Fundamental nesse processo é que as etapas, critérios e parâmetros do processo de aprendizagem estejam claramente definidos e plenamente acordados entre educando e educador (Milani, 2004).

Nessa perspectiva, no primeiro ciclo de formação, a metodologia estará pautada em três momentos fundamentais: *mobilização para o conhecimento*, *construção do conhecimento* e *elaboração da síntese do conhecimento*. Considera-se que a mobilização para o conhecimento caracteriza-se pela articulação entre a realidade empírica do grupo de educandos, com suas redes de relações, visão de mundo, percepções, linguagem e as discussões acerca do ambiente e sua problemática. No segundo momento, parte-se para a construção do conhecimento, que visa submeter a percepção inicial a um processo crítico de questionamento, mediado pela literatura científica de referência para o conjunto de saberes em questão. Superada a visão sincrética inicial, a síntese do conhecimento configura-se como um processo de construção e reconstrução do conhecimento pelo educando, visando à elaboração de novas sínteses a serem continuamente retomadas e superadas.

O modelo pedagógico do segundo ciclo será orientado para a formação de um profissional capacitado a solucionar problemas usando as melhores evidências disponíveis e com conhecimentos e atitudes que tornem as experiências vividas e os problemas identificados no dia-

a-dia da prática médica estímulos para o aprendizado crescente. Nesse sentido, diversas técnicas didáticas demonstradas como eficazes deverão ser usadas de forma integrada e orientadas pelas seguintes concepções de aprendizado de adultos:

- 1) será estabelecido um ambiente de ensino-aprendizagem no qual o estudante se sinta confortável para expressar pensamentos, dúvidas, dilemas morais e emoções;
- 2) o estudante será parte da definição de métodos didáticos e conteúdos curriculares adaptados para as necessidades específicas de aprendizado em determinadas circunstâncias, considerando as necessidades individuais;
- 3) o estudante será capaz de diagnosticar suas próprias necessidades formativas, no intuito de aumentar sua motivação pelo aprendizado novo;
- 4) o estudante participará da formulação das metas de aprendizagem, no intuito de desenvolver atitudes de auto-aprendizagem;
- 5) o estudante desenvolverá competências para pesquisar, selecionar e avaliar criticamente as fontes do conhecimento e aplica-lo caso a caso;
- 6) o estudante será parte ativa da criação e avanço do conhecimento e não simplesmente um "consumidor" do conhecimento.

No sentido de alcançar os objetivos de aprendizagem (competências, valores e conhecimentos) o Aprendizado Baseado em Problemas (*Problem-Based Learning*, PBL) será enfatizado, mas não será a única metodologia didática. A ênfase em PBL se deve ao fato de que o método permite ao aluno identificar o que precisa aprender sobre problemas identificados nos pacientes ou em casos pré-elaborados pelo tutor. O PBL permite também maior interação entre os estudantes contribuindo para o desenvolvimento de atitudes voltadas para o trabalho em equipe. Visando o aprendizado, é fundamental que os alunos entendam de consiste o PBL e os papéis que devem desempenhar. Neste sentido, os alunos devem receber material sobre PBL e tirar as dúvidas com o tutor.

Uma atividade baseada em PBL envolve em torno de 7 a 10 estudantes. O docente deve atuar como facilitador. Em uma sessão adequadamente conduzida de PBL o docente não fará intervenções. Ele conhece, no entanto, os objetivos de aprendizagem pré-definidos e observa atentamente as atividades dos estudantes para se certificar se os objetivos da aprendizagem estão sendo alcançados. O aprendizado portanto deve ser centrado no estudante. O tutor poderá intervir sutilmente no sentido de conduzir a atividade para os objetivos da aprendizagem.

O grupo inicia a atividade elegendo um estudante para funcionar como líder que tem como atribuição estimular e moderar a discussão, um outro estudante para desempenhar o papel de secretário que tem como função relatar as conclusões e decisões do grupo e um terceiro estudante para monitorar o tempo de discussão. As etapas (passos) de uma atividade baseada em PBL são as seguintes:

1. Leitura do caso (a situação) que é feita pelo líder. É importante deixar claro no início o tempo de discussão;
2. identificação dos problemas pelo grupo;
3. discussão sobre os conhecimentos que já possuem sobre os problemas. Isto abrange tanto os conhecimentos relevantes da ciência básica (fisiologia, fisiopatologia, etc.) quanto os de clínica (diagnóstico, terapêutica);

4. sumário dos pontos relevantes da discussão sobre o que os estudantes sabem sobre os problemas. Esta é uma tarefa do secretário(a) com a participação de todos;
5. formulação dos objetivos de aprendizagem (o que ainda precisa aprender sobre o assunto).
6. Após identificar o que precisam aprender os estudantes deverão pesquisar a literatura, ler material, consultar experts, ou seja o que considerarem necessário para adquirir ou aprofundar o conhecimento.
7. Após isso os estudantes voltam a se reunir novamente para novo debate. Nesta nova sessão de discussão os estudantes apresentam os novos conhecimentos adquiridos referentes as questões que foram levantadas no passo 5 (objetivos do aprendizado).

Serão também criados ambientes virtuais de aprendizagem e desenvolvidos módulos de ensino à distância (EAD) para complementar as atividades conduzidas presencialmente em pequenos grupos, salas de aula, laboratórios e serviços de saúde.

A complexidade dos problemas de saúde e a multiplicação exponencial de novos conhecimentos requerem que o médico empregue as melhores evidências científicas em sua atuação. Nesse sentido, os estudantes deverão desenvolver conhecimentos e atitudes para praticar a “Medicina Baseada em Evidências” (MBE), considerando que o nível da qualidade das práticas em saúde tendem a melhorar quando a experiência clínica é integrada com o conhecimento científico.

No contexto da MBE, o estudante deverá aprender a:

1. elaborar questões aplicadas para a prática médica seguindo o modelo PPR, no qual o primeiro P identifica o problema, o segundo P o fator de predição e o R o resultado almejado. O fator de predição pode ser um dado para o diagnóstico, intervenção terapêutica, uma estratégia de rastreamento (screening), fator de risco ou fator de prognóstico. O resultado pode ser qualquer evento clínico relevante, como a qualidade de vida, sobrevida, hospitalização, o diagnóstico (afastar ou confirmar), cura e prevenção de doença ou complicações de doença;
2. Planejar e executar uma pesquisa da literatura baseada na questão elaborada no modelo PPR utilizando instrumentos eficientes de pesquisa extensa de fontes primárias do conhecimento como o PUBMED e de consulta eficiente e rápida como o UPTODATE;
3. Identificar a(s) melhor(es) fonte(s) de evidência para responder a questão.
4. Avaliar criticamente a qualidade da evidência de fontes primárias no que se refere à validade interna, significado dos resultados e aplicabilidade.

7.1.3. Programas de Aprendizagem

Este projeto assume como estratégia de organização de saberes e planejamento de módulos os Programas de Aprendizagem, a serem construídos e pactuados com os educandos no início de cada etapa, através de sua discussão como um “contrato didático”. Nesse contrato, as partes definirão ações, compromissos e formas de enfrentamento dos desafios presentes no ato de ensinar e de apreender os conhecimentos e competências ali propostos (Anastasiou, 2007).

Os Programas de Aprendizagem se constituirão como documentos onde se identificam, definem e registram elementos, critérios e parâmetros norteadores do processo, a saber:

1. Os sujeitos envolvidos e suas características;
2. Os objetivos pretendidos (cognitivos, procedimentais e atitudinais) para educadores e educandos;
3. A justificativa da importância daquele conhecimento;
4. A forma de abordagem que será proposta, diretamente relacionada aos objetivos e objetos de estudo, ou seja, a metodologia pretendida;
5. A forma de definição, escolha, aplicação de estratégias de ensino e aprendizagem;
6. As normas de convivência e aprendizado cooperativo em equipe (na proposta de Anastasiou, este item está contemplado pelo objetivos atitudinais);
7. Os instrumentos de acompanhamento e registro do processo, ou seja, a avaliação;
8. As referências bibliográficas básicas e complementares (Anastasiou, 2007).

As estratégias metodológicas serão variadas e o educador deverá ser capaz de produzir recursos de ensino (textos, roteiros de trabalho, estudos dirigidos, apostilas, exercícios etc.), além de permanecer atento aos acontecimentos em sala de aula e espaços de práticas para explorar com questionamentos. Em todos os cenários, suscitar-se-á o debate e reflexão, estimulando a pesquisa de outros recursos referenciais além dos disponíveis no momento, com a finalidade de constituir um laboratório de interações, troca de experiências, projetos e concretização de um Programa de Aprendizagem concebido fora deste espaço. A seguir serão descritos alguns instrumentos de Aprendizagem que traduzem essa ideia de diversidade das atividades formativas.

7.2. O POPE COMO INSTRUMENTO DE APRENDIZADO

A identificação de problemas, a avaliação sistemática e o planejamento visando solucionar os problemas se constituem em estímulos para o levantamento de questões, a seleção adequada de material bibliográfico e o planejamento de estratégias visando diagnóstico, tratamento e prevenção. O Prontuário Orientado por Problemas e Evidências (POPE) será o instrumento usado pelos estudantes do **CMed/CCS/UFRB** para registrar dados e monitorar a resposta às ações visando diagnóstico, tratamento e prevenção. O POPE é considerado mais adequado do que o modelo tradicional de prontuário por ser instrumento padronizado que permite melhor integração entre aprendizado e qualidade de cuidados em saúde.

7.2.1. Apresentação do POPE

O POPE foi proposto por Lawrence Weed em 1967 para o acompanhamento de pacientes, mas tem sido adaptado para uso em diferentes contextos das práticas em saúde. Apresentamos sugestões do uso do POPE no contexto da comunidade e do núcleo familiar, em adição ao uso para acompanhar problemas individuais de pacientes. No 1º ciclo, o POPE será utilizado particularmente nos contextos da saúde em comunidades e famílias.

É importante observar que no POPE, os problemas podem ser de diversas naturezas, desde que tenham implicações com a saúde das pessoas. O problema pode ser, por exemplo, um comportamento prejudicial para a saúde como o alcoolismo ou o sexo em adolescentes sem uso de preservativo, distúrbios psicológicos ou psiquiátricos (ex. depressão, idéia de suicídio), limitações impostas pela condição social (como morar distante do centro de diálise para um paciente em programa de hemodiálise de manutenção, falta de condições para comprar medicamentos ou aprisionamento em casa de detenção) e presença de fatores de risco (ex. ausência de vacinação para gripe em idosos).

No POPE, o termo “problema” define uma certeza provisória, enquanto que a “suspeita diagnóstica” é algo que ainda precisa de comprovação. Além disso, o estudante deverá aprender a realizar pesquisa bibliográfica para responder questões e analisar criticamente métodos, resultados e aplicabilidade dos resultados. No primeiro ciclo, os alunos trabalharão na formulação, análise e tratamento de prontuários orientados por problemas e evidências (POPE) nas dimensões social, familiar e individual, com ênfase nas dimensões social e familiar.

Repertórios críticos de competências e valores deverão ser elaborados e continuamente atualizados pela futura equipe docente do CMed/CCS/UFRB, com a parceria de consultores especialistas, para definir quais conhecimentos e competências um médico generalista deverá dominar, a partir de especialidades médicas como a ortopedia, oftalmologia, dermatologia, otorrinolaringologia.

7.2.2. Aplicação do POPE

No primeiro ano, como vimos na seção anterior, a ênfase será voltada ao ensino/prática de Propedêutica (iniciados já no primeiro ciclo), e ao desenvolvimento do raciocínio clínico. Deverá ocorrer forte integração das ciências básicas com o conhecimento médico. Serão elaboradas listas de competências e valores que contemplem a coleta de dados de anamnese, exame físico, uso/interpretação de técnicas complementares ao nível do não especialista (ex. oftalmoscopia, interpretação de exames laboratoriais, análise de exames de imagem).

Nesta fase, o aluno dará continuidade ao Prontuário Orientado por Problemas e Evidências (POPE), passando a dar maior ênfase à atenção e cuidado individuais. Este será o modelo de registro de informações que será utilizado no atendimento e acompanhamento dos pacientes nos diversos níveis de prática com pacientes e famílias e no seu contexto social. Além de servir como um modelo adequado para o registro organizado de informações, o POPE servirá também para estimular os estudantes a levantar questões sobre o que precisam aprender através da pesquisa e análise crítica das fontes do conhecimento.

No contexto do cuidado individual, o POPE deverá ser usado ao longo do curso médico, na atenção primária, em ambulatórios de hospitais, em pacientes internados em enfermaria, na sala de emergência e na unidade de terapia intensiva. O Anexo 1 mostra os itens do POPE quando empregado para pacientes e o Anexo 2 mostra um exemplo da folha de frente do POPE.

O Anexo 3 mostra um exemplo de notas de evolução usando o POPE. Como pode ser observado, um novo problema (Esquistossomose) foi detectado nesse paciente. Este problema deverá ser incluído na folha de frente do prontuário.

No segundo e terceiro anos do Curso Médico, o aprendizado será predominantemente baseado em atividades práticas e teórico/práticas e sob a supervisão e orientação de docentes. As atividades práticas serão desenvolvidas em serviços de três grandes áreas consideradas essenciais para a prática médica, ou seja, Saúde do Adulto e Idoso, Saúde da Gestante, da Criança e do Adolescente, e Atendimento em Urgência/Emergência. Listas de competências e valores deverão orientar o processo de ensino/aprendizagem, bem como os conhecimentos e atitudes que o estudante deverá adquirir para resolver problemas referentes a cada uma das grandes áreas da Medicina.

As atividades práticas com pacientes deverão fomentar atividades teórico-práticas voltadas para análise crítica da literatura em resposta a questões vivenciadas na prática. No segundo ano a ênfase será em questões no diagnóstico e prevenção e atendimento ao nível ambulatorial e em salas de urgência e emergência. No terceiro ano a ênfase será em condutas terapêuticas. Uma maior ênfase será dada a atividades em enfermarias e unidades de terapia intensiva.

No quarto ano, sob a supervisão de docentes e preceptores (residentes e orientadores clínicos) o estudante desenvolverá atividades assistenciais em regime de internato, três meses em cada uma das grandes áreas.

7.2.3. Prescrição Educacional

Na Prescrição Educacional, cujo modelo é mostrado em Anexo 4, o professor ou o próprio estudante identifica uma questão relacionada com o paciente que merece ser esclarecida. O professor conjuntamente com o estudante elabora a prescrição educacional que deve deixar clara a questão no modelo PPR² (ou seja o problema, preditor e resultado) e a data que o estudante deve apresentar para o grupo a pesquisa de literatura, a sua avaliação crítica da evidência e a aplicabilidade para o paciente.

7.2.4. Pergunta Avaliada Criticamente

A Pergunta Avaliada Criticamente (PAC) é uma tarefa para ser desenvolvida pelo estudante visando a capacidade de pesquisar e analisar criticamente a literatura em resposta a questões da prática. No Quadro 7 é mostrado um exemplo de como deve ser elaborado a PAC usando uma situação vivenciada por uma estudante de medicina que atendeu uma paciente portadora de hipertensão arterial. A situação apresentada deverá ser cada vez mais frequente na prática médica em que o(a) paciente solicita do médico informação sobre a eficácia do tratamento ou a possibilidade de existir alternativas melhores do que a que sendo adotada. A paciente portadora de hipertensão arterial controlada em uso de diurético tiazídico (clortalidona) gostaria de saber se existe vantagem em utilizar o mesmo medicamento utilizado pelo irmão (um inibidor da enzima conversora da angiotensina) ou um outro anti-hipertensivo mais novo do que a clortalidona. Tomando por base a situação é elaborada uma questão no formato PPR. Como pode ser visto no Quadro 7, a PAC é elaborada como um mini *paper* seguindo um modelo estruturado baseado nos seguintes itens: situação, questão no modelo PPR, avaliação crítica da literatura (seleção, fonte, validade interna e resultados) e conclusão (resposta para a questão). No presente exemplo a estudante baseada na

² Modelo PPR – no qual o primeiro P identifica o problema (ex., paciente hipertenso), o segundo P o fator de predição (ex., clortalidona versus inibidor de enzima de conversão da angiotensina) e R o resultado almejado (ex., sobrevida). Fonte: Lopes 2000.

avaliação crítica da literatura, ou seja no trabalho que forneceu a melhor evidência, concluiu que não existe vantagem em mudar o esquema de tratamento da paciente. Em verdade a pressão arterial da paciente vem sendo bem controlada com um medicamento de menor custo e eficácia similar na sobrevida e redução de eventos cardiovasculares comparativamente ao medicamento usado pelo irmão. A situação vivenciada pela estudante deverá servir para o aprendizado dos demais estudantes do grupo, incluindo os residentes. Outros estudantes deverão ao mesmo tempo elaborando PACs enfocando outras questões. As PACs deverão ser arquivadas eletronicamente servindo como referência e possibilitando atualizações futuras.

7.3. INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO CRÍTICA DA PRÁTICA

Para estimular a leitura e análise crítica da literatura serão utilizados os instrumentos denominados "Prescrição Educacional" e "Perguntas Avaliadas Criticamente" (PAC), que têm sido utilizados na Universidade MacMaster no Canadá. Ambos têm como foco as questões vivenciadas na prática pelos alunos.

7.4. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE MODELO PEDAGÓGICO

Os desafios decorrentes desta proposta são inúmeros e exigem a superação do tradicional papel do educador isolado que prepara e ministra aulas. Demanda-se do educador uma postura dialógica e flexível, aberta à escuta dos seus colegas, independente do período em que trabalha, e o compromisso de construir coletivamente. Educandos e educadores devem-se colocar em constante posição de investigação, reconhecendo que os processos estão em construção, portanto, inacabados. Manter acesa a humildade do aprendiz e dominar métodos e técnicas básicas de pesquisa e de aprendizado permanente.

Um elemento essencial da proposta é o desenvolvimento de ações em parceria, que se fará necessário em diferentes níveis e espaços. Em relação aos níveis, compreende-se: equipe de ensino; direção geral, colegiado do curso, educando e educador; as próprias unidades, de unidades antecedentes e consequentes. Os espaços são constituídos por turmas do curso, grupos e períodos diferentes em ações integrativas dentro da instituição ou em trabalho de campo.

Outro desafio é pensar o educando como sujeito histórico e contextualizado, que deverá assumir o rumo de sua autoconstrução e do seu processo como aprendiz. Isto não se dará de forma espontânea, mas como resultante da ação coletiva dos educadores entre si e junto aos educandos, ao longo da caminhada no curso e na Universidade. A cooperação, como princípio e processo, faz-se, então, fundamental como aspecto pedagógico nesse cenário de gestão compartilhada dos processos pedagógicos, realçando os aspectos referentes à avaliação do curso, da aprendizagem e do impacto sobre a formação dos futuros médicos.

7.5. Sistema de avaliação do processo de ensino e aprendizagem;

A avaliação deve subsidiar todo o processo de formação, fundamentando novas decisões, direcionando os destinos do planejamento e reorientando-o, caso necessário. Dentro da visão de que aprender é construir o próprio conhecimento, a avaliação assume dimensões mais

abrangentes. Assim, deve ser um mecanismo constante de retroalimentação, visando à melhoria do processo de construção ativa do conhecimento por parte de gestores, educadores, educandos e servidores técnico-administrativos.

É importante ter como referência que a avaliação dos educandos deve estar pautada tanto no processo de aprendizagem (avaliação formativa), como no seu produto (avaliação somatória). Na avaliação do processo, tem-se como meta identificar as potencialidades dos educandos, as falhas da aprendizagem, bem como buscar novas estratégias para superar as dificuldades identificadas. Para acompanhar a aprendizagem no processo, o educador pode lançar mão de atividades e ações que envolvam os educandos ativamente, a exemplo de seminários, relatos de experiências, entrevistas, coordenação de debates, produção de textos, práticas de laboratório, elaboração de projetos, relatórios, memoriais, portfólios, dentre outros.

Já na avaliação dos produtos, devem-se reunir as provas de verificação da aprendizagem ou comprovações do desenvolvimento das competências. O objetivo dessas provas é fornecer elementos para que o educador elabore os argumentos consistentes acerca do desempenho e da evolução dos educandos. Esses instrumentos de avaliação podem ser questionários, exames escritos com ou sem consulta a materiais bibliográficos, arguições orais, experimentações monitoradas em laboratórios, relatórios e descrições de processos produtivos, visitas, elaboração de pôsteres ou outros materiais para apresentação, fichas de aula, instrumento de auto-avaliação, relatórios de estágio e monografias, além de avaliações integrativas que envolvam os saberes trabalhados por Eixo. Ao pontuar o produto, o docente deve explicitar com clareza os critérios adotados quanto aos objetivos esperados.

A avaliação do rendimento acadêmico ocorrerá mediante a atribuição de notas. Nas avaliações formativas serão atribuídas as notas correntes no Regimento da Universidade e estabelecidos pareceres de acompanhamento, em comum acordo com o educando, indicativos ao educador das UPP subsequentes. Todos os instrumentos de avaliação serão utilizados do início ao final do curso. O momento final de Trabalho de Conclusão de Curso servirá para o reordenamento de componentes curriculares, além das atividades prático-aplicativas.

A aprovação está vinculada ao desempenho satisfatório em todas as atividades curriculares, o que significa o alcance de médias sete, em uma escala de zero a 10, e ao cumprimento de 75% de presença em cada atividade curricular por UPP. A aprovação no curso dará por aprovação em todas as UPP, respeitado o prazo máximo de integralização.

ATENDIMENTO AO DISCENTE**Formulário
Nº 14**

A UFRB possui a Pró-Reitoria de Políticas Afirmativas e Assuntos Estudantis criada com o propósito de articular, formular e implementar políticas e práticas de democratização relativas ao ingresso, permanência e pós-permanência estudantil no ensino superior de forma dialógica e articulada com os vários segmentos contemplados por estas políticas, pondo em prática uma ação de co-responsabilidade e mutualidade no trato com as demandas da comunidade acadêmica.

A PROPAAE é organizada por meio de duas coordenadorias, a Coordenação de Assuntos Estudantis tem como finalidade executar ações para aprovisionar as condições de permanência no ensino superior, de estudantes oriundos de classes populares a fim de minimizar os efeitos das desigualdades sociais e raciais na região, reduzir a evasão e o fracasso escolar, possibilitando a conclusão de curso superior que tem como principais conseqüências, mobilidade social e desenvolvimento regional. A execução das ações da Coordenação de Assuntos Estudantis da Pró-Reitoria de Políticas Afirmativas e Assuntos Estudantis-PROPAAE preocupa-se, de maneira geral, com o processo de inclusão social/racial quando organiza e realiza a execução de ações nas diversas áreas de assistência ao estudante tais como: moradia, alimentação, esporte e lazer, entre outras. A CAE executa ações do Programa de Permanência Qualificada (PPQ) além de atender diferentes demandas dos estudantes em geral, enquanto estes permanecem na universidade.

A Coordenadoria de Políticas Afirmativas é responsável pelas Ações Afirmativas no âmbito institucional.

- Proceder o encaminhamento das demandas relativas às Políticas Afirmativas.
- Realizar a coordenação dos núcleos atinentes à CPA.
- Realizar o acompanhamento, avaliação e registro da política institucional de ações afirmativas.
- Cooperar com a execução das políticas de assistência estudantil ao encargo da CAE

No âmbito do Colegiado do Curso de BIS (1º ciclo) e Medicina (2º Ciclo) os estudantes terão atendimento regular com horários pré-estabelecidos todos os dias da semana.

Os professores do Centro de Ciências da Saúde possuem gabinetes, espaços adequados para atendimento aos estudantes em horários definidos em comum acordo.

A Universidade ainda dispõe de Programa de monitoria remunerada e voluntária, onde o monitor deve informar aos estudantes local de horário de atendimento.

EMENTÁRIO DE COMPONENTES CURRICULARES**Formulário
Nº 15****1º SEMESTRE**

| | | | |
|---|------------------|---|--------------------------------|
| Nome e código do Módulo: Filosofia, ciência e realidade | | Centro: CCS | Carga horária: 136hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: Geral | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 alunos aula teórica | |
| EMENTA: Realidade/ concepções de mundo, de homem, de ciência, da relação sujeito/objeto na produção do conhecimento científico e filosófico, saúde como campo de conhecimento e práticas, paradigmas emergentes, processo sócio-histórico da construção do conhecimento e realidade, atitude filosófica e científica, elementos da metodologia científica | | | |
| Bibliografia Básica CHAUI, M. Convite à filosofia. 13ª. ed. São Paulo: Ática, 2006. MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Fundamentos de metodologia científica. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2007. REALE, G.; ANTISERI, D. História da filosofia. 2 ed. São Paulo: Paulus, 2004. SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007. | | | |
| Bibliografia Complementar CASTANON, G. Introdução à epistemologia. São Paulo: EPU, 2007. BALCHIN, J. Ciência: 100 cientistas que mudaram o mundo. São Paulo: Madras, 2009. BOOTH, W.C.; COLOMB, G.G.; WILLIAMS, J.M. A arte da pesquisa. São Paulo: Martins Fontes, 2000. DINIZ, D. et al. (Orgs). Ética em pesquisa: temas globais. Brasília: UNB, 2008. FREIRE-MAIA, N. A ciência por dentro. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. GARCIA, E. Diálogos com cientistas. Rio de Janeiro: Interciência. 2009 | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|------------------|---|--------------------------|
| Nome e código do Módulo: Ambiente, arte, cultura e atualidade | | Centro: CCS | Carga horária: 136hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: Geral | | Natureza: OBRIGATÓRIA |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 alunos aula teórica | |
| EMENTA: Estudo da questão ambiental; Responsabilidade sócioambiental; Desenvolvimento sustentável e Sustentabilidade; Saneamento ambiental e saúde humana; Política ambiental; Educação ambiental; Consumo e ambiente; Arte, cultura e ambiente. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica LEAL, M.C. et al. (Orgs.). Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. HUCITEC-ABRASCO; Vol. 1, 1992. LEAL, M.C. et al. (Orgs.). Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. HUCITEC-ABRASCO: vol2, 1992. SACHS, I.; Nunes, E. Caminhos Para O Desenvolvimento Sustentável. Editora Garamond, 2000. Complementar ARENDR, H. A condição humana . Forense, 1989 MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C. (Orgs.). Território, ambiente e saúde. FIOCRUZ, 2008 HERCULANO, S et al. Qualidade de vida e riscos ambientais. EDUFF, 2000. LOUREIRO, Carlos Frederico, LAYRARGUES, Philippe Pomier & CASTRO, Ronaldo Souza de. (orgs.) et al. Sociedade e meio ambiente: educação ambiental em debate. Cortez, 2000. PHILIPPI JR. A. Saneamento, saúde e ambiente. Manole, 2005 | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|--|------------------|---|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: Processo de apropriação da realidade | | Centro: CCS | Carga horária: 136hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: Geral | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 alunos turma teórica 17 alunos Turma prática | |
| EMENTA: Função social da universidade na produção do conhecimento na pesquisa e extensão; Interdisciplinaridade; Contexto local como espaço de problematização, pesquisa e intervenção; Pesquisa e extensão: conceito, tipos, processos; abrangência, objetivos; língua portuguesa: leitura, compreensão e produção de texto acadêmico, norma culta; | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica MORHY, Lauro. Universidade no Mundo. Brasília-DF: Editora UnB, vol2, 2004. ALMEIDA FILHO, Naomar. Universidade Nova: Textos críticos e esperançosos. Brasília/Salvador: Editora UnB, 2007. SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. Cortez, 2000. Complementar BAUER, M. W., & Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Vozes, 2000. LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. Fundamentos de metodologia científica. Atlas, 2007 GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. Atlas, 1999. FACHIN, O. Fundamentos de Metodologia. Saraiva, 2006. LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. Atlas, 2007 | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

2° SEMESTRE

| | | | |
|--|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: Introdução ao campo da saúde 68h | | Centro: CCS | Carga horária: 68 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| EMENTA: | | | |
| | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|--|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: Matrizes étnicas culturais e patrimônio cultural do Recôncavo 68h | | Centro: CCS | Carga horária: 68 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| EMENTA: | | | |
| | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|--|-------------------|---|-----------------------------------|
| Nome e código do Módulo: Processos de Apropriação da Realidade I | | Centro: CCS | Carga horária: 102hs hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 25 Turma teórica 17 Turma prática | |
| EMENTA: Estudo de políticas públicas e sua influência sobre a qualidade de vida da população; Contexto local como espaço de problematização, pesquisa e intervenção, língua portuguesa: leitura, compreensão e produção de texto acadêmico, norma culta; Aprendizado instrumental de língua estrangeira: estudo de textos variados; estratégias de compreensão da língua escrita. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica DEMO, Pedro. Política Social, educação e cidadania. Papyrus, 1995. LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. Promoção da Saúde: negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. FARIA, D.S. (org) Construção conceitual da extensão universitária na América Latina. Brasília: UnB, 2001 Complementar BORDEVAVE, J. E. D. O que é participação? 4a. Reimpr 8a ed, São Paulo: Brasiliense, 2007. CALDERÓN, A. I. SAMPAIO, H (Orgs) Extensão universitária: ação comunitária em universidades brasileiras. São Paulo: Olho d'água, 2002. ESPINHEIRA, G. Metodologia prática do trabalho em comunidade. EDUFBA, 2008. PEREIRA, J.C. R. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. EDUSP, 1999. BAUER, M. W., & Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Vozes, 2000. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|------------------|---|--------------------------|
| Nome e código do Módulo: Sócio-anthropologia | | Centro: CCS | Carga horária: 102 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: Geral | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica 17 Turma Prática | |
| EMENTA: | | | |
| | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

3° SEMESTRE

| | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Nome e código do Módulo: Qualidade de vida e sociabilidade | | Centro: CCS | Carga horária: 102 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| EMENTA: Estudos sobre representações e práticas em saúde/doença; Itinerários terapêuticos: cuidado, cura e assistência; Interface entre o processo saúde-doença-cuidado e fenômenos sociais contemporâneos, como o racismo, a violência, as relações de gênero, as desigualdades. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica LAPLANTINE, F. Aprender antropologia. Brasiliense, 2006. HELMAN C. G. Cultura, saúde e doença. Artes Médicas, 1994. MINAYO M.C.S.; SOUZA E.R. (Orgs.) Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Complementar ALVES, P.C; MINAYO, M.C.S. Saúde e doença: um olhar antropológico. FIOCRUZ, 1994. TELLES, Edward. Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica. Relume Dumará, 2003 JAGGAR A. M.; BORDO, S. Gênero, corpo, conhecimento RECORD: Rosa dos Ventos, 1997 DA MATTA, R. Relativizando: uma introdução à antropologia social. Vozes, 1983 SILVA, T.T. Identidade e diferença: a perspectiva de estudos culturais Vozes 2008 | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|-------------------|---|--------------------------|
| Nome e código do Módulo: Processos de Apropriação da Realidade II | | Centro: CCS | Carga horária: 102 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATORIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 25 Turma teórica 17 turma prática | |
| EMENTA: Desenvolvimento de ações de extensão com foco na promoção da saúde em comunidades; Aprendizado instrumental de língua estrangeira: estudo de textos variados; estratégias de compreensão da língua escrita. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica CZERESNIA, Dina. Freitas, C. M. de (org) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. FIOCRUZ, 2a ed, 2009 CAMPOS GW et al. (org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. SILVA, R.C. Metodologias Participativas para Trabalhos de Promoção de Saúde e Cidadania. São Paulo: Vetor, 2002. Complementar SANTOS, B.S. A Universidade no século XXI: para uma reforma democrática da universidade. São Paulo: Cortez, 2005. PORTO, M. F. de S. Ecologia dos Riscos: princípios para integrarmos o local e global na promoção da saúde e da justiça ambiental SANTOS, Ailton Dias (org.) Metodologias Participativas: caminhos para o fortalecimento de espaços públicos socioambientais. São Paulo: Peirópolis, 2005. TEIXEIRA, CF; SOLLA, JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006. TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. (Orgs.). Promoção e Vigilância da Saúde. C-CEPS, 2002. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: TCC | | Centro: CCS | Carga horária: 17 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| EMENTA: Desdobramento de uma reflexão científica acerca de um objeto do campo da saúde; Construção de um pré projeto: tema, problema e objetivos. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica BAUER, M. W., & Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Vozes, 2000. BOOTH, W.C.; COLOMB, G.G.; WILLIAMS, J.M. <i>A arte da pesquisa</i> . São Paulo: Martins Fontes, 2000. LAVILLE, C.; DIONNE, J. <i>A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas</i> . Porto Alegre: Editora Artes Médicas; Belo Horizonte: UFMG, 1999. Complementar SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. Cortez, 2000. LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. Fundamentos de metodologia científica. Atlas, 2007 GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. Atlas, 1999. FACHIN, O. Fundamentos de Metodologia. Saraiva, 2006. LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. Atlas, 2007 | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

4º SEMESTRE

| | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Nome e código do Módulo: Situação de saúde - 102hs | | Centro: CCS | Carga horária: 102 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| EMENTA: Estudo da situação de saúde de populações através de medidas e indicadores de saúde; Princípios e conceitos de análise espacial, ecologia de sistemas e geoprocessamento; Sistemas de informação em Saúde; Perfil de morbi-mortalidade da população brasileira avaliação da distribuição desigual dos processos saúde-doença em populações humanas. Vigilância à Saúde: epidemiológica, nutricional, sanitária, do trabalho. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica CAMPOS GW et al. (org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, Guanabara Koogan, 2003. MIRANDA, AC; BARCELLOS, C; MOREIRA, JC; MONKEN, M. (Orgs.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. Complementar COSTA, E. A. (Org.) Vigilância Sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA, 2008. PINA, M.F.; CRUZ, C.M.; MOREIRA, R.I. Conceitos Básicos de Sistemas de Informação Geográfica e cartografia aplicados à Saúde. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, Ministério da Saúde, 2000. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, Guanabara Koogan, 2003. ROZENFELD, S. (Org.) Fundamentos de Vigilância Sanitária. RJ, Fiocruz, 2000. TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. (Orgs.). Promoção e Vigilância da Saúde. C-CEPS, 2002. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|--|-------------------|---|--------------------------|
| Nome e código do Módulo: Processos de Apropriação da realidade III – 102hs | | Centro: CCS | Carga horária: 102 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica 17 turma prática | |
| EMENTA: Conhecimentos e aplicação de técnicas para diagnóstico da saúde de comunidades; Manejo de bancos de dados e métodos quantitativos de análise; Estudo de linguagens simbólicas de natureza universal com a finalidade de desenvolver o raciocínio lógico-formal; Solução de Problemas; Modelagem. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica CAMPOS GW et al. (org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. MIRANDA, AC; BARCELLOS, C; MOREIRA, JC; MONKEN, M. (Orgs.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. Complementar COSTA, E. A. (Org.) Vigilância Sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA, 2008. PINA, M.F.; CRUZ, C.M.; MOREIRA, R.I. Conceitos Básicos de Sistemas de Informação Geográfica e cartografia aplicados à Saúde. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, Ministério da Saúde, 2000. PEREIRA MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, Guanabara Koogan, 2003. ROZENFELD, S. (Org.) Fundamentos de Vigilância Sanitária. RJ, Fiocruz, 2000. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: TCC I | | Centro: CCS | Carga horária: 17 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| EMENTA: Desdobramento de uma reflexão científica acerca de um objeto do campo da saúde; Construção de um pré projeto: tema, problema, objetivos e metodologia. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica BAUER, M. W., & Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Vozes, 2000. BOOTH, W.C.; COLOMB, G.G.; WILLIAMS, J.M. <i>A arte da pesquisa</i> . São Paulo: Martins Fontes, 2000. LAVILLE, C.; DIONNE, J. <i>A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas</i> . Porto Alegre: Editora Artes Médicas; Belo Horizonte: UFMG, 1999. Complementar SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. Cortez, 2000. LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. Fundamentos de metodologia científica. Atlas, 2007 GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. Atlas, 1999. FACHIN, O. Fundamentos de Metodologia. Saraiva, 2006. LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. Atlas, 2007 | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

5° SEMESTRE

| | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Nome e código do Módulo: Estado e Políticas de Saúde e gestão de serviços e atualidade 136hs | | Centro: CCS | Carga horária: 102 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| <p>EMENTA:</p> <p>Estudo das Concepções filosófico-políticas de Estado e sociedade; estado sua natureza e funções, cidadania popular organizada e o serviço público como espaço estratégico de equalização de oportunidades; Reconstrução histórico-crítica do contexto da saúde na evolução do Estado no Brasil, articulado aos processos sociais e de cidadania; Reconstrução histórica da luta pela reforma sanitária e a construção do SUS. Fundamentação filosófica, jurídica, política e organizacional do SUS. A questão da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da população. Principais políticas atuais do SUS; Planejamento em saúde no Brasil e América Latina; Planejamento estratégico situacional (PES) e uso do PES no sistema de saúde.</p> | | | |
| <p>BIBLIOGRAFIA</p> <p>Básica PAIM, Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: Edufba/Fiocruz, 2008 BUSS, P.; LABRA, E. (Org.). Sistema de saúde, continuidades e mudanças. HUCITEC/ ABRASCO, 1995. FLEURY, S. (Org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. ABRASCO, 1989.</p> <p>Complementar PAIM, J. S. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. EDUFBA, 2006. CAMPOS, G. W. De S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. Hucitec, 2007. TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. (Orgs.). Promoção e Vigilância da Saúde. C-CEPS, 2002. TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. Modelo de atenção a saúde: promoção, vigilância e a saúde da família. EDUFBA, 2006.</p> | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: Comunicação, informação e educação no campo da saúde e atualidade | | Centro: CCS | Carga horária: 68 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| EMENTA: Estudo das bases históricas e epistemológicas da educação em saúde; Educação em saúde no SUS brasileiro; Educação popular; Educação permanente; | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Paz e Terra, 2004. VASCONCELOS, E. M. Educação Popular nos Serviços de Saúde. HUCITEC, 1989. MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (Orgs.) Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde. FIOCRUZ, 2006. GAZZINELLI, M.F.; REIS, D.C.; MARQUES, R.C. (Orgs.) Educação em saúde: teoria, método e imaginação. UFMG, 2006. VASCONCELOS, E. M. Educação popular e atenção à saúde da família. HUCITEC, 1999. Complementar PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde UERJ/ABRASCO 2007 VALLA VV, Stotz EN. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática Relume Dumará. 1993. DUARTE, Jr JF. Por que arte-educação?. Papyrus, 2000. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: Processos de Apropriação da realidade IV – 102hs | | Centro: CCS | Carga horária: 68 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| EMENTA: Utilização do enfoque situacional, ao lado de outras contribuições para planejamento das práticas de educação em saúde e execução de processos e práticas educativas necessários para conscientização social sobre direito à saúde. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica GAZZINELLI, M.F.; REIS, D.C.; MARQUES, R.C. (Orgs.). Educação em saúde: teoria, método e imaginação. UFMG, 2006. MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (Orgs.). Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde. FIOCRUZ, 2006. VASCONCELOS, E. M. Educação Popular nos Serviços de Saúde. HUCITEC, 1989. Complementar DUARTE, Jr JF. Por que arte-educação?. Papyrus, 2000. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde UERJ/ABRASCO 2007 VALLA VV, Stotz EN. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática Relume Dumará. 1993. TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. (Orgs.). Promoção e Vigilância da Saúde. C-CEPS, 2002. VASCONCELOS, E. M. Educação popular e atenção à saúde da família. HUCITEC, 1999. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: TCC II | | Centro: CCS | Carga horária: 17 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| EMENTA: Desdobramento de uma reflexão científica acerca de um objeto do campo da saúde; Coleta, sistematização e análise de | | | |

dados.

BIBLIOGRAFIA

Básica

BAUER, M. W., & Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Vozes, 2000.
BOOTH, W.C.; COLOMB, G.G.; WILLIAMS, J.M. *A arte da pesquisa*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*.
Porto Alegre: Editora Artes Médicas; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

Complementar

SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. Cortez, 2000.
LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. Fundamentos de metodologia científica. Atlas, 2007
GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. Atlas, 1999.
FACHIN, O. Fundamentos de Metodologia. Saraiva, 2006.
LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. Atlas, 2007

EQUIVALÊNCIA: CCS

6º SEMESTRE - LIVRE

| | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: TCC III | | Centro: CCS | Carga horária: 17 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| EMENTA: Desdobramento de uma reflexão científica acerca de um objeto do campo da saúde; Coleta, sistematização e análise de dados. Relatório final | | | |
| BIBLIOGRAFIA | | | |
| Básica | | | |
| BAUER, M. W., & Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Vozes, 2000. BOOTH, W.C.; COLOMB, G.G.; WILLIAMS, J.M. <i>A arte da pesquisa</i> . São Paulo: Martins Fontes, 2000. LAVILLE, C.; DIONNE, J. <i>A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas</i> . Porto Alegre: Editora Artes Médicas; Belo Horizonte: UFMG, 1999. | | | |
| Complementar | | | |
| SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. Cortez, 2000. | | | |

LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. Fundamentos de metodologia científica. Atlas, 2007
GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. Atlas, 1999.
FACHIN, O. Fundamentos de Metodologia. Saraiva, 2006.
LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. Atlas, 2007

**Componentes Curriculares da ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE – ENFERMIDADE – CUIDADO
– Obrigatórios para Curso de Medicina**

| | | | |
|--|-------------------|--|--------------------------|
| Nome e código do Módulo: Vivência profissional | | Centro: CCS | Carga horária: 136 |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | | Natureza: OBRIGATÓRIA |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |
| EMENTA: Busca de evidências científicas sobre temas da Atenção básica em saúde, fazendo análise crítica da metodologia dos grandes <i>Trials</i> que orientam as condutas atuais. Os alunos também poderão participar, como voluntários, das atividades de pesquisa da sua respectiva equipe. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica CAMPOS, G. W. De S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. Hucitec, 2007. TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. (Orgs.). Promoção e Vigilância da Saúde. C-CEPS, 2002. TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. Modelo de atenção a saúde: promoção, vigilância e a saúde da família. EDUFBA, 2006. Complementar FONTINELE JR, K. Programa Saúde da Família (PSF) comentado . Goiânia: Atenção Básica, 2003. 114 p. Demo P. Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis: Vozes; 1998. | | | |
| Nome e código do Componente optativo: ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS E FARMACOLÓGICOS DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA I | | Centro: CCS | Carga horária: 102h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | | Natureza: OBRIGATÓRIA |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 20 alunos turma teórica | |

EMENTA:

Estudo das principais doenças humanas (cardiovasculares, respiratórias, do sistema digestivo, das neoplasias, doenças renais, do trato gênito urinário e endócrinas), seus mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial e exame físico e a terapêutica farmacológica.

BIBLIOGRAFIA

Básica

BENNETT, Claude J.; PLUM, Fred. Cecil. **Tratado de medicina Interna**, Volumes 1 e 2, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

ROMEIRO, Vieira. **Semiologia Médica**, volumes 1 e 2, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan

SMITH, Lloyd H.; THIER, Samuel O. **Fisiopatologia: Os princípios Biológicos da Enfermidade**, Interamericana, Rios de Janeiro, 1997.

Complmentar

JACOB, Stanley W.; FRANCONI, Clarice Ashworth; LOSSOW, Walter J. **Anatomia e fisiologia humana**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990. xvii, 569 p. ISBN 85-201-0206-9.

BRUM, A.K.R.; ANTCZAK, S. E. et al. **Fisiopatologia básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POTTER, P. A. **Semiologia em enfermagem**. 4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

EQUIVALÊNCIA: CCS

| | | | |
|---|-------------------|----------------------------------|------------------------|
| Nome e código do Componente optativo: ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS E FARMACOLÓGICOS DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA II | | Centro: CCS | Carga horária: 102h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 17(P) | |
| <p>EMENTA:</p> <p>Estudo das principais doenças humanas (cardiovasculares, respiratórias, do sistema digestivo, das neoplasias, doenças renais, do trato gênito urinário e endócrinas), seus mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial e exame físico e a terapêutica farmacológica.</p> | | | |

BIBLIOGRAFIA

Básica

Farmacologia – Penildon Silva. 7ª edição, 2006. RJ: Guanabara Koogan

BENNETT, Claude J.; PLUM, Fred. Cecil. **Tratado de medicina Interna**, Volumes 1 e 2, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

ROMEIRO, Vieira. **Semiologia Médica**, volumes 1 e 2, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan

SMITH, Lloyd H.; THIER, Samuel O. **Fisiopatologia: Os princípios Biológicos da Enfermidade**, Interamericana, Rios de Janeiro, 1997.

Complmentar

JACOB, Stanley W.; FRANCONI, Clarice Ashworth; LOSSOW, Walter J. **Anatomia e fisiologia humana**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990. xvii, 569 p. ISBN 85-201-0206-9.

BRUM, A.K.R.; ANTCZAK, S. E. et al. **Fisiopatologia básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POTTER, P. A. **Semiologia em enfermagem**. 4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

EQUIVALÊNCIA: CCS

| | | |
|---|---|--------------------------|
| Nome e código do Módulo: Biointeração | Centro: CCS | Carga horária: 102 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA |
| Pré-requisito: | Módulo de alunos: 50 Turma teórica 17 turma prática | |
| <p>EMENTA: Avaliação da resposta imunopatológica aos agentes agressores de natureza biológica, física e química e a relação dos parasitos e vetores com seus respectivos hospedeiros. Estudo dos principais agentes microbiológicos e farmacológicos e sua biointeração medicamentosa como proposta terapêutica. Interferência dos alimentos na biodisponibilidade destes agentes.</p> | | |
| <p>BIBLIOGRAFIA</p> <p>Básica</p> <p>CIMERMAN, B.; CIMERMAN, S. Parasitologia Humana e seus Fundamentos Gerais. São Paulo: Atheneu, 1999.</p> <p>TORTORA, G.J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. Microbiologia. Tradução de Agnes Kiesling Casali. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 827 p. Tradução de: Microbiology - an introduction.</p> <p>TRABULSI, L. R. et al. (ed). Microbiologia. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.</p> <p>Complmentar</p> | | |

ROITT, I.; BROSTOFF, J.; MALE, D. Imunologia. Tradução de Ida Cristina Gubert. 3. ed. São Paulo: Manole, 2003.

SKARE, L. T. Reumatologia Princípios e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

STITES, D. P.; TERR, A. I.; PARSLAN, T. G. Imunologia Médica. Tradução de Patrícia Josephine Voeux. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

EQUIVALÊNCIA: CCS

| | | | |
|--|-------------------|---|------------------------------------|
| Nome e código do Módulo: Morfofuncionais I | | Centro: CCS | Carga horária: 102 hs (68T 34P) |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica 17 Turma Prática | |
| EMENTA: Estudo dos aspectos citogenéticos e metabólicos integrados ao desenvolvimento embriológico e às características morfofuncionais dos sistemas tegumentar, musculoesquelético e nervoso. Alterações e distúrbios genéticos do corpo humano | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica BERNE, Robert M., LEVY, Matthew N. Fisiologia. Guanabara Koogan, 2000. GRIFFITHS, A. J. F. et al. Introdução a Genética. Guanabara Koogan, 2006. JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. Histologia Básica. Guanabara Koogan, 2004 DANGELO, F. Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar. Atheneu, 2005. SILVERTHORN, D. U. Fisiologia Humana - Uma Abordagem Integrada. Manole, 2006 Complementar WELSCH, U. Sobotta Histologia. Guanabara Koogan, 2007. DAWKINS, R. O gene egoísta. São Paulo. Companhia das Letras, 2007. MATURANA, H. VARELA, F.J. A árvore do conhecimento. Ed. Palas Athena, 1ª edição, 2001. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Nome e código do Módulo: Morfofuncionais II | | Centro: CCS | Carga horária: 102 hs (68T 34P) |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica | |

| | |
|---|-----------------|
| | 17Turma Prática |
| <p>EMENTA: Estudo dos aspectos citogenéticos e metabólicos integrados ao desenvolvimento embriológico e às características morfofuncionais dos sistemas endócrino, imunológico, reprodutor e excretor do corpo humano.</p> | |
| <p>BIBLIOGRAFIA</p> <p>Básica</p> <p>BERNE, Robert M., LEVY, Matthew N. Fisiologia. Guanabara Koogan, 2000. GRIFFITHS, A. J. F. et al. Introdução a Genética. Guanabara Koogan, 2006. JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. Histologia Básica. Guanabara Koogan, 2004 DANGELO, F. Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar. Atheneu, 2005. SILVERTHORN, D. U. Fisiologia Humana - Uma Abordagem Integrada. Manole, 2006</p> <p>Complementar</p> <p>WELSCH, U. Sobotta Histologia. Guanabara Koogan, 2007. DAWKINS, R. O gene egoísta. São Paulo. Companhia das Letras, 2007. MATURANA, H. VARELA, F.J. A Árvore do conhecimento. Ed. Palas Athena, 1a edição, 2001.</p> | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | |

| | | | |
|---|-------------------|--|------------------------------------|
| Nome e código do Módulo: Morfofuncionais III | | Centro: CCS | Carga horária: 102 hs (68T 34P) |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica 17Turma Prática | |
| <p>EMENTA: . Estudo dos componentes celulares, moleculares e metabólicos humanos integrados aos aspectos ontogênicos, morfológicos e funcionais dos sistemas cardiovascular, respiratório e digestório.</p> | | | |
| <p>BIBLIOGRAFIA</p> <p>Básica</p> <p>BERNE, Robert M., LEVY, Matthew N. Fisiologia. Guanabara Koogan, 2000. GRIFFITHS, A. J. F. et al. Introdução a Genética. Guanabara Koogan, 2006. JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. Histologia Básica. Guanabara Koogan, 2004 DANGELO, F. Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar. Atheneu, 2005. SILVERTHORN, D. U. Fisiologia Humana - Uma Abordagem Integrada. Manole, 2006</p> <p>Complementar</p> <p>WELSCH, U. Sobotta Histologia. Guanabara Koogan, 2007.</p> | | | |

DAWKINS, R. O gene egoísta. São Paulo. Companhia das Letras, 2007.
MATURANA, H. VARELA, F.J. A árvore do conhecimento. Ed. Palas Athena, 1a edição, 2001.

| | | | |
|---|-------------------|---|-----------------------------------|
| Nome e código do Módulo: Morfofuncionais IV | | Centro: CCS | Carga horária: 68 hs (34T 34P) |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 Turma teórica 17 Turma Prática | |
| EMENTA: | | | |
| BIBLIOGRAFIA | | | |
| Básica | | | |
| BERNE, Robert M., LEVY, Matthew N. Fisiologia. Guanabara Koogan, 2000. GRIFFITHS, A. J. F. et al. Introdução a Genética. Guanabara Koogan, 2006. JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. Histologia Básica. Guanabara Koogan, 2004 DANGELO, F. Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar. Atheneu, 2005. SILVERTHORN, D. U. Fisiologia Humana - Uma Abordagem Integrada. Manole, 2006 | | | |
| Complementar | | | |
| WELSCH, U. Sobotta Histologia. Guanabara Koogan, 2007. DAWKINS, R. O gene egoísta. São Paulo. Companhia das Letras, 2007. MATURANA, H. VARELA, F.J. A árvore do conhecimento. Ed. Palas Athena, 1a edição, 2001. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|-------------------|--------------------------|----------------------|
| Nome e código do Módulo: Ética das relações interpessoais nas atividades do profissional de saúde | | Centro: CCS | Carga horária: 68 |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 50 | |
| EMENTA: | | | |
| Discussão da ética nas relações entre os diversos profissionais de saúde e os doentes, seus familiares e sua comunidade, bem como das relações entre os próprios profissionais de saúde, gestores e esferas de governo do nosso país. Debate sobre o compromisso ético de cada cidadão com as | | | |

condições de saúde do local.

BIBLIOGRAFIA Básica

CHAUÍ, Marilena. Convite à Filosofia. SP: Ática, 1995.

Glock RS, Goldim JR. *Ética profissional é compromisso social*. Porto Alegre: Mundo Jovem; 2003.

MOSCOVICI, Fela. Desenvolvimento Interpessoal. Rio de Janeiro: LTC, 1985.

Complementar

SOUZA, Herbert de; RODRIGUES, Carla. Ética e Cidadania. São Paulo: Moderna, 1994. (Coleção Polêmica).

Rego SA. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. SP: Hucitec, 2002.

EQUIVALÊNCIA: CCS

| | | | |
|---|-------------------|---|----------------------|
| Nome e código do Módulo: Propedêutica da atenção e dos cuidados básicos em saúde 68h | | Centro: CCS | Carga horária: 68 |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OBRIGATÓRIA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 45 Turma teórica 15 Turma Prática | |
| EMENTA: Estudo das bases da anamnese, do exame físico e dos cuidados na Atenção primária à saúde nas comunidades, numa interface precoce com as necessidades reais do SUS | | | |
| BIBLIOGRAFIA 1. Semiologia Médica. Celmo Celeno Porto. 6ª edição, 2009, RJ: Guanabara Koogan 2. DUNCAN, B. B. <i>Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção Primária</i> . 2. ed. Porto Alegre: [s.n.], 1996. Cap. 1, p. 46-49. 3. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico Clínico (2 volumes). Mário López e J Laurentys-Medeiros, 2001. RJ: Revinter | | | |
| Bibliografia Complementar: 4. Semiotécnica da observação clínica. José Ramos Jr. 7ª edição, 1986. São Paulo: Sarvier 5. BATES: Propedêutica Médica. LS Bickley e PG Szilagy, 2005. RJ: Guanabara Koogan | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

7° SEMESTRE

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Elementos de Propedêutica Geral: | | Centro: CCS | Carga horária: 272h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 32 | |
| Ementa: Compreensão das interrelações que entre os conhecimentos da anatomia, histologia e patologia, aplicados ao estudo da propedêutica. Aprofundamento no estudo da fisiopatologia das enfermidades e sua relação com aos sinais e sintomas de fundamental importância para o diagnóstico clínico do profissional da área médica. | | | |
| Bibliografia Básica: 6. Semiologia Médica. Celmo Celeno Porto. 6ª edição, 2009, RJ: Guanabara Koogan 7. DUNCAN, B. B. <i>Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária</i> . 2. ed. Porto Alegre: [s.n.], 1996. Cap. 1, p. 46-49. 8. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico Clínico (2 volumes). Mário López e J Laurentys-Medeiros, 2001. RJ: Revinter | | | |
| Bibliografia Complementar: 9. Semiotécnica da observação clínica. José Ramos Jr. 7ª edição, 1986. São Paulo: Sarvier 10. BATES: Propedêutica Médica. LS Bickley e PG Szilagy, 2005. RJ: Guanabara Koogan | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Atividade Prática em Saúde da Família I | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 8 | |
| Ementa: Atividades práticas no âmbito das Equipes de Saúde da Família com foco no exame propedêutico (anamnese e exame físico). Clínica Ampliada. | | | |

| |
|---|
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exame Clínico. O. Epstein, G D Perkin e J Cookson. 3ª edição. Editora Elsevier. 2. Medicina Ambulatorial. AC Lopes, LS Ward e ML Guariento, 2006. São Paulo: Atheneu. 3. CAMPOS, G. W. De S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. Hucitec, 2007. <p>Bibliografia Complementar: CAMPOS, G. W. de S. <i>Saúde paidéia</i>. São Paulo: Hucitec, 2003. MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). <i>Agir em saúde: um desafio para o público</i>. São Paulo: Hucitec, 1997. p.197-228.</p> |
|---|

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Oficinas de Medicina Baseada em Evidências I (MBE) | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 32 | |
| <p>Ementa: Estudo de métodos de diagnóstico clínico, análise crítica dos conceitos epidemiológicos e do custo-efetividade das intervenções em saúde para doenças mais prevalentes no país. Busca contínua das bases científicas atuais e avaliando a sua aplicabilidade prática e adequando às particularidades regionais.</p> | | | |
| <p>Bibliografia Básica Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 2.PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.</p> <p>Bibliografia Complementar: ELTCHER, R; FLETCHER, S; WAGNER, E. H. Epidemiologia Clínica: elementos essenciais. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.</p> <p>Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). <i>Epidemiologia</i>. Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição</p> | | | |

8º SEMESTRE

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Propedêutica dos problemas de saúde na Embriogênese e na Gestação | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |

| | |
|---|-------------------------|
| Pré-requisito: | Módulo de alunos: 32 |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO Ementa: Compreensão das interrelações que entre os conhecimentos da anatomia, histologia e patologia, aplicados ao estudo da propedêutica na embriogênese e na gestação. Aprofundamento no estudo da fisiopatologia das enfermidades e sua relação com aos sinais e sintomas de fundamental importância para o diagnóstico clínico na embriogênese e na gestação. Abordagem dos principais problemas de saúde da população brasileira e dos programas do SUS voltados para esta parcela da população. | |
| Bibliografia Básica: 1. Rezende – Obstetrícia Fundamental. 12ª edição, 2011. RJ: Guanabara Koogan 2. Manual de Ginecologia de Consultório. EC Baracat, RM Ribeiro e P Rossi, São Paulo: Atheneu. 3. Novak – Tratado de Ginecologia. J.S.Berek. 14ª edição. RJ: Guanabara Koogan Bibliografia Complementar: 1. Semiotécnica da observação clínica. José Ramos Jr. 7ª edição, 1986. São Paulo: Sarvier 2. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico Clínico (2 volumes). Mário López e J Laurentys-Medeiros, 2001. RJ: Revinter | |

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Propedêutica dos problemas de saúde na Infância e na Adolescência: | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória |
| Pré-requisito: | Módulo de alunos: 32 | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO Ementa: Compreensão das interrelações que entre os conhecimentos da anatomia, histologia e patologia, aplicados ao estudo da propedêutica na Infância e na Adolescência. Aprofundamento no estudo da fisiopatologia das enfermidades e sua relação com aos sinais e sintomas de fundamental importância para o diagnóstico clínico na Infância e na Adolescência. Abordagem dos principais problemas de saúde da população brasileira e dos programas do SUS voltados para esta parcela da população. Abordagem das particularidades da propedêutica clínica e cirúrgica, com ênfase na importância da anamnese e do exame físico, e discussão das possibilidades e das evidências científicas sobre os exames laboratoriais e de imagem, sempre buscando as evidências científicas e as particularidades da realidade brasileira. | | |

| |
|---|
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nelson: Princípios de Pediatria. RE Behrman e RM Kliegman, 2004. 4ª edição. RJ: Guanabara Koogan. 2. Pediatria Básica. E Marcondes, FA Costa Vaz, JLA Ramos e Y Okay, 2003. 9ª edição (III volumes). Editora Sarvier 3. Semiologia Médica. Celmo Celeno Porto. 6ª edição, 2009, RJ: Guanabara Koogan <p>Bibliografia Complementar</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Semiotécnica da observação clínica. José Ramos Jr. 7ª edição, 1986. São Paulo: Sarvier 4. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico Clínico (2 volumes). Mário López e J Laurentys-Medeiros, 2001. RJ: Revinter |
|---|

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Propedêutica dos problemas de saúde na Idade Adulta | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 32 | |
| <p>Ementa:</p> <p>Compreensão das interrelações que entre os conhecimentos da anatomia, histologia e patologia, aplicados ao estudo da propedêutica na Idade Adulta. Aprofundamento no estudo da fisiopatologia das enfermidades e sua relação com aos sinais e sintomas de fundamental importância para o diagnóstico clínico na Idade Adulta. Abordagem dos principais problemas de saúde da população brasileira e dos programas do SUS voltados para esta parcela da população. Abordagem das particularidades da propedêutica clínica e cirúrgica, com ênfase na importância da anamnese e do exame físico, e discussão das possibilidades e das evidências científicas sobre os exames laboratoriais e de imagem.</p> | | | |
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Semiologia Médica. Celmo Celeno Porto. 6ª edição, 2009, RJ: Guanabara Koogan 2. Semiotécnica da observação clínica. José Ramos Jr. 7ª edição, 1986. São Paulo: Sarvier 3. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico Clínico (2 volumes). Mário López e J Laurentys-Medeiros, 2001. RJ: Revinter <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BATES: Propedêutica Médica. LS Bickley e PG Szilagy, 2005. RJ: Guanabara Koogan 2. Exame Clínico. O. Epstein, G D Perkin e J Cookson. 3ª edição. Editora Elsevier. | | | |

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Propedêutica dos problemas de saúde na Terceira Idade | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |

| | |
|---|-------------------------|
| Pré-requisito: | Módulo de alunos: 32 |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | |
| Ementa: Compreensão das interrelações que entre os conhecimentos da anatomia, histologia e patologia, aplicados ao estudo da propedêutica na Terceira Idade. Aprofundamento no estudo da fisiopatologia das enfermidades e sua relação com aos sinais e sintomas de fundamental importância para o diagnóstico clínico na Terceira Idade. Abordagem dos principais problemas de saúde da população brasileira e dos programas do SUS voltados para esta parcela da população. Interrelações perenes dos diversos sistemas com os demais órgãos do corpo humano. Fisiopatologia das principais alterações e sua repercussão compreendendo a propedêutica clínica e instrumental. Particularidades da propedêutica clínica, cirúrgica e ginecológica nesta fase da vida. | |
| Bibliografia Básica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Semiologia Médica. Celmo Celso Porto. 6ª edição, 2009, RJ: Guanabara Koogan 2. Semiotécnica da observação clínica. José Ramos Jr. 7ª edição, 1986. São Paulo: Sarvier 3. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico Clínico (2 volumes). Mário López e J Laurentys-Medeiros, 2001. RJ: Revinter | |
| Bibliografia Complementar: <ol style="list-style-type: none"> 1. BATES: Propedêutica Médica. LS Bickley e PG Szilagy, 2005. RJ: Guanabara Koogan 2. Exame Clínico. O. Epstein, G D Perkin e J Cookson. 3ª edição. Editora Elsevier. | |

| | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Atividade Prática em Saúde da Família II | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 8 | |
| Ementa: Atividades práticas no âmbito das Equipes de Saúde da Família com foco no exame propedêutico (anamnese e exame físico) nos diferentes nesta fase da vida. Clínica Ampliada | | | |

Bibliografia Básica:

1. CECIL: Medicina Interna Básica – Andreoli. CCJ Carpenter, RC Griigs, J Loscalzo. 6ª edição. Editora Elsevier.
2. Medicina Ambulatorial. A.C. Lopes, L.S. Ward e M.L. Guariento, 2006. São Paulo: Atheneu.
3. CAMPOS, G. W. De S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. Hucitec, 2007

Bibliografia Complementar:

4. Pronto Atendimento em pediatria. L.R. Silva; D.E. Garcia; D.R. Mendonça. 2000. RJ: Medsi.
5. CUNHA, G. T. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005

| | | | |
|--|--------------|-------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Oficinas de Medicina Baseada em Evidências II (MBE) | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade | Função: | Natureza: | |
| Módulo | Profissional | Obrigatória | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | 32 | |
| Ementa: Estudo de métodos de diagnóstico clínico, análise crítica dos conceitos epidemiológicos e do custo-efetividade das intervenções em saúde para doenças mais prevalentes no país. Busca contínua das bases científicas atuais e avaliando a sua aplicabilidade prática e adequando às particularidades regionais. | | | |
| Bibliografia Básica: Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 2. PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. | | | |
| Bibliografia Complementar: ELTCHER, R; FLETCHER, S; WAGNER, E. H. Epidemiologia Clínica: elementos essenciais. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). <i>Epidemiologia</i> . Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição | | | |

9º SEMESTRE

| | | | |
|--|---------|-------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Oficinas de Medicina Baseada em Evidências III (MBE) | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade | Função: | Natureza: | |
| | | Obrigatória | |

| | | |
|--|---------------------|-------------------------|
| Módulo | Profissional | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 32 |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | |
| Ementa: | | |
| Assistência à Saúde baseada em evidências e os métodos diagnósticos, análise crítica dos principais métodos diagnósticos empregados nas doenças mais prevalentes no país, buscando bases científicas atuais e avaliando a prática diária adequando às particularidades regionais. | | |
| <p>Bibliografia Básica</p> <p>Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan</p> <p>ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.</p> <p>2.PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.</p> <p>Bibliografia Complementar:</p> <p>ELTCHER, R; FLETCHER, S; WAGNER, E. H. Epidemiologia Clínica: elementos essenciais. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.</p> <p>Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). <i>Epidemiologia</i>. Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição</p> | | |

| | | | |
|---|---------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Diagnóstico dos problemas de saúde na Gestação | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade | Função: | Natureza: Obrigatória | |
| Módulo | Profissional | | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 68 | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | | |
| Ementa: | | | |
| Estudo dos principais problemas de saúde desta população, como diagnosticá-los, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde. Discussão dos diversos métodos diagnósticos e sua custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional. Debate dos programas de saúde voltados para esta população. | | | |
| Bibliografia Básica: | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Rezende – Obstetrícia Fundamental. 12ª edição, 2011. RJ: Guanabara Koogan. 2. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan. 3. Berek e Novak: Tratado de Ginecologia. J.S. Berek. 14ª edição. RJ: Guanabara Koogan. | | | |
| Bibliografia Complementar: | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 4. Tratado de Ginecologia. J.A. Pinotti; A.M. Fonseca; V. R. Bagnoli. São Paulo: Editora Revinter 5. Manual de Ginecologia de Consultório. E.C. Baracat; R.M. Ribeiro; P. Rossi. São Paulo: Atheneu. | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Diagnóstico dos problemas de saúde na Infância e na Adolescência | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade Módulo Módulo | Função: Profissional Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 32 | |
| Ementa: Abordagem dos principais problemas de saúde desta população, como diagnosticá-los, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde. Discussão dos diversos métodos diagnósticos e sua custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional. Debate dos programas de saúde voltados para esta população. | | | |
| Bibliografia Básica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nelson: Princípios de Pediatria. RE Behrman e RM Kliegman, 2004. 4ª edição. RJ: Guanabara Koogan. 2. Tratado de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª edição (2 volumes), 2010. Barueri,SP: Editora Manole. 3. Pediatria Básica. E Marcondes, FA Costa Vaz, JLA Ramos e Y Okay, 2003. 9ª edição (III volumes). Editora Sarvier. | | | |
| Bibliografia Complementar: <ol style="list-style-type: none"> 4. Pronto Atendimento em Pediatria. L. R. Silva; D. E. Garcia; D. R. Mendonça, 2000. RJ: Editora MEDSI. 5. Pediatria Básica. E. Marcondes; F.A. Costa Vaz; J.L.A. Ramos; Y. Okay. 9ª edição. São Paulo: SARVIER | | | |

| | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Práticas Integradas em média complexidade I | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 32 | |
| Ementa: Atendimento nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de média complexidade. | | | |

| |
|---|
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elsevier. 2. Rezende – Obsterícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan 3. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER. <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tratado de Cirurgia do CBC. Roberto Saad Jr, et al (Editores). Editora ATHENEU, 2010. 5. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE. |
|---|

| | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Atividade Prática em Saúde da Família III | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 8 | |
| <p>Ementa:</p> <p>Atividades práticas no âmbito das Equipes de Saúde da Família com foco no diagnóstico das enfermidades dos usuários do Programa de Saúde da Família. Projeto Terapêutico Singular.</p> <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina Ambulatorial. A.C. Lopes; L.S. Ward; M.L. Guariento. 2006. São Paulo: Editora Atheneu. 2. CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 3. Manual de Ginecologia de Consultório. E.C. Baracat; R.M. Ribeiro; P. Rossi. São Paulo: ATHENEU. <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tópicos em Clínica Médica. A.C. Lopes. 2003. RJ: Editora MEDSI. 2. Pronto Atendimento em pediatria. L.R.Silva; D.E. Garcia; D.R.Mendonça. 2000. RJ: Medsi | | | |

10º SEMESTRE

| | | | |
|---|---------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Oficinas de Medicina Baseada em Evidências IV (MBE) | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade | Função: | Natureza: Obrigatória | |

| | | |
|---|---------------------|-------------------------|
| Módulo | Profissional | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 32 |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | |
| Ementa: | | |
| Assistência à Saúde baseada em evidências e os métodos diagnósticos, análise crítica dos principais métodos diagnósticos empregados nas doenças mais prevalentes no país, buscando bases científicas atuais e avaliando a prática diária adequando às particularidades regionais. | | |
| Bibliografia Básica: | | |
| Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan | | |
| ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. | | |
| PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. | | |
| Bibliografia Complementar: | | |
| ELTCHER, R; FLETCHER, S; WAGNER, E. H. Epidemiologia Clínica: elementos essenciais. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. | | |
| Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). <i>Epidemiologia</i> . Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição | | |

| | | | |
|--|---------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Diagnóstico dos problemas de saúde na Idade Adulta | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade | Função: | Natureza: Obrigatória | |
| Módulo | Profissional | | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 68 | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | | |
| Ementa: | | | |
| Abordagem dos principais problemas de saúde desta população, como diagnosticá-los, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde. Discussão dos diversos métodos diagnósticos e sua custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional. Debate dos programas de saúde voltados para esta população. | | | |
| Bibliografia Básica: | | | |
| 1. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elsevier. | | | |
| 2. RUBIN – Patologia. Bases Clinicopatológicas da medicina. E. Rubin; F. Gorstein; R. Rubin et al (Editores). 4ª edição. 2010. RJ: Guanabara Koogan | | | |
| 3. OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde . 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. v.2000. 208 p. | | | |
| Bibliografia Complementar: | | | |
| 4. Harrison – Medicina Interna. E. Braunwald; A.S. Fauci; D.L.Kasper et al (Editores). 2009 (2 volumes). 17ª edição. RJ: Artmed-MG Hill. | | | |
| 5. Tratado de Clínica Médica – Antônio Carlos Lopes. São Paulo: ROCCA. (3 volumes) | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Diagnóstico dos problemas de saúde na Terceira Idade | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade Módulo Módulo | Função: Profissional Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 32 | |
| Ementa: Abordagem dos principais problemas clínicos e cirúrgicos de saúde desta população, como diagnosticá-los, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde. Discussão dos diversos métodos diagnósticos e sua custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional. Debate dos programas de saúde voltados para esta população. | | | |
| Bibliografia Básica: 1. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elsevier. 2. RUBIN – Patologia. Bases Clinicopatológicas da medicina. E. Rubin; F. Gorstein; R. Rubin et al (Editores). 4ª edição. 2010. RJ: Guanabara Koogan | | | |
| Bibliografia Complementar: 3. Harrison – Medicina Interna. E. Braunwald; A.S. Fauci; D.L.Kasper et al (Editores). 2009 (2 volumes). 17ª edição. RJ: Artmed-MG Hill. 4. Tratado de Clínica Médica – Antônio Carlos Lopes. São Paulo: ROCCA. (3 volumes) 5. Robbins – Patologia Básica. V. Kumar; A.K. Abbas; N. Fausto; R.N. Mitchel. 2008, 8ª edição. Editora ELSERVIER. | | | |

| | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Práticas Integradas em média complexidade II | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 32 | |
| Ementa: Atendimento nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetria e Pediatria) em serviços de média complexidade. | | | |

| |
|---|
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan 2. Pediatria Básica. E. Marcondes; F.A. Costa Vaz; J.L.A. Ramos; Y. Okay. 9ª edição. São Paulo: SARVIER 3. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER. <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tratado de Cirurgia do CBC. Roberto Saad Jr, et al (Editores). Editora ATHENEU, 2010. 5. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE. |
|---|

| | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Atividade Prática em Saúde da Família IV | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 8 | |
| <p>Ementa:</p> <p>Atividades práticas no âmbito das Equipes de Saúde da Família com foco no diagnóstico populacional e das enfermidades dos usuários do Programa de Saúde da Família. Projeto terapêutico singular.</p> | | | |
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina Ambulatorial. A.C. Lopes; L.S. Ward; M.L. Guariento. 2006. São Paulo: Editora Atheneu. 2. OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. v.2000. 208 p. 3. CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tópicos em Clínica Médica. A.C. Lopes. 2003. RJ: Editora MEDSI. 5. Manual de Ginecologia de Consultório. E.C. Baracat; R.M. Ribeiro; P. Rossi. São Paulo: ATHENEU. | | | |

11º SEMESTRE

| | | | |
|--|---------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Oficinas de Medicina Baseada em Evidências V (MBE) | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade | Função: | Natureza: Obrigatória | |

| | | |
|---|---------------------|-------------------------|
| Módulo | Profissional | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 32 |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | |
| Ementa: Terapêutica baseada em evidências: Análise crítica das evidências científicas que norteiam a conduta terapêutica médica. Discussão de custo-benefício e de qualidade de vida. Análise das concepções de saúde e doença e sua interface com a terapêutica. As evidências científicas confrontadas com questões éticas, pressões do mercado, cultura, sociedade e mídia, todas elas influenciando na decisão terapêutica diária. | | |
| Bibliografia Básica: Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. Bibliografia Complementar: ELTCHER, R; FLETCHER, S; WAGNER, E. H. Epidemiologia Clínica: elementos essenciais. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). <i>Epidemiologia</i> . Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição | | |

| | | | |
|---|---------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na Geração | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade | Função: | Natureza: Obrigatória | |
| Módulo | Profissional | | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 68 | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | | |
| Ementa: Estudo das possibilidades terapêuticas para as diversas doenças, com ênfase nas mais prevalentes na população brasileira. Influência da relação médico-paciente na terapêutica. Questões culturais e a adesão ao tratamento. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão terapêutica. | | | |

| |
|---|
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rezende – Obstetrícia Fundamental. 12ª edição, 2011. RJ: Guanabara Koogan. 2. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan. 3. Berek e Novak: Tratado de Ginecologia. J.S. Berek. 14ª edição. RJ: Guanabara Koogan. <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tratado de Ginecologia. J.A. Pinotti; A.M. Fonseca; V. R. Bagnoli. São Paulo: Editora Revinter 5. Manual de Ginecologia de Consultório. E.C. Baracat; R.M. Ribeiro; P. Rossi. São Paulo: Atheneu. |
|---|

| | | | |
|--|---|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na Infância e Adolescência: | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade Módulo Módulo | Função: Profissional Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 32 | |
| <p>Ementa:</p> <p>Estudo das possibilidades terapêuticas para as diversas doenças, com ênfase nas mais prevalentes na população brasileira. Influência da relação médico-paciente na terapêutica. Questões culturais e a adesão ao tratamento. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão terapêutica.</p> | | | |
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nelson: Princípios de Pediatria. RE Behrman e RM Kliegman, 2004. 4ª edição. RJ: Guanabara Koogan. 2. Tratado de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª edição (2 volumes), 2010. Barueri,SP: Editora Manole. 3. Pediatria Básica. E Marcondes, FA Costa Vaz, JLA Ramos e Y Okay, 2003. 9ª edição (III volumes). Editora Sarvier. <p>Bibliografia Complementar:</p> <p>Pronto Atendimento em Pediatria. L. R. Silva; D. E. Garcia; D. R. Mendonça, 2000. RJ: Editora MEDSI.</p> <p>Pediatria Básica. E. Marcondes; F.A. Costa Vaz; J.L.A. Ramos; Y. Okay. 9ª edição. São Paulo: SARVIER</p> | | | |

| | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Praticas Integradas em média complexidade III | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |

| | |
|---|-------------------------|
| Pré-requisito: | Módulo de alunos: 32 |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | |
| Ementa: Atendimento e terapêutica nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia) em serviços de média complexidade. | |
| Bibliografia Básica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rezende – Obsterícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan 2. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER. 3. Tratado de Cirurgia do CBC. Roberto Saad Jr, et al (Editores). Editora ATHENEU, 2010. | |
| Bibliografia complementar <ol style="list-style-type: none"> 4. Novak – Tratado de Ginecologia. J.S.Berek. 14ª edição. RJ: Guanabara Koogan 5. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE. | |

| | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Atividade Prática em Saúde da Família V | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 8 | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | | |
| Ementa: Atividades práticas no âmbito das Equipes de Saúde da Família com foco no tratamento e prevenção das enfermidades dos usuários do Programa de Saúde da Família. Apoio Matricial | | | |
| Bibliografia Básica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina Ambulatorial. A.C. Lopes; L.S. Ward; M.L. Guariento. 2006. São Paulo: Editora Atheneu. 2. OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. v.2000. 208 p. 3. CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec | | | |
| Bibliografia Complementar: <ol style="list-style-type: none"> 4. Tópicos em Clínica Médica. A.C. Lopes. 2003. RJ: Editora MEDSI. 5. Pronto Atendimento em pediatria. L.R.Silva; D.E. Garcia; D.R.Mendonça. 2000. RJ: Medsi | | | |

| | | | |
|--|--|-------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Atendimento de Urgência e Emergência I | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
|--|--|-------------|------------------------|

| | | | |
|--|--|---------------------|-------------|
| Modalidade | | Função: | Natureza: |
| Módulo | | Profissional | Obrigatória |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | 8 | |
| Ementa: | | | |
| Atendimento e terapêutica nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de urgência e emergência. | | | |
| Bibliografia Básica: | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Condutas em urgências e emergências para o clínico. V. Golin; S.R.S. Sprovieri. Editora ATHENEU. 2. Emergências Clínicas. H.S. Martins; R.A. Brandão Neto; A. Scalabrini Neto; I.T. Velasco. 6ª edição, 2011. Editora MANOLE. 3. Pronto Atendimento em pediatria. L.R. Silva; D.E. Garcia; D.R. Mendonça. 2000. RJ: MESI. | | | |
| Bibliografia complementar | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elsevier. 2. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER. | | | |

12° SEMESTRE

| | | | |
|--|---------------------|-------------------|----------------|
| Nome e código do componente curricular: | | Centro: CCS | Carga horária: |
| Oficinas de Medicina Baseada em Evidências VI (MBE) | | | 34h |
| Modalidade | Função: | Natureza: | |
| Módulo | Profissional | Obrigatória | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | 32 | |
| Ementa: | | | |
| Terapêutica baseada em evidências: Análise crítica das evidências científicas que norteiam a conduta terapêutica médica. Discussão de custo-benefício e de qualidade de vida. Análise das concepções de saúde e doença e sua interface com a terapêutica. As evidências científicas confrontadas com questões éticas, pressões do mercado, cultura, sociedade e mídia, todas elas influenciando na decisão terapêutica diária. | | | |

| |
|--|
| <p>Bibliografia Básica: Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.</p> <p>Bibliografia Complementar: ELTCHER, R; FLETCHER, S; WAGNER, E. H. Epidemiologia Clínica: elementos essenciais. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). <i>Epidemiologia</i>. Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição</p> |
|--|

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Tratamento e prevenção dos problemas na Idade Adulta | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 68 | |
| <p>Ementa:</p> <p>Estudo das possibilidades terapêuticas para as diversas doenças, com ênfase nas mais prevalentes na população brasileira. Influência da relação médico-paciente na terapêutica. Questões culturais e a adesão ao tratamento. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão terapêutica.</p> | | | |
| <p>Bibliografia Básica: Clínica Cirúrgica. S. Rasslan et al (Editores). 02 volumes. 2008. Editora MANOLE GOLDMAN e GILMAN - As Bases Farmacológicas da Terapêutica. L.L. Brunton; J.S.Lazo; K. L. Parker. 11ª edição, 2010. Porto Alegre: Artmed-MGH</p> <p>Bibliografia Complementar: Harrison – Medicina Interna. E. Braunwald; A.S. Fauci; D.L.Kasper et al (Editores). 2009 (2 volumes). 17ª edição. RJ: Artmed-MG Hill. Tratado de Clínica Médica – Antônio Carlos Lopes. São Paulo: ROCCA. (3 volumes)</p> | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Tratamento e prevenção dos problemas de saúde na Terceira Idade: | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |

| | |
|--|-------------------------|
| Pré-requisito: | Módulo de alunos: 32 |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | |
| Ementa: Estudo das possibilidades terapêuticas para as diversas doenças clínicas e cirúrgicas, com ênfase nas mais prevalentes na população brasileira para esta faixa etária. Influência da relação médico-paciente na terapêutica. Questões culturais e a adesão ao tratamento. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão terapêutica. | |
| Bibliografia Básica: 1. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elsevier. 2. Clínica Cirúrgica. S. Rasslan et al (Editores). 02 volumes. 2008. Editora MANOLE | |
| Bibliografia Complementar: 3. Harrison – Medicina Interna. E. Braunwald; A.S. Fauci; D.L.Kasper et al (Editores). 2009 (2 volumes). 17ª edição. RJ: Artmed-MG Hill. 4. Tratado de Clínica Médica – Antônio Carlos Lopes. São Paulo: ROCCA. (3 volumes) 5. Antibióticos e quimioterápicos para o clínico. W. Tavares. 2ª edição, 2009. São Paulo: ATHENEU. | |

| | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Práticas Integradas em média complexidade IV | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: | Módulo de alunos: 32 | | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | | |
| Ementa: Atendimento e terapêutica nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de média complexidade. | | | |
| Bibliografia Básica: 1. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan 2. Pediatria Básica. E. Marcondes; F.A. Costa Vaz; J.L.A. Ramos; Y. Okay. 9ª edição. São Paulo: SARVIER 3. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER. | | | |
| Bibliografia Complementar: 4. Tratado de Cirurgia do CBC. Roberto Saad Jr, et al (Editores). Editora ATHENEU, 2010. 5. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE. | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Atividade Prática em Saúde da Família VI | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 8 | |
| Ementa: Atividades práticas no âmbito das Equipes de Saúde da Família com foco no tratamento e prevenção das enfermidades dos usuários do Programa de Saúde da Família. Apoio Matricial | | | |
| Bibliografia Básica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina Ambulatorial. A.C. Lopes; L.S. Ward; M.L. Guariento. 2006. São Paulo: Editora Atheneu. 2. OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde.1. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. v.2000. 208 p. 3. CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec Bibliografia Complementar: <ol style="list-style-type: none"> 4. Tópicos em Clínica Médica. A.C. Lopes. 2003. RJ: Editora MEDSI. 5. Pronto Atendimento em pediatria. L.R.Silva; D.E. Garcia; D.R.Mendonça. 2000. RJ: Medsi 6. Manual de Ginecologia de Consultório. E.C. Baracat; R.M. Ribeiro; P. Rossi. São Paulo: ATHENEU. | | | |

| | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Atendimento de urgência e emergência II | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 8 | |
| Ementa: Atendimento e terapêutica nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de urgência e emergência. | | | |

| |
|--|
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condutas em Urgências e Emergências para o Clínico. V. Golin e S. R. S. Sprovieri. Editora Atheneu. 2. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan 3. Pronto Atendimento em Pediatria. LR Silva; DE Garcia; DR Mendonça. 2000. RJ: MEDSI <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE. 5. Urgências Clínicas e Cirúrgicas em gastroenterologia e hepatologia pediátricas. L.R. Silva. 2004. RJ: MEDSI. |
|--|

13° SEMESTRE

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Oficinas de Medicina Baseada em Evidências VII (MBE) | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 32 | |
| <p>Ementa:</p> <p>Estudo de métodos de diagnóstico clínico, análise crítica dos conceitos epidemiológicos e do custo-efetividade das intervenções em saúde para doenças mais prevalentes no país. Busca contínua das bases científicas atuais e avaliando a sua aplicabilidade prática e adequando às particularidades regionais.</p> | | | |
| <p>Bibliografia Básica:</p> <p>Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan</p> <p>ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.</p> <p>PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.</p> <p>Bibliografia Complementar:</p> <p>ELTCHER, R; FLETCHER, S; WAGNER, E. H. Epidemiologia Clínica: elementos essenciais. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.</p> <p>Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). <i>Epidemiologia</i>. Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição</p> | | | |

| | | | |
|--|---------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Conhecimentos básicos nas especialidades médicas | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade | Função: | Natureza: Obrigatória | |

| | | | |
|--|--|-------------------------|--|
| | | Profissional | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 68 | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | | |
| Ementa: Prossegue apropriação de conhecimentos básicos das especialidades médicas que todo profissional médico deve saber e treinamento para diagnosticar e encaminhar corretamente os principais problemas de saúde de cada área, fornecendo orientação inicial e acompanhamento resolutivo e responsável. | | | |
| Bibliografia Básica: | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Contribuições das Especialidades Médicas à Atenção Primária à Saúde. José Tavares Neto (Editor), 2006. Salvador: Editora Contexto. 2. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER. 3. | | | |
| Bibliografia Complementar: | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 4. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan 5. Pediatria Básica. E. Marcondes; F.A. Costa Vaz; J.L.A. Ramos; Y. Okay. 9ª edição. São Paulo: SARVIER | | | |

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Praticas Integradas em média complexidade V | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 32 | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | | |
| Ementa: Diagnóstico, a prevenção, o tratamento a reabilitação e a promoção da saúde que assiste nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de média complexidade. | | | |
| Bibliografia Básica: | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan 2. Pediatria Básica. E. Marcondes; F.A. Costa Vaz; J.L.A. Ramos; Y. Okay. 9ª edição. São Paulo: SARVIER 3. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER. | | | |
| Bibliografia Complementar: | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 4. Tratado de Cirurgia do CBC. Roberto Saad Jr, et al (Editores). Editora ATHENEU, 2010. 5. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE. | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Atividade Prática em Saúde da Família VII | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 8 | |
| Ementa: Atividades práticas no âmbito das Equipes de Saúde da Família com foco no diagnóstico, na prevenção, no tratamento a reabilitação e na promoção da saúde da comunidade e indivíduos usuários do Programa de Saúde da Família. | | | |
| Bibliografia Básica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina Ambulatorial. A.C. Lopes; L.S. Ward; M.L. Guariento. 2006. São Paulo: Editora Atheneu. 2. Contribuições das Especialidades Médicas à atenção primária à saúde. J. Tavares-Neto (Ed). 2006. Salvador: Contexto. 3. Guerreiro AP; Campos GWS. (org.). Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild (Hucitec), 2008, v. 1, p. 283-297. Bibliografia Complementar: <ol style="list-style-type: none"> 4. Tópicos em Clínica Médica. A.C. Lopes. 2003. RJ: Editora MEDSI. 5. Pronto Atendimento em pediatria. L.R.Silva; D.E. Garcia; D.R.Mendonça. 2000. RJ: Medsi | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Atendimento de urgência e emergência III | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 8 | |
| Ementa: Diagnóstico, a prevenção, o tratamento a reabilitação e a promoção da saúde (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de urgência e emergência. | | | |

| |
|---|
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condutas em Urgências e Emergências para o Clínico. V. Golin e S. R. S. Sprovieri. Editora Atheneu. 2. Rezende – Obsterícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan 3. Pronto Atendimento em Pediatria. LR Silva; DE Garcia; DR Mendonça. 2000. RJ: MEDSI <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE. 5. Urgências Clínicas e Cirúrgicas em gastroenterologia e hepatologia pediátricas. L.R. Silva. 2004. RJ: MEDSI. |
|---|

| | | | |
|---|---------------------|-------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: | | Centro: CCS | Carga horária: 136h |
| Práticas integradas em alta complexidade I | | | |
| Modalidade | Função: | Natureza: | |
| Módulo | Profissional | Obrigatória | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | 8 | |
| Ementa: | | | |
| Diagnóstico, a prevenção, o tratamento a reabilitação e a promoção da saúde (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de alta complexidade. | | | |
| Bibliografia Básica: | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Condutas no Paciente Grave. Elias Knobel. (02 volumes), 3ª edição. Editora ATHENEU 2. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elsevier. 3. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan 4. . | | | |
| Bibliografia Complementar: | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 5. Tratado de Cirurgia do CBC. Roberto Saad Jr, et al (Editores). Editora ATHENEU, 2010. 6. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE. | | | |

14° SEMESTRE

| | | | |
|--|---------|-------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Oficinas de Medicina Baseada em Evidências VIII (MBE) | | | |
| Modalidade | Função: | Natureza: | |

| | | |
|---|---------------------|-------------------------|
| Módulo | Profissional | Obrigatória |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 32 |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | |
| Ementa: Estudo de métodos de diagnóstico clínico, análise crítica dos conceitos epidemiológicos e do custo-efetividade das intervenções em saúde para doenças mais prevalentes no país. Busca contínua das bases científicas atuais e avaliando a sua aplicabilidade prática e adequando às particularidades regionais. | | |
| Bibliografia Básica: Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. | | |
| Bibliografia Complementar: ELTCHER, R; FLETCHER, S; WAGNER, E. H. Epidemiologia Clínica: elementos essenciais. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). <i>Epidemiologia</i> . Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição | | |

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nome e código do componente curricular: Terapêutica intervencionista e iatrogenias | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 68 | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | | |
| Ementa: Discussão, análise crítica e treinamento prático em procedimentos cirúrgicos básicos, como sutura, acesso venoso periférico e tratamento de feridas complexas. Abordagem das questões relacionadas ao tratamento cirúrgico das patologias mais prevalentes, suas vantagens, limitações e complicações. Visão ampliada da intervenção médico-cirúrgica formando um profissional responsável e comprometido com seu paciente. Debate sobre segurança no ambiente de trabalho para o doente e os profissionais. | | | |

| |
|---|
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condutas no Paciente Grave. Elias Knobel. (02 volumes), 3ª edição. Editora ATHENEU 2. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER. 3. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elsevier. <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tratado de Cirurgia do CBC. Roberto Saad Jr, et al (Editores). Editora ATHENEU, 2010. 5. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE. |
|---|

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Praticas Integradas em média complexidade VI | | Centro: CCS | Carga horária: 170h |
| Modalidade Módulo | Função: Profissional | Natureza: Obrigatória | |
| Pré-requisito: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | Módulo de alunos: 32 | |
| <p>Ementa: Diagnóstico, a prevenção, o tratamento a reabilitação e a promoção da saúde que assiste nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de média complexidade.</p> | | | |
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rezende – Obsterícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan 2. Pediatria Básica. E. Marcondes; F.A. Costa Vaz; J.L.A. Ramos; Y. Okay. 9ª edição. São Paulo: SARVIER 3. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE. <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tratado de Cirurgia do CBC. Roberto Saad Jr, et al (Editores). Editora ATHENEU, 2010. 5. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER | | | |

| | | | |
|--|---------|--------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: Atividade Prática em Saúde da Família VIII | | Centro: CCS | Carga horária: 170h |
| Modalidade | Função: | Natureza: Obrigatória | |

| | | |
|---|---------------------|-------------------------------|
| Módulo | Profissional | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 8 |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | |
| Ementa: Atividades práticas no âmbito das Equipes de Saúde da Família com foco no diagnóstico, na prevenção, no tratamento a reabilitação e na promoção da saúde da comunidade e indivíduos usuários do Programa de Saúde da Família | | |
| Bibliografia Básica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina Ambulatorial. A.C. Lopes; L.S. Ward; M.L. Guariento. 2006. São Paulo: Editora Atheneu. 2. Contribuições das Especialidades Médicas à atenção primária à saúde. J. Tavares-Neto (Ed). 2006. Salvador: Contexto. 3. Guerreiro AP; Campos GWS. (org.). Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild (Hucitec), 2008, v. 1, p. 283-297. Bibliografia Complementar: <ol style="list-style-type: none"> 4. Tópicos em Clínica Médica. A.C. Lopes. 2003. RJ: Editora MEDSI. 5. CAMPOS GW et al. (org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. | | |

| | | | |
|--|---------------------|-------------------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: | | Centro: CCS | Carga horária: 170h |
| Atendimento de urgência e emergência IV | | | |
| Modalidade | Função: | Natureza: Obrigatória | |
| Módulo | Profissional | | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 8 | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | | |
| Ementa: Diagnóstico, a prevenção, o tratamento a reabilitação e a promoção da saúde (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de urgência e emergência. | | | |

| |
|--|
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condutas no Paciente Grave. Elias Knobel. (02 volumes), 3ª edição. Editora ATHENEU 2. Condutas em Urgências e Emergências para o Clínico. V. Golin e S. R. S. Sprovieri. Editora Atheneu. 3. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE. 5. Urgências Clínicas e Cirúrgicas em gastroenterologia e hepatologia pediátricas. L.R. Silva. 2004. RJ: MEDSI. |
|--|

| | | | |
|---|--------------|-------------------|------------------------|
| Nome e código do componente curricular: | | Centro: CCS | Carga horária: 170h |
| Práticas integradas em alta complexidade II | | | |
| Modalidade | Função: | Natureza: | |
| Módulo | Profissional | Obrigatória | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: | |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO | | 8 | |
| Ementa: | | | |
| Diagnóstico, a prevenção, o tratamento a reabilitação e a promoção da saúde (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia) em serviços de alta complexidade. | | | |
| <p>Bibliografia Básica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condutas no Paciente Grave. Elias Knobel. (02 volumes), 3ª edição. Editora ATHENEU 2. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elsevier. 3. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan <p>Bibliografia Complementar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tratado de Cirurgia do CBC. Roberto Saad Jr, et al (Editores). Editora ATHENEU, 2010. 5. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER | | | |

Componentes Curriculares Optativos do Eixo Ético-Político-Humanístico

| | | |
|----------------------------|---------|----------------|
| Nome e código do Módulo: | Centro: | Carga horária: |
| Segurança Alimentar | CCS | 68 hs (34 EAD) |

| | | |
|--|--------------------|---------------------------------------|
| Modalidade: Módulo | FUNDEO: B7 SICA | Natureza: Optativa |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 20 Turma teórica |
| EMENTA: Estudo da questão alimentar e nutricional no Brasil sob a ótica geográfica, política e econômica; evolução histórica do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no Brasil e no Mundo; análise das dimensões da segurança alimentar e nutricional (disponibilidade, acesso, consumo e utilização biológica dos alimentos); análise das condições de segurança/insegurança alimentar do Brasil, da Bahia e do recôncavo; Estudo da Lei Orgânica de SAN; trajetória e tipologia das políticas implementadas no Brasil no âmbito federal, estadual e local voltadas para promoção da SAN. | | |
| BIBLIOGRAFIA CASTRO, Josué de. Geografia da Fome - dilema brasileiro: pão ou aço. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 7A edição. 2007 MALUF, Renato S. Segurança Alimentar e Nutricional. 2a Edição – Petrópolis-RJ, Ed Vozes, 2009 VALENTE, F. L. S. Direito Humano à Alimentação: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2005. Complementar: GALEAZZI, M. A. (Org.). Segurança Alimentar e Cidadania. Campinas: Mercado de Letras, 1996.. BARROS, R. P. de. Desigualdade e Pobreza no Brasil. Brasília: IPEA, 1993. VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. Para compreender a pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Contraponto/Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. . | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | |

| | | | |
|--|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: Gênero, Raça e Saúde | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | | Natureza: OPTATIVA |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |
| <p>EMENTA:</p> <p>Estudo das dimensões sociais, focalizando os aspectos de “Gênero” e “Raça”, e de seus efeitos enquanto determinantes das condições de saúde e de doença em uma população. Discussão das transformações no processo histórico da construção dos conceitos de “Raça” e “Gênero”, no cenário nacional e internacional. Análise da interseccionalidade e dos mecanismos que promovem desigualdades sociais, de seus determinantes e do impacto de tais fatores na saúde da população brasileira, baiana e do recôncavo. Reflexão sobre as iniquidades em saúde, o papel dos profissionais e das políticas públicas para a redução de tais aspectos. Elaboração de produtos e tecnologias de educação em saúde para a promoção da eliminação das discriminações, estigmas, estereótipos e preconceitos racistas e sexistas.</p> | | | |
| <p>BIBLIOGRAFIA</p> <p>Básica OLIVEIRA, F. Saúde da População Negra. Brasil, ano 2001. Fátima Oliveira, Brasília. OPAS, 2003. NASCIMENTO, Elisa Larkin. O sortilégio da cor: raça e gênero no Brasil. São Paulo: Summus, 2003. GOFFMAN, G. <i>Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada</i>. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 19-20.</p> <p>Complmentar CARONE, i & BENTO, M. A. S. (Org.) <i>Psicologia Social do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil</i>. Petrópolis, RJ: /vozes, 2002. OLIVEIRA, Fátima. <i>Oficinas mulher negra e saúde</i>. Belo Horizonte, Mazza Edições, 1998. BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Org.). <i>Seminário saúde da população negra estado de São Paulo, 2004</i>. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. (Temas em Saúde Coletiva, 3).</p> | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|--|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: Gestão e Participação social no SUS | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | | Natureza: OPTATIVA |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |

EMENTA:

Reflexão sobre a importância do planejamento, monitoramento, avaliação e sistematização de políticas públicas e a apropriação destes instrumentos pelo conjunto dos atores sociais na perspectiva da gestão estratégica e participativa do SUS; Formas de gestão participativa no SUS e análise de experiências relevantes de gestão participativa; análise dos mecanismos, instrumentos e tecnologias de participação na gestão do SUS; participação popular e gestão participativa no SUS; bases conceituais e processos sociais de participação popular, controle social e gestão participativa no campo da saúde.; papel dos movimentos sociais populares, dos espaços colegiados de controle social, de co-gestão; papel dos gestores e do conjunto dos atores para a efetivação da participação popular e da gestão participativa na saúde.

BIBLIOGRAFIA

Básica

Rivera FJU. Agir comunicativo e planejamento social. Rio de Janeiro(RJ): FIOCRUZ. 1995

Schraiber LB (Org.). Programação em Saúde Hoje. 2. ed. São Paulo - SP: HUCITEC, 1993. v. 1. 243 p.

Andrade LOM. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva; 2001.

Complementar

AVRITZER, L. e NAVARRO, Zander (orgs.). *A Inovação Democrática no Brasil*. São Paulo: Cortez, pp.13-60. 2003

DAGNINO, Evelina (org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, pp. 279-301. 2002.

EQUIVALÊNCIA: CCS

| | | | |
|---|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: Política de desenvolvimento socioeconômico e impactos na saúde da população | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OPTATIVA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |
| EMENTA: | | | |
| Análise das políticas de desenvolvimento econômico e social implementadas no Brasil e no Mundo na atualidade e seus impactos na saúde da população. | | | |
| BIBLIOGRAFIA | | | |
| <p>Básica</p> <p>FURTADO, Celso. Brasil: a construção interrompida. 2ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992</p> <p>FIORI, J. L.; MEDEIROS, C. A (Org.). Polarização mundial e crescimento. Petrópolis: Vozes, 2001.</p> <p>Henriques, R. Desigualdade e pobreza no Brasil. IPEA, Rio de Janeiro, 2000</p> <p>Complementar</p> <p>Complementar</p> <p>Vianna MLTW. A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil. Estratégias de Bem-Estar e Políticas Públicas. Revan, Ucam, Iuperj, Rio de Janeiro, 1998.</p> <p>FURTADO, C. Em busca de um novo modelo: reflexões sobre a crise contemporânea. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.</p> | | | |

EQUIVALÊNCIA: CCS

| | | | |
|--|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: Programação Arquitetônica em Unidades de Saúde | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OPTATIVA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |
| <p>EMENTA: Evolução histórica da arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde, suas tipologias e partidos. Partidos arquitetônicos adotados nos dias de hoje. Normas técnicas e seus comentários. Análise de projetos de EAS.</p> | | | |
| <p>BIBLIOGRAFIA</p> <p>Básica GÓES, RONALD DE. <u>Manual Prático de Arquitetura Hospitalar</u>. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. LIDA, Itiro. Ergonomia: projeto e design. São Paulo: Edgard Blücher, 1990. 465p.</p> <p>Complmentar BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual de orientação para planejamento, programação e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (Série Saúde & Tecnologia), Brasília, 1996.</p> <p>Complementar MIQUELIN, Lauro Carlos. Anatomia dos edifícios hospitalares. 2.ed. São Paulo: Cedas, 1992. 241p ESPAÇO SAÚDE. Relatório de atividades do Grupo Espaço Saúde. Rio de Janeiro: Espaço Saúde/FAU/UFRJ, 2003.</p> | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|--|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: Intersetorialidade e Integralidade na Organização dos Sistemas de Saúde | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OPTATIVA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |

EMENTA:

Estudo da intersectorialidade, integralidade e equidade como princípios de justiça social na garantia do direito à saúde; concepção de integralidade e intersectorialidade como princípios transversais de organização das ações e dos serviços e redes de saúde. Análise de experiências relevantes desta temática nos serviços, na formação, na gestão, participação, controle social e nos movimentos sociais.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia Básica

PINHEIRO, R, MATTOS, R. A de. Os Sentidos da INTEGRALIDADE: na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. ISBN 85-89737-34-9.

ANDRADE, L O M de. A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade. São Paulo : Editora: HUCITEC, 2006.

PINHEIRO, R, MATTOS, R A de (org). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.

Complmentar

PINHEIRO, Roseni, SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da, MATTOS, Ruben Araujo de, (org). Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360 p. ISBN: 978-85-89737-46-3.

Bibliografia complementar

Costa, N.R. & Ribeiro, J.M. org. *Política de saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro, SDE/ENSR 1996.

PINHEIRO, R, MATTOS, R A de (org). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. -Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484 p. ISBN: 85-89737-32-2..

EQUIVALÊNCIA: CCS

| | | | |
|---|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: BIOESTATÍSTICA | | Centro: CCS | Carga horária: 68h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OPTATIVA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |
| <p>EMENTA: Conceitos básicos da estatística. Bioestatística: conceito, usos e aplicações. Análise descritiva e analítica de dados. Noções básicas de inferência estatística. Medidas de tendência central e de dispersão. Estudo das distribuições normal. Discussão sobre o conceito de probabilidade. Compreensão dos usos dos testes estatísticos de hipótese</p> | | | |

BIBLIOGRAFIA

Básica

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.

RODRIGUES, P. C. **Bioestatística**. 3 ed. Niterói: EdUFF, 2002.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. **Introdução à estatística médica**. Belo Horizonte: Departamento de Estatística, UFMG, 1999.

Complementar

JEKEL, J. F. KATZ, D.L. ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

| | | | |
|---|--------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: Etnicidade, Religiosidade e Saúde | | Centro: CCS | Carga horária: 68 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNDEO: B7 SICA | Natureza: Optativa | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 Turma teórica | |
| <p>EMENTA: Compreensão das especificidades relacionadas às questões da Etnicidade e da Religiosidade no campo da Saúde Coletiva. Enfoca o debate sobre o papel das religiões na saúde de indivíduos ou grupos; o processo de evolução das discussões entre Religião e Ciência; o campo de discussões entre Raça X Etnia e os grupos étnicos, suas fronteiras, além das questões contemporâneas da Etnicidade no mundo, no Brasil, na Bahia e no Recôncavo.</p> | | | |
| <p>BIBLIOGRAFIA</p> <p>Básica</p> <p>ELIADE, Mircea. O Sagrado e o Profano: a essência das religiões. São Paulo: Martins Fontes, 1992.</p> <p>POUTIGNAT, Philippe. Teorias da Etnicidade. seguido de Grupos Étnicos e suas Fronteiras de Frederik Barth. São Paulo. Fundação Editora da UNESP, 1998.</p> <p>VASCONCELOS, Eymar M. A Espiritualidade no Trabalho em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.</p> <p>Complementar</p> <p>DURATE, Luiz Fernando D (org.) Família e Religião. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006.</p> <p>MONTERO, Paula. Da Doença à Desordem: a Magia na Umbanda. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.</p> <p>STRAUSS, Levi. O Feiticeiro e sua Magia. In: Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 6 ed. 2003.</p> | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

Componentes Optativos do eixo ético-humanístico-social

| | | | |
|--|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: HISTÓRIA GERAL DA ARTE | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OPTATIVA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |
| <p>EMENTA: Estudo das manifestações artísticas ocidentais no campo das artes visuais, da literatura, da música, das artes cênicas ou do cinema. Considerações acerca de conceitos, periodização, gêneros, estilos e movimentos de um ou dois dos campos citados, considerando formas e sentidos que lhe foram atribuídos por seus contemporâneos sociedades posteriores.</p> | | | |
| <p>BIBLIOGRAFIA</p> <p>Básica ARCHER, Michael. Arte Contemporânea: uma história concisa. Tradução Alexandre Krug e Valter Lellis Siqueira. São Paulo: Martins Fontes, 2001. ARGAN, Giulio Carlo. Arte Moderna. São Paulo: Cia. das Letras, 1999. JANSON, A. F. Iniciação à História da Arte. São Paulo: Martins Fontes ed., 1990.</p> <p>Complementar GOMBRICH, E. H. A História da Arte. Rio de Janeiro: LTC, 1999. JOLY, M. A linguagem da arte. Campinas: Papyrus, 1996.</p> | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|--|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: CULTURA E ARTE BRASILEIRA | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OPTATIVA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |
| <p>EMENTA: A idéia de construção da Nação Brasileira e representações. Identidade e diversidade cultural. Estudo da cultura e da arte brasileiras em diferentes contextos histórico-sociais: sociedade colonial, o século XIX e o século XX. Arte e cultura brasileiras na atualidade. Valores culturais e estéticos.</p> | | | |

BIBLIOGRAFIA

Básica

D'ARAÚJO, Antonio Luiz. Arte no Brasil Colonial. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ORTIZ, Renato. Cultura brasileira e identidade nacional. 4. reimp. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 2003.

REIS, João José; SILVA, Eduardo. Negociação e conflito: a resistência negra no Brasil escravista. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

Complementar

FABRIS, Annateresa. Modernidade e Modernismo no Brasil. Campinas: Mercado de Letras, 1994.

CHAUI, Marilena. Conformismo e resistência. Aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo, Brasiliense, 1986.

CONDURU, Roberto. Arte Afro-Brasileira. Belo Horizonte: C/ Arte, 2007.

EQUIVALÊNCIA: CCS

| | | | |
|---|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: Produção musical brasileira e contexto sócio cultural | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OPTATIVA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |
| EMENTA: História da música popular brasileira e análise do contexto histórico da época; Estilos musicais e influência na constituição sócio cultural do povo brasileiro. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica SEVERINO, J. Uma história da música popular brasileira: das origens a modernidade. Editora 34, 2008. TINHORÃO, J. R. História social da Música Popular Brasileira. Editora 34, 1998. VELOSO, c. Verdade Tropical. Companhia das Letras, 1997. Complmentar Castro, R. A onda que se ergueu no mar: novos mergulhos na bossa nova. Companhia das Letras, 2001. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: Abordagem cinematográfica de temas contemporâneos | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OPTATIVA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |
| EMENTA: Estudo de fatos que marcaram o século XX e XXI, fome e desigualdade social, Globalização na perspectiva de Milton Santos; Violência; Ética. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica JESUS, C. Quarto de Despejo: Diário de uma Favelada. 9ªed. São Paulo: Ática, 2007 BAUMAN, Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. FREITAS, M. C. S. . Agonia da Fome. 01. ed. Rio de Janeiro / Salvador: EDUFBA / Fiocruz, 2003 Complmentar SANTOS, Milton. <i>Por uma outra globalização - do pensamento único à consciência universal</i> . São Pauto: Record, 2000. SANTOS, Milton (1978) <i>Pobreza urbana</i> , Hucitec/UFPE/CNPU, São Paulo, Recife. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|-------------------|----------------|--|
| Nome e código do Componente optativo: Abordagem cinematográfica de temas da saúde | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | | Natureza: OPTATIVA |
| Pré-requisito: | | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica |
| EMENTA: Experiência de adoecimento, sofrimento e morte; A comida e o comer na modernidade; Humanização e saúde. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica SANTOS, L. A, da S. O CORPO, O COMER E A COMIDA: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares do mundo contemporâneo. Salvador: UFBA, 2008. LE GOFF, J. As doenças têm história . Lisboa: Terramar, 1991 Pessini, L. (1999). Eutanásia e as religiões (judaísmo, cristianismo, budismo, islamismo). <i>Bioética</i> , 7(1), 83-100 Complmentar SACKS, O. O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outras histórias clínicas . São Paulo: Companhia das Letras, 1997. Mota, J. A. C. (1999). Quando um tratamento se torna fútil. <i>Bioética</i> , 7(1), 35-40 | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|--|-------------------|---|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: COMUNICAÇÃO | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OPTATIVA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos aula teórica | |
| EMENTA: Estudos sobre a evolução da comunicação humana; Informação e comunicação na era da globalização; Comunicação verbal e não-verbal; Comunicação da perspectiva do outro. | | | |
| BIBLIOGRAFIA Básica ARMAND. "A Globalização da Comunicação", São Paulo, Edusc, 2000 MA BORDENAVE, Juan E. Diaz. O que é comunicação . São Paulo: Brasiliense, 1994. (coleção Primeiros Passos) GIOVANINI, Giovanni.; Trad. Wilma F. R. Carvalho. Evolução da Comunicação : Do Síllex ao Silfício. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987. Complementar AMARAL, Marcio Tavares d'. O homem sem fundamentos: sobre linguagem, sujeito e tempo. Rio de Janeiro: UFRJ – Tempo Brasileiro, 1995. MORAES, Denis (org.). Por uma outra comunicação: mídia, mundialização cultural e poder. Rio de Janeiro: Record, 2003. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|---|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: VEÍCULOS DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OPTATIVA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |
| EMENTA: Estudos sobre a educação visual e a memória produzida pelas imagens e sons da televisão e do cinema para subsidiar o entendimento mais amplo do papel desses veículos na educação cultural, científica e política das pessoas | | | |

BIBLIOGRAFIA

Básica

MARCONDES FILHO, C. *Televisão: a vida pelo vídeo*. 8ª ed. São Paulo, Ed. Moderna, 1992
SOUSA, M.W. de (org.). *Sujeito, o lado oculto de receptor*. São Paulo, USP/ECA/Brasiliense, 1995.
FISCHER, Rosa Maria Bueno. *Televisão & educação: fruir e pensar a TV*. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

Complentar

CAPPARELLI, Sérgio; SODRÉ, Muniz; SQUIRRA, Sebastião (Orgs.). *A comunicação revisitada*. Porto Alegre: Sulina, 2005
LÉVY, Pierre. *As tecnologias da inteligência*. O futuro do pensamento na era da informática. Trad. Carlos Irineu da Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.
ZIZEK, Slavoj. *Bem-vindo ao deserto do real*. Trad. Paulo Cezar Castanheira. São Paulo: Boitempo, 2003.

EQUIVALÊNCIA: CCS

EQUIVALÊNCIA: CCS

| | | | |
|--|-------------------|--|-----------------------|
| Nome e código do Componente optativo: INTRODUÇÃO AO VÍDEO | | Centro: CCS | Carga horária: 34h |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: OPTATIVA | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos turma teórica | |

EMENTA:

Introdução aos processos e a teoria de captura e edição de vídeo digital. Desenvolvimento de propostas audiovisuais utilizando os recursos do vídeo como suporte. Reflexão crítica sobre o processo de criação e produção do audiovisual.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

ARMES, Roy. *On vídeo - O significado do vídeo nos meios de comunicação*. São Paulo: Summus, 1999.
CARRIÈRE, Jean Claude. **A linguagem do cinema**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.
WATTS, Harris. *On Câmera - O Curso de Prod. de Filme e Vídeo*. São Paulo: Summus, 1990

Complementar:

AUMONT, Jacques et al. *A estética do filme*. São Paulo: Papirus, 1995.
MEADOWS, Eliane. *Roteiro para tv cinema e vídeo*. Rio de Janeiro: Quarteto Editora, 1997.
MACHADO, A. *A arte do vídeo*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

EQUIVALÊNCIA: CCS

| | | | |
|--|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: Orientação profissional | | Centro: CCS | Carga horária: 34 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: Optativa | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 20 Turma teórica | |
| EMENTA: | | | |
| Vivência de um processo de orientação e desenvolvimento de carreiras; Auto-avaliação de potencialidades e preferências dos educandos; Planejamento da vida profissional. | | | |
| BIBLIOGRAFIA | | | |
| Básica | | | |
| BOCK, S. D. Orientação Profissional: A abordagem sócio-histórica. São Paulo: Cortez, 2002. | | | |
| BOHOSLAVSKY, R. Orientação vocacional: a estratégia clínica. São Paulo: Martins Fontes, 2007. | | | |
| LEVENFUS, R. S.; SOARES, D. H. P. (Orgs.), Orientação vocacional ocupacional: Novos achados teóricos, técnicos e instrumentais para a clínica, a escola e a empresa. Porto Alegre: Artmed, 2002. | | | |
| Complementar | | | |
| LISBOA, M. D.; SOARES, D. H. P. (Orgs.). Orientação Profissional em ação – formação e prática de orientadores. São Paulo: Summus, 2000. | | | |
| SOARES, D.H.P. (2002). A escolha profissional: do jovem ao adulto. São Paulo: Summus. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

| | | | |
|--|-------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: Noções básicas de psicologia e psicopatologia | | Centro: CCS | Carga horária: 68 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: Optativa | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos T | |
| EMENTA: | | | |
| Noções de psicologia e de psicopatologia para o profissional da saúde. Os novos desafios impostos pelo mundo moderno nas questões referentes à saúde mental. Interface da psicologia com a atuação do profissional de saúde. Discussão obrigatória sobre as exigências acerca da atividade profissional e a Saúde mental dos trabalhadores da saúde. | | | |

BIBLIOGRAFIA

Básica

Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio M. Matrizes do pensamento psicológico. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

CAMARGO, D.A.de.; NEVES, S.N.H.das. Transtornos Mentais, Saúde Mental e Trabalho. In. GUIMARÃES, L.A.M.G; GRUBITS, S. (Orgs.). **Saúde Mental e Trabalho**, VIII. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005

Complementar

Chiozza, L. (1987). *Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo*. São Paulo: Papyrus.

Kubler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

EQUIVALÊNCIA: CCS

| | | | |
|---|-------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Nome e código do Módulo: Cultura, mídia e sociedade nas práticas de saúde | | Centro: CCS | Carga horária: 68 hs |
| Modalidade: Módulo | FUNÇÃO: BÁSICA | Natureza: Optativa | |
| Pré-requisito: | | Módulo de alunos: 30 alunos | |
| EMENTA: | | | |
| A influência da cultura e da mídia nas práticas de saúde da população brasileira e mundial. A globalização e as questões de saúde. Interesses empresariais e as práticas de saúde. A saúde como um bem social. O conhecimento em saúde como marcador do desenvolvimento de uma sociedade. | | | |
| BIBLIOGRAFIA | | | |
| ORTIZ, R. <i>Mundialização e cultura</i> . 1ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1994. | | | |
| MACHADO, A. <i>A televisão levada a sério</i> . São Paulo: Senac, 2000. | | | |
| <i>Comunicação e Indústria Cultural</i> . (G. Cohn, org.) São Paulo : Cia. Editora Nacional. | | | |
| FEATHERSTONE, m., 1997. <i>O Desmanche da Cultura: globalização, pós-modernidade e identidade</i> . São Paulo: Studio Nobel. | | | |
| ODRIGUES, A. D., 1990. <i>Estratégias de Comunicação - Questão Comunicacional e Formas de Sociabilidade</i> . Lisboa: Editorial Presença. | | | |
| _____, 1994. <i>Comunicação e Cultura - A experiência cultural na era da informação</i> . Lisboa: Editorial Presença.. | | | |
| EQUIVALÊNCIA: CCS | | | |

RECURSOS HUMANOS**Formulário
Nº16**

Um dos pontos relevantes dessa proposta em relação ao quadro de docentes refere-se ao fato do 1º ciclo já está em execução no centro de ciências da saúde e o seu quadro de docentes, em sua grande maioria, constituído por professores efetivos. Os ajustes feitos na proposta inicial do BIS demandam a contratação de 10 docentes com formação em filosofia, sociologia, antropologia, história e letras para constituir o quadro de professores do 1º e 2º semestres, bem como as optativas do eixo ético-humanístico caracterizados pela concentração de componentes das áreas de humanidades, artes, linguagens. Ressalta-se que o formato interdisciplinar do curso demanda a existência de um quadro de professores de diferentes campos disciplinares para garantir o processo de formação proposto tanto nos aspectos metodológicos como na articulação do ensino, pesquisa e extensão. Acrescenta-se que estes docentes serão fundamentais para garantir a oferta de componentes do eixo ético-político-humanístico, no 2º ciclo de formação. Além deste elenco de docentes serão necessários 50 novos professores para integralização do primeiro ciclo (área de concentração) e o segundo ciclo do curso de Medicina. Essa contratação poderá ser escalonada, com 25 professores no início do curso, seguidos de dois blocos de 5 docentes, sucessivamente até completar o quadro.

| CATEGORIA | Nº |
|--|-----------|
| Docentes Efetivos BIS | 10 |
| Vagas de concurso não ocupadas (atualmente ocupadas por Docentes Temporários do BIS) | 06 |
| Necessidade para curso MED/CCS/UFRB | |
| Docentes para BIS (1º ciclo) | |
| Primeiro Ano | 10 |
| Docentes para curso Médico (2º Ciclo) | |
| Primeiro Ano | 20 |
| Segundo Ano | 20 |
| Terceiro/Quarto Ano | 10 |
| Total de docentes | 60 |
| Técnico administrativo | |
| Assistente de administração | 05 |
| Técnicos de laboratório | 15 |

| | |
|---------------------------------|----|
| Total de técnico administrativo | 20 |
|---------------------------------|----|

INFRA-ESTRUTURA**Formulário
Nº17****Unidades Hospitalares e Complexo Assistencial**

Santo Antônio de Jesus constitui pólo regional também na oferta de serviços de saúde e abriga a sede da 4ª Diretoria Regional de Saúde. Possui 134 estabelecimentos de saúde, segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Deste total, 35 encontram-se sob gestão da Secretaria de Saúde do município, distribuídos da seguinte forma: 21 unidades de saúde da família, duas unidades básicas de saúde, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), duas policlínicas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), unidade de Vigilância Epidemiológica, unidade de Vigilância Sanitária, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), unidade móvel terrestre, Centro de Tratamento Alternativo Pró-Vida (CTA Vida).

O Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, inaugurado em 2010, a unidade pertence à rede de hospitais da secretaria estadual de saúde (SESAB) tendo como instituição gestora o Instituto Fernando Filgueiras (IFF), está estruturado com perfil de Hospital de Referência Microrregional de S.A. de Jesus

O HRSAJ funciona com capacidade operacional máxima de 146 leitos, distribuídos nas enfermarias de: Clínica Pediatria (33 leitos), Clínica Cirúrgica (51 leitos), Clínica Médica (36 leitos), Clínica Psiquiátrica (06), e UTI Geral Adulto (20 leitos). Dispõe de Centro Cirúrgico (05 salas), Sala de Endoscopia (02), Centro de Recuperação Pós-Anestésica (CRPA – 05 leitos), Central de Material Esterilizado (CME), Serviços de Farmácia, Lavanderia, Almoarifado, Nutrição, Manutenção Geral e Arquivo de Prontuários de Paciente e Estatística.

Apto para abrigar atividades de ensino e pesquisa, assume o perfil de hospital geral de grande porte, para atendimento de média e alta complexidade, com ambulatório de especialidades, e serviço de diagnose e terapia de alta complexidade.

Tem capacidade para atendimento ambulatorial nas seguintes áreas: Anestesiologia – consulta pré-anestésica; Angiologia clínica e cirúrgica (média complexidade); Cardiologia; Cirurgia Geral; Clínico Geral; Gastroenterologia; Geriatria; Neurologia; Pediatria; Pneumologia; Ortopedia; Urologia e, Cirurgia buco maxilar.

O serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico oferecem: Anatomia patológica; Ecocardiograma; Eletrocardiograma; Holter; MAPA; Teste ergométrico; Endoscopia digestiva alta, retossigmoidoscopia e colonoscopia; Espirometria; Fisioterapia; Laboratório de Análises Clínicas;

Radiologia Convencional e Contrastada; Tomografia Computadorizada; Ultrassonografia com doppler.

A cidade também conta com o hospital maternidade Luiz Argolo referência para a região na área de obstetrícia, com 10 leitos de UTI neonatal. Trata-se de um estabelecimento conveniado com SUS, 163 leitos, destes 156 são leitos SUS. Os leitos estão distribuídos nas seguintes especialidades: cirurgia geral (32), ginecologia (12), clínica geral, UTI neonatal e adulto, obstetrícia cirúrgica, pediatria clínica.

A UFRB possui convênio firmado, tanto com a SESAB, como com o IFF, com Hospital Luiz Argolo e com Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus (Secretaria Municipal de Saúde). Os cursos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia já desenvolvem atividades práticas e de estágio curricular nas unidades gerenciadas pelas instituições citadas.

Laboratório específicos e Salas de aula do CCS

O Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFRB em funcionamento desde 2007 possui infraestrutura adequada de salas de aula todas equipadas com data show, internet e, em algumas salas, existe lousa eletrônica. Em processo de construção estão os prédios de laboratório da área das ciências biológicas (com instalações modernas e adequadas aos padrões de segurança e qualidade), de sala de aulas, de auditório, laboratório de pesquisa (com biotério) e biblioteca. Dessa forma, pode-se perceber que o CCS ainda encontra-se em fase de estruturação da sua estrutura física, contudo, a comissão do MEC, para fins de reconhecimento do Curso de Bacharelado Interdisciplinar, ao avaliar a estrutura atualmente disponível no campus atribuiu conceito 4 para dimensão instalações físicas.

Contudo, o CMed/CCS/UFRB significa ampliação da oferta de vagas e, portanto, demanda a construção de um pavilhão de aulas com as seguintes especificações:

20 salas de aula de 50m²;

01 laboratório de informática;

15 gabinetes de professores;

01 sala de reuniões de 50 m² e

01 auditório para 200 pessoas

01 sala de vídeo conferência.

Laboratórios

Para a execução do Curso médico no CCS é necessário a construção de laboratórios para atender componentes curriculares da área de concentração saúde-enfermidade-cuidado e laboratórios específicos para curso de medicina.

Laboratórios área de concentração saúde-enfermidade-cuidado

LABORATÓRIO 01 – Morfofuncionais I, II, III (projeto em construção)

LABORATÓRIO 02 – Biointeração (projeto em construção)

LABORATÓRIO 03 – Fisiologia e Farmacologia (projeto em construção)

Laboratório de Simulação (LABSIM)

A simulação em manequins no ensino de medicina oferece a oportunidade ao aluno e residente de medicina de práticas em um ambiente próximo do real assegurando que as ações serão executadas de forma segura no ser humano, quando forem necessárias. Destaca-se como vantagens adicionais sobre a prática tradicional de ensino, como:

- aprendizado seguro e ético, sem danos ao indivíduo;
- treinamento direcionado ao problema acadêmico;
- possibilidade de repetições de procedimentos sem exposição do paciente;
- oportunidades de uma segunda opinião;
- diminuição no custo do atendimento.

Para criar um Laboratório de Habilidades é necessária a concepção de uma planta que disponha de um espaço físico composto por várias salas pequenas (estações), separadas por vidros e interligadas, a fim de possibilitar treinamentos com no máximo oito estudantes, um professor

e um monitor. O LABSIM deve ser constituído de seis dependências Além de um amplo auditório, de onde todos os procedimentos podem ser acompanhados através de um telão, o laboratório tem duas salas de simulação avançada com equipamentos multimídia, através dos quais os acadêmicos podem também acompanhar, em áudio e vídeo, todos os procedimentos realizados e inclusive interagir com o professor no momento do atendimento simulado. Possui ainda uma sala de pediatria e obstetrícia, dois ambulatórios com salas de observação e acompanhamento, nas quais, sem serem vistos, os alunos presenciam todo o atendimento simulado através de um espelho, e uma enfermaria.

O mobiliário para cada sala deve ser constituído de macas, bancos, negatoscópios, quadros brancos e outros acessórios que permitam simular desde cenários como um consultório médico a salas de um centro cirúrgico ou de uma unidade de terapia intensiva, por exemplo.

A estrutura física do laboratório deve ser um local arejado e seguro.

Tipos de manequins:

1. Treinamento de propedêutica médica - simuladores que permitem o treinamento de auscultas normais e patológicas, palpções, etc.
2. Habilidade de Comunicação - sistema de áudio e vídeo, além de mobiliário que permitam transmitir a imagem e som de uma sala (estação) onde um aluno entrevista um paciente simulado e de outra sala onde alunos acompanharão a anamnese e depois a discutirão com seus preceptores.

3. Aquisição de vários modelos de manequins (confeccionados em silicone), nacionais e importados, para treinar todas as habilidades necessárias à formação do médico generalista, como punção venosa superficial e profunda, cateterismo vesical, toracocentese e exame ginecológico, entre outras.

Além de manequins equipados com simulador completo de gerenciamento de vias aéreas adulto, cabeça de entubação para treinamento de suporte avançado, manequim de entubação recém nascido, manequim bebê RN completo para treinamento de reanimação, simulador de sinais vitais, simulador de punção venosa e arterial e manequim de simulação de trauma crânio encefálico que permite ao aluno diagnosticar fratura de base de crânio, fratura nasal, fratura bilateral da mandíbula, fratura de sexta vértebra cervical, alteração de pupilas, hemotímpano e desvio de traquéia.

4. Simuladores computadorizados de alta tecnologia permitem alta fidedignidade do que reproduzem e grande versatilidade de uso, sendo mais bem utilizados no internato para simular cenários de trauma e de medicina intensiva.

5. Equipamentos, tubos e cateteres para treinar as mais variadas habilidades

**ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO
PEDAGÓGICO E DA APRENDIZAGEM****Formulário
Nº 18**

Aprender é, também, poder mudar, agregar, consolidar, romper, manter conceitos e comportamentos que vão sendo construídos e reconstruídos nas interações sociais. Assim, a aprendizagem pode ser entendida como processo de construção de conhecimento, em que o aluno estrutura suas relações na interação com os outros alunos, professores, fóruns de discussão, pesquisadores.

A avaliação deve subsidiar todo o processo de formação, fundamentando novas decisões, direcionando os destinos do planejamento e reorientando-o, caso necessário. Dentro da visão de que aprender é construir o próprio conhecimento, a avaliação assume dimensões mais abrangentes. Assim, deve ser um mecanismo constante de retroalimentação, visando à melhoria do processo de construção ativa do conhecimento por parte de gestores, educadores, educandos e servidores técnico administrativos.

7.5. PERFIL DO EDUCANDO

A aprendizagem implica redes de saberes e experiências que são apropriadas e ampliadas pelos educandos em suas relações com os diferentes tipos de informações. Nesse sentido, o educando deve ser mobilizado para sair do papel de receptor passivo, mediante o desenvolvimento de pesquisa e mudança de atitude em relação ao consumo da informação, para que, assim, possa se tornar um sujeito da aprendizagem. Para que isso ocorra é fundamental a disseminação de uma cultura investigativa, a possibilidade de estabelecer trocas e o diálogo entre várias áreas do conhecimento e os vários recursos de informação.

Como sujeito ativo do processo de aprendizagem, o educando deve ser acompanhado e motivado a desenvolver a autonomia nas suas escolhas e direcionamentos durante o curso, visto que essa é uma condição básica para a consolidação da sua competência para aprender a aprender. A conquista de tal competência é absolutamente necessária a sujeitos que atuarão em uma realidade complexa em permanente transformação, como é o campo da saúde, e que terão de enfrentar as novas situações e problemas que estarão sempre emergindo nas experiências de trabalho. Assim, será possível para o educando se posicionar mediante a escolha de componentes curriculares, dentre uma proporção significativa de conteúdos de natureza optativa durante o curso, possibilitando-lhe definir, em parte, o seu percurso de aprendizagem, bem como reduzir ao indispensável a exigência de pré-requisitos.

Na relação com colegas, assim como docentes e servidores técnico-administrativos, é fundamental que o discente esteja aberto à interação, ao compartilhar, ao respeito, à diferença, ao desenvolvimento da habilidade de lidar com o outro em sua totalidade, incluindo suas emoções. Entende-se que a vivência de ser universitário deve ser experienciada em sua plenitude, envolvendo a participação em entidades de categoria, instâncias decisórias, grupos de pesquisa, projetos de extensão, eventos sócio-culturais e artísticos, entre outros fóruns de discussão e diferentes atividades.

É importante ter como referência que a avaliação dos educandos deve estar pautada tanto no processo de aprendizagem (avaliação formativa), como no seu produto (avaliação somatória). Na avaliação do processo, tem-se como meta identificar as potencialidades dos educandos, as falhas da aprendizagem, bem como buscar novas estratégias para superar as dificuldades identificadas. Para acompanhar a aprendizagem no processo, o educador pode lançar mão de atividades e ações que envolvam os educandos ativamente, a exemplo de seminários, relatos de experiências, entrevistas, coordenação de debates, produção de textos, práticas de laboratório, elaboração de projetos, relatórios, memoriais, portfólios, dentre outros.

Já na avaliação dos produtos, devem-se reunir as provas de verificação da aprendizagem ou comprovações do desenvolvimento das competências. O objetivo dessas provas é fornecer elementos para que o educador elabore os argumentos consistentes acerca do desempenho e da evolução dos educandos. Esses instrumentos de avaliação podem ser questionários, exames escritos com ou sem consulta a materiais bibliográficos, arguições orais, experimentações monitoradas em laboratórios, relatórios e descrições de processos produtivos, visitas, elaboração de pôsteres ou outros materiais para apresentação, fichas de aula, instrumento de auto-avaliação, relatórios de estágio e monografias, além de avaliações integrativas que envolvam os saberes trabalhados por Eixo. Ao pontuar o produto, o docente deve explicitar com clareza os critérios adotados quanto aos objetivos esperados.

A avaliação do rendimento acadêmico ocorrerá mediante a atribuição de notas. Nas avaliações formativas serão atribuídas as notas correntes no Regimento da Universidade e estabelecidos pareceres de acompanhamento, em comum acordo com o educando, indicativos ao educador das UPP subsequentes. Todos os instrumentos de avaliação serão utilizados do início ao final do curso

A aprovação está vinculada ao desempenho satisfatório em todas as atividades curriculares, o que significa o alcance de médias sete, em uma escala de zero a 10, e ao cumprimento de 75% de presença em cada atividade curricular por UPP. A aprovação no curso dará por aprovação em todas as UPP, respeitado o prazo máximo de integralização.

7.6. ATRIBUTOS DO EDUCADOR

Grande parte do êxito dessa proposta dependerá do perfil dos educadores que assumirão o desafio de formar médicos com a visão, qualificação e comprometimento já descritos. Portanto, é essencial que a Universidade dedique especial atenção ao processo de seleção, capacitação e avaliação desses docentes. Recomendamos, inclusive, a revisão do modelo de concurso implementado pela UFRB, semelhante ao da maioria das universidades brasileiras – muito mais por tradição e inércia de que por mérito – uma vez que o mesmo não permite avaliar dimensões fundamentais do candidato, a exemplo de suas competências interpessoais e habilidades para trabalhar em equipe.

O perfil almejado para o docente do curso médico é de um profissional com boa formação médica e visão epidemiológica, consciente de seu papel como exemplo e modelo na formação dos educandos, principalmente do ponto de vista ético, da responsabilidade social e da tolerância cultural. Deve demonstrar experiência e interesse na atuação como docente na graduação, e compromisso em atuar como tutor e supervisor das práticas, incluindo as indispensáveis reflexões

éticas sobre a atuação do médico. Proficiente nas competências humanas e interpessoais, que irão se refletir em suas interações com discentes, colegas docentes do CCS, profissionais de outras áreas, bem como no intenso trabalho em equipe que um curso recém-implantado requer. Seu papel será muito mais de facilitador, mentor e referência ética do que transmissor de conteúdos.

Além das competências, habilidades e experiências específicas ao papel docente, espera-se que o professor do curso médico possua os mesmos valores, competências e habilidades anteriormente descritos no perfil do egresso. Por exemplo, é de fundamental importância que sejam educadores que se percebem como aprendizes e estão em permanente processo de aprimoramento pessoal e aprendizado científico, inclusive testando e aperfeiçoando seus métodos de ensino. São pessoas abertas à inovação e à atualização pedagógica.

A capacidade de análise crítica de trabalhos e evidências científicas e a experiência com Medicina Baseada em Evidências são também relevantes no perfil almejado.

Nessa perspectiva, o docente deve desenvolver ações de ensino que impliquem os alunos como sujeitos ativos e interativos no processo formativo, orientando-os acerca de diferentes caminhos de busca, comparação, escolha e análise das informações. Essa postura mediadora visa construir uma nova relação com o conteúdo abordado, reconhecendo que o contexto da informação, a proximidade com o cotidiano, a aplicação prática, a valorização do saber do aluno e as conexões entre as diversas disciplinas ampliam as potencialidades da formação superior, em uma perspectiva de construção do conhecimento.

Todo esse processo deve ser baseado no diálogo e no respeito entre educador e educandos, estruturando relações justas, sérias, humildes, generosas, em que a autoridade dos educadores e a liberdade dos educandos se assumem eticamente. Nessa perspectiva, o ensino dos conteúdos não deve se dar alheio à formação ético-política, o que implica testemunho ético e posicionamento político do docente, enquanto sujeito de opções.

Diante dessa proposta, faz-se necessário pontuar que, para o adequado desenvolvimento dessas novas atribuições, o educador deve ser inserido em processos formativos, norteados pela valorização da prática cotidiana, privilegiando saberes já construídos e desenvolvendo possibilidades de refletir sobre a própria prática. Assim, será possível identificar avanços, zonas de dificuldades e nós críticos na relação ensino-aprendizagem, bem como formular caminhos de transformação da docência universitária. Tomar a própria prática como ponto de partida para empreender transformações no cotidiano do ensinar e aprender na Universidade se coloca como eixo estruturante para o processo formativo e de desenvolvimento docente.

Faz-se necessário também, o monitoramento da atuação e aprimoramento do docente, de modo a garantir que o mesmo continue sempre aprendendo, testando e aprimorando seus modelos de ensino, predisposto à atualização pedagógica.

O educador deve adotar uma postura facilitadora/mediadora no processo ensino-aprendizagem, estruturando cenários de aprendizagem que sejam significativos e problematizadores para o campo da saúde.

O educador deve buscar desenvolver uma prática educativo-crítica, visto que ensinar é criar possibilidades para a produção/construção do conhecimento e não, apenas, transferir conhecimento. Para alcançar tal intento, é importante aguçar a curiosidade do educando,

reforçando sua capacidade crítica e estimulando-o a arriscar-se e aventurar-se. No processo formativo, o saber ingênuo (curiosidade ingênua) deve ser superado pelo saber produzido através do exercício da curiosidade epistemológica, metodicamente rigorosa. Assim, o educando vai sendo inserido no ciclo gnosiológico (Freire, 1996), isto é, estimulado a se apropriar do conhecimento existente e iniciado no processo de produção do conhecimento ainda não existente mediante a participação em pesquisas científicas.

Dessa forma, estar-se-á contribuindo para o desenvolvimento de estilos e estratégias de estudo, pesquisa e socialização do que foi apreendido. Acrescenta-se, também, o esforço em propiciar situações de aprendizagem que sejam mobilizadoras da produção coletiva do conhecimento. Isso implica na escolha de estratégias metodológicas que priorizem a participação, interação e construção compartilhada de conhecimentos.

Conforme o Projeto Pedagógico, os educadores poderão desempenhar o papel de: facilitadores nas atividades de ensino, pesquisa e extensão; consultores; autores das situações simuladas da prática; articuladores das situações de interação do ensino com a gestão do SUS, com os serviços de saúde público-estatais e privado-suplementares e com o controle social na saúde; avaliadores; gestores do colegiado do curso; gestores das UPP; gestores de núcleos de apoio.

Quanto à carga horária dos educadores, é importante destacar que duas horas semanais serão dedicadas à avaliação e planejamento coletivo dos processos, com vistas a garantir a articulação entre os Módulos, proposta nos Programas de Aprendizagem. Quando necessário esta carga horária poderá ser utilizada para realizar atendimento individual ou em grupo aos educandos.

7.7. AVALIAÇÃO DO CURSO

7.7.1. Perfil socioeconômico dos ingressantes

Para cada turma ingressante no BIS será aplicado um questionário socioeconômico, mediante o qual se buscará reunir informações sobre os educandos, possibilitando que se conheça melhor a sua origem social, a renda média de sua família, a escolaridade de seus pais, a sua cor/raça, os seus hábitos de leitura e de estudo, as suas necessidades de trabalhar ou não para sustentar a sua permanência no curso, os seus interesses culturais, as motivações que os trouxeram a universidade e ao BIS, suas expectativas em relação ao BIS, sua concepção de universidade, os seus espaços preferidos de convívio, as suas imagens de futuro. Com isso teremos um importante perfil dos ingressantes, que será uma importante ferramenta para planejamento das atividades acadêmicas.

7.7.2. Avaliação de processos

Semestralmente serão utilizadas metodologias quantitativas (questionário estruturado) e qualitativas (grupo focal) para implementar uma avaliação dos educadores acerca do curso, assim como identificar o grau de satisfação dos educandos com o curso e o que eles pensam e dizem de seus educadores, das suas atitudes, do seu comportamento e da sua capacidade, dos Programas de Aprendizagem, da qualidade das estratégias de ensino, das instalações físicas, da qualidade das salas de aula, do funcionamento dos laboratórios didáticos e de pesquisa, da atualidade e da

disponibilidade do acervo bibliográfico, da articulação entre os módulos do curso, da utilidade do projeto pedagógico para as suas pretensões de formação, entre outras.

7.7.3. Avaliação do desempenho dos educandos

As notas, que refletem o desempenho dos educandos nas avaliações realizadas, irão permitir que o colegiado do curso realize estudos no sentido de verificar o grau de domínio que esses adquiriram acerca dos diversos saberes e conteúdos previstos em cada Eixo Integrativo do curso. Com essa análise, será possível identificar lacunas e dificuldades no processo ensino-aprendizagem, avaliar e planejar coletivamente estratégias de superação. Outra forma de avaliação do curso será a aplicação de uma prova anual que visa obter informações acerca do alcance dos objetivos e competências estabelecidos nesse projeto.

7.7.4. Avaliação dos concluintes

Para os concluintes, será aplicado um questionário com a finalidade de identificar a opinião dos educandos em relação a itens que foram investigados no seu ingresso na universidade (os seus interesses culturais, satisfação em relação ao curso e à *universidade*, sua concepção de universidade, os seus espaços preferidos de convívio, suas imagens de futuro etc.).

ANEXOS

- i. Regulamento de Estágio Curricular**
- ii. Regulamento de Trabalho de Conclusão de Curso
Regulamento de Atividades Complementares**
- iii. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em
Medicina (2001)**
- iv. Referenciais orientadores para os bacharelados
interdisciplinares e similares (2010).**
- v. Referências Bibliográficas para construção do PPC**
- vi. Instrumentos de Ensino**

UFR

Ane

ALMEIDA-FILHO

ANASTASIOU, Léa

Anastasiou Léa,

pressupostos par

Araújo, Alessandro

E TEMPORALIDA

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde,

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde,

Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010 population census. <http://www.censo2010.ibge.gov.br> (acesso em 15 de março de 2011) (em Português).

Brasília: Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. 2009 higher education census. <http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/default.asp> (acesso em 15 de março de 2011) (em Português).

Brazil. Federative republic of Brazil: 1998 Constitution with 1996 reforms. November, 2008. <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Brazil/english96.html> (acesso em 15 de março de 2011).

Briani M C. O ensino médico no Brasil está mudando? Rev Bras Educ Med; 25(3): 73-77, 2001.

Christante L, Ramos M P, Bessa R, Sigulem D. O papel do ensino a distância na educação médica continuada: uma análise crítica. Rev Assoc Med Bras; 49(3): 326-9, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> Acesso: 20/11/11

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> Acesso: 20/11/11

Costa N M S C. Docência no Ensino Médico: por que É Tão Difícil Mudar? Rev Bras Educ Med; 31(1):21-30, 2007.

CREMEB. Apenas 34% dos médicos atuam no interior da Bahia. Vida & ética - Revista do Cremeb . ano 1 - nº 2 . Abr / Mai / Jun 2010.

DATASUS.

http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=13825476000103&VEstado=29&VNome=PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DE JESUS. Acesso: 20 de outubro 2011.

Deluiz, Neise. **O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo.** <Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>> Acesso: 23/01/2012.

Farias L O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):405-416, 2001.

Franco G P, Barros A L B L, Nogueira-Martins L A. Qualidade vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem; 13(2):139-44, 2005.

Furtado E S, Falcone E M O, Clark C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação em Psicologia*, 7(2), p. 43-51, 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Indicadores Sociodemográficos de Saúde no Brasil, Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 25. Rio de Janeiro, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Laboratórios específicos de medicina (não é necessário? Se sim, quais lab? Quais matérias?**

Kerr-Corrêa F, Andrade A G, Bassit A Z, Boccuto N M V F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. *Rv Bras Psiquiatr*, 21 (2): 95-100, 1999

Kloetzel K, Bertoni A M, Irazoqui M C, Campos V P G, Santos R N. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(3):623-628, 1998.

Lopes AA. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. *Rev Assoc Med Bras* 2000; 46: 285-288.

McManus C, Vicent C. Selecting and educating safer doctors. In: *Medical Accidents*. Vicent C, Ennis M, Audley RJ (editors). Capítulo 06, 1ª edição. Oxford University Press, New York, 1993.

Laboratórios específicos de medicina (não é necessário? Se sim, quais lab? Quais matérias?

Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 86 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://www.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf Acesso: 20/11/2011

Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 86 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://www.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf Acesso: 20/11/2011

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/ CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/ Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília 2001 Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf. Acesso: 20/11/2011

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/ CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/ Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília 2001 Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf. Acesso: 20/11/2011

Ministério da Saúde, Ministério da Educação. National programme for reorientation of professional formation in health. 2007. http://prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf (acesso em 11 de janeiro de 2011) (em Português).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1529 (acesso em 8 de janeiro de 2011) (em Português).

Ministério de Saúde. DataSUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def> (acesso em 7 de janeiro) (em Português).

Morita MC, Haddad AE, de Araújo ME. Current profile and trends of the Brazilian dentist-surgeon. Maringá: Dental Press International, 2010. http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/PERFIL_CD_BR_web.pdf (acesso em 10 de janeiro de 2011) (em Português).

Nassif AC (2010) (Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/quem.php>)

Nogueira-Martins L A. Saúde Mental dos profissionais de saúde. Rev Bras Med Trab; 1(1): 56-68, 2003.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet 2011; publicado online em 9 de maio. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PERRNOUD, Perrenoud. **O que fazer da ambigüidade dos programas escolares orientados para as competências?** <Disponível em: http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2002/2002_28.rtf> Acesso em: 23/01/2012.

Póvoa L, Andrade M V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad. Saúde Pública, 22(8):1555-1564, 2006.

RAMOS, Marise Nogueira. **A Pedagogia das Competências e a Psicologia das Questões Sociais.** <Disponível em: <http://www.senac.br/INFORMATIVO/BTS/273/boltec273c.htm>> Acesso em: 23/01/2012

Santos BdS, Almeida-Filho N. The university of the 21st century: towards a new university. Coimbra: Almedina Press, 2008. <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/A%20Universidade%20no%20Seculo%20XXI.pdf> (acesso em 15 de março de 2011) (em Português).

SIÈCOLA, Marcia. **A CONCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA: REFLEXÕES SOBRE O CONCEITO.** <Disponível em: <http://www.santacruz.br/v3/revistaacademica/12/cap10.pdf>> Acesso em: 23/01/201

Silva, Wellington dos Santos; Klautau-Guimarães, Maria de Nazaré; Grisolia, Cesar Koppe. β -globin haplotypes in normal and hemoglobinopathic individuals from Recôncavo Baiano. Genetics and Molecular Biology, 33, 3, 411-417 (2010).

Spink MJP, Bernardes JdS, Menegon VSM, Santos L, Gamba AC. The engagement of psychologists in SUS-related health services: subsidies to understand dilemmas of the practice and the challenges of professional education. In: Spink MJP, eds. Psychology in dialogue with the SUS: professional practice and academic production. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007: 53-80. http://www.abepsi.org.br/web/Relatorio_pesquisa_ABEP.pdf (acesso em 15 de março de 2011) (em Português).

Tomasi E, Sant'Anna G C, Oppelt A M, Petrini R M, Pereira I V, Sassi B T. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol ; 10(1): 66-74, 2007.

Troncon L E A, Figueiredo J F C, Rodrigues M L V, Peres L C, Cianflone A R L, Picinato C E e Colares M F A. Implantação de um programa de avaliação terminal do desempenho dos

graduandos para estimar a eficácia do currículo na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Rev Ass Med Brasil; 45(3): 217-24, 1999.

UNESCO, 2009. Conferência Mundial sobre Ensino Superior: As Novas Dinâmicas do Ensino Superior e Pesquisas para a Mudança e o Desenvolvimento Social Disponível em: <http://aplicweb.feevale.br/site/files/documentos/pdf/31442.pdf>. Acesso: 23/11/2011

UNESCO, 2009. Conferência Mundial sobre Ensino Superior: As Novas Dinâmicas do Ensino Superior e Pesquisas para a Mudança e o Desenvolvimento Social Disponível em: <http://aplicweb.feevale.br/site/files/documentos/pdf/31442.pdf>. Acesso: 23/11/2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB, Estatuto da UFRB. Cruz das Almas, 2005. Disponível em: <http://www.ufrb.edu.br/portal/a-ufrb/estatuto><http://www.ufrb.edu.br/portal/a-ufrb/pdi>. Acesso: 18 de outubro de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB, Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) 2010-2014. Cruz das Almas, 2009. Disponível em: <http://www.ufrb.edu.br/portal/a-ufrb/pdi>. Acesso: 17 de outubro de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB, Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Santo Antônio de Jesus, 2009. Disponível em: <http://www.ufrb.edu.br/bis/index.php/sobre><http://www.ufrb.edu.br/portal/a-ufrb/pdi>. Acesso: 18 de outubro de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA -UFRB, Caminhos, história e memórias. Cruz das Almas, 2010. Disponível em: <http://www.ufrb.edu.br/portal/a-ufrb/livro-ufrb-5-anos>. Acesso: 17 de outubro de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB. Subsídios para criação e implantação a partir do desmembramento da Escola de Agronomia da Universidade Federal da Bahia. Disponível em: http://ufrb.edu.br/agencia/component/docman/cat_view/88889024-projeto-de-criacao-da-ufrb. Acesso> 16 de outubro 2011.

Victoria CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

Wissenbach, Tomás Cortez. A emancipação política da América portuguesa no Recôncavo Baiano: Estudo de Geografia Histórica. Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina, 2005, Universidade de São Paulo.

Zonta R, Robles A C C, Grosseman S. Estratégias de Enfrentamento do Estresse Desenvolvidas por Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina Rev Bras Educ Med; 30(3):147-153, 2006.

Anexo 7 – Instrumento de ensino

Anexo 1**I. POPE NO CONTEXTO DA COMUNIDADE**

Data da observação inicial: ___/___/___

Descrição da comunidade: Localização geográfica, média e mediana de idade e outros indicadores sociodemográficos

Quadro 1. Exemplo de lista de problemas identificados na comunidade.

| | |
|------------|--------------------------------|
| Problema 1 | Dependência de Cocaína / Crack |
| Problema 2 | Alcoolismo |
| Problema 3 | Diabetes Mellitus |
| Problema 4 | Obesidade |
| Problema 5 | Diarreia Aguda em Crianças |
| Problema 6 | Hipertensão Arterial |

Uma descrição e ações para cada problema no contexto do SOAP. Cada letra da sigla SOAP se refere a um dos quatro aspectos das notas dos dados iniciais e da evolução, ou seja, os dados subjetivos (S) ou queixas, os dados objetivos (O), a avaliação (A) e o planejamento (P).

Quadro 2. Exemplo de notas para dois problemas identificados na comunidade**Problema 1 – Dependência de Cocaína/Crack**

- S O que a comunidade refere em relação ao problema
- O Indicadores de saúde relacionados com o problema
- A Avaliação / Diagnóstico / Causas do Problema
- P Plano para a solução / controle do Problema

Problema 2 – Alcoolismo

- S O que a comunidade refere em relação ao problema
- O Indicadores de saúde relacionados com o problema
- A Avaliação / Diagnóstico / Causas do Problema
- P Plano para a solução / controle do Problema

Cada problema deve ser acompanhado e os dados evolutivos registrados seguindo o contexto do SOAP. Deve ser fornecidas informações no sentido de atualizar a situação de cada problema em resposta as ações adotadas para solução e controle.

Anexo 2

II. POPE NO CONTEXTO DA FAMÍLIA

O núcleo familiar será constituído de todas as pessoas vivendo no âmbito do domicílio.

Deve ser descrito o ambiente domiciliar no que diz respeito a saúde, ex., as condições sanitárias.

A situação de saúde de cada membro no contexto do SOAP

Exemplo de notas para dois membros de uma mesma família**Membro #1 : Nome, data de nascimento....**

Problema # 1 Ex., Diabetes Mellius

Problema # 2:Ex., Obesidade

S O que refere em relação ao problema ou aos problemas

O Sumário de Dados de Exame Clínico, Laboratório e Tratamento relacionados com o(s) problemas

A Avaliação da situação dos problemas. Os diagnósticos estão esclarecidos? Os problemas estão controlados?

P Planos incluindo educacional visando a aderência e controle adequado do Problema

Membro #2 : Nome, data de nascimento....

Problema # 1 XXXXXXXXXXXXX

Problema # 2:XXXXX XXXXX

S XXXXX XXXX XXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

O XXXXX XXXX XXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

A XXXXX XXXX XXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

P XXXXX XXXX XXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Anexo 3

Itens do POPE no Prontuário do Paciente

1. Folha de Frente do POPE
2. Observação Clínica Inicial
 - 2.1. Dados do Exame Clínico da Admissão
 - 2.2 Lista de Problemas
 - 2.3 Formulação Diagnóstica
 - 2.4 Planos
 - 2.4.1 Diagnóstico
 - 2.4.2 Terapêutico
 - 2.4.3 Educacional
3. Notas de Evolução, seguindo o contexto SOAP*
4. Sumário de Alta

* SOAP: S=dados subjetivos, O=dados objetivos, A=avaliação, P=planos

Anexo 4

Folha de Rosto do Prontuário

Lista de Problemas e Suspeitas Diagnósticas

Nome do Paciente: XXXXX_____, No Prontuário:XXXXXXXX

Data Nascimento: 20 /02/1978, Sexo: [x]mas. []fem.

| No | PROBLEMA NOME | Data da detecção | Situação | | Suspeitas | Observação |
|----|----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|---|---------------------------------|
| | | | Ativo | Resolvido/ Inativo | | |
| 1 | Febre prolongada | 15/1/03 | X | | Salmonelose de curso prolongado, Calazar | |
| 2 | Hepato-esplenomegalia | 15/4/03 | X | | | |
| 3 | Anemia (hematócrito 23%) | 8/4/03 | X | | Mesmas dos problemas 1 e 2 + Ancilostomíase | |
| 4 | Insuficiência renal | 8/4/03 | X | | Insuficiência renal aguda, pré-renal | considerar nefrite intersticial |
| 5 | Hérnia umbilical (operado) | 1997 | | X | | |

Anexo 5**Notas de Evolução**

Data: 16/04/2003

0. Problemas 1 e 2 - Febre Prolongada e Hepatoesplenomegalia
1. Problema 3 - Anemia
2. Problema 4 - Insuficiência Renal
3. Problema 6 – Esquistossomose

S Sente-se bem. Acha que não teve febre. Sem náuseas, vômitos ou diarreia. Um pouco de sede.

Pulso-90bpm; PA-100/75mmHg(deitado) e 95/75mmHg(em pé).Temp. axilar-37,2oC; Aparelho Circulatório-sopro sistólico (++/VI) em focos mitral e tricúspide; A.Respiratório – normal

O Laboratório - Leucograma:7500 Bastões-7%;Seg-65%;Formol gel (gelificação em 30 min.); Proteínas Totais-8g/dl(Albumina-2,8 e Globulina-5,2).

Hematócrito - 28%, Hemoglobina - 8g/dl, Morfologia de hemácias: normocrômica, normocítica. Parasitológico de Fezes – ovos viáveis de S. mansoni.

Diurese nas últimas 12 horas - 860ml. Sódio urinário – 10 mEq/l, sedimento urinário – normal, uréia-100mg/dl, creatinina-2,8mg/l.

A Dados compatíveis com: 1) salmonelose de curso prolongado, 2) anemia secundária a infecção, 3) insuficiência renal pré-renal. O parasitológico positivo para S. mansoni também reforça a suspeita de salmonelose de curso prolongado.

P Iniciar ciprofloxacina 1 g/dia.(Já colhemos material para hemocultura). Deverá utilizar oxamniquina.

Anexo 6**PERGUNTA AVALIADA CRITICAMENTE****I. Situação:**

Mulher de 56 anos, com hipertensão arterial detectada há 15 anos. Os níveis mais elevados de pressão arterial (PA) foram 160/100 mm Hg há 6 anos. A PA vem se mantendo controlada com clortalidona, 25 mg/dia (120/70 mm Hg a 130/80 mm Hg). O seu irmão de 50 anos é também hipertenso fazendo uso de captopril 25 mg, 2 vezes ao dia. A paciente gostaria de saber se existe vantagem em utilizar o mesmo medicamento utilizado pelo irmão ou um anti-hipertensivo mais novo. Exame Físico: pulso 72 bpm, PA- 120/80 mm Hg, altura - 170 cm, Peso - 65 Kg. Eletrocardiograma e ecocardiograma normais, exame de urina normal, uréia-30 mg/dl, creat- 0,8 mg/dl, glicemia - 80 mg/dl, colesterol HDL - 30 mg/dl.

II. Questão:

A capacidade de diuréticos tiazídicos (ex., clortalidona) em prevenir eventos cardiovasculares adversos e reduzir mortalidade em pacientes hipertensos com fatores de risco adicionais é suplantada pelos novos antihipertensivos?

Três Partes da Pergunta (PPR):

P (Paciente/Problema): Hipertenso com fator de risco adicional para doença coronariana

P (Preditor): Tipo de Tratamento (tiazidico versus inibidor da enzima conversora da angiotensina, bloqueador de canais de cálcio e bloqueador de receptor da angiotensina II)

R (Resposta): Eventos cardiovasculares adversos

III. Avaliação da Literatura:

Inclui 1) pesquisa da literatura, 2) seleção da fonte, 3) validade interna, 4) resultados,

Pesquisa: Pubmed combinando termos do PPR.

P (Paciente): hypertension (no título ou resumo)

P (Preditor): tiazide ou chlorthalidone ou hydrochlorothiazide (no título ou resumo)

R (Resposta): cardiovascular ou stroke ou infarction (título ou resumo)

Seleção: Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA 2002;288(23):2981-97.

Validade Interna:

Questão do estudo: em pacientes hipertensos com idade ≥ 55 anos e pelo menos um fator de risco adicional para doença coronariana esquemas terapêuticos iniciados com amlodipina ou lisinopril são melhores do esquemas iniciados com clortalidona em reduzir o risco de eventos cardiovasculares.

Intervenção: Pacientes foram alocados para clortalidona 12,5 a 25 mg/dia (n=15255) ou amlodipina 2,5 a 10 mg/dia (n=9048) ou lisinopril 10 a 40 mg/d (n=9054).

Eventos: Primário – doença coronariana fatal ou infarto do miocárdio não fatal. Secundários – Mortalidade por qualquer causa, acidente vascular encefálico fatal ou não fatal, combinação de diversos eventos coronarianos (o evento primário, revascularização coronariana, ou hospitalização para angina) e combinação de eventos cardiovasculares. Este último incluía eventos coronarianos combinados, acidente vascular encefálico, angina tratada sem hospitalização, insuficiência cardíaca e doença arterial periférica.

| Alocação Secreta | Randômica/ Seguimento Longo/completo | Análise por Intenção de tratamento | Duplo cego | Balanco grupos | entre |
|---------------------|--|--|---------------|-------------------|-------|
| Sim/Sim | Média=4,9 a / 99% de pessoas-ano | Sim | Sim | Sim | |

Resultados:

Comparação amlodipina com clortalidona: nenhuma diferença no evento primário (RR=0,98; IC 95% 0,90-1,07) e na mortalidade por qualquer causa. Os riscos de ICC e de hospitalização por ICC fatal foram significativamente maiores no grupo amlodipina.

Comparação lisinopril com clortalidona: também não se observou diferença significativa no evento primário (RR=0,99; IC 95% = 0,91-1,08) e na mortalidade por qualquer causa. Contudo, comparado com clortalidona o grupo lisinopril apresentou risco de acidente vascular encefálico 15% maior e eventos cardiovasculares combinados 10% maior.

IV. Resposta para a Questão (Conclusão):

De acordo com os dados do ALLHAT inibidor da enzima conversora da angiotensina e bloqueador de canais de cálcio não são superiores a diurético tiazidico na prevenção de eventos cardiovasculares adversos e na redução da mortalidade em pacientes hipertensos com fatores de risco adicionais. Neste caso a paciente pode ser informada que não existe vantagem em mudar o esquema de tratamento. Em verdade ela vem sendo bem controlada com um medicamento de menor custo e eficácia similar na sobrevida e redução de eventos cardiovasculares comparativamente ao medicamento usado pelo irmão.