



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PAULO FREIRE
Praça Joana Angélica, 250, bairro São José CEP: 45988-058, Teixeira de Freitas - BA
Homepage: www.ufsb.edu.br

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PAULO FREIRE
Praça Joana Angélica, 250, bairro São José CEP: 45988-058, Teixeira de Freitas - BA
Homepage: www.ufsb.edu.br

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA

Documento revisado pelo Núcleo Docente
Estruturante do Curso de Medicina com base
no PPC aprovado pelo CONSUNI no ano de
2019.

TEIXEIRA DE FREITAS – BAHIA
ABRIL 2021

Equipe Técnica:

Reitora da UFSB

Joana Angélica Guimarães da Luz

Pró-Reitora de Gestão Acadêmica

Janaina Zito Losada

Decano do Centro de Formação em Ciências da Saúde

William Rodrigues de Freitas

Coordenação do Curso de Graduação em Medicina

Clara Mônica Figueiredo de Lima

Equipe responsável pela revisão em 2014

Vanessa Prado dos Santos

Médica, Mestre em Cirurgia Geral, Doutor em Cirurgia Professora Adjunto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da UFBA

Luciana Alaíde Alves Santana

Nutricionista, Mestre em Saúde Coletiva

Professor Assistente do Centro de Ciências da Saúde da UFRB

Antônio Alberto Lopes

Médico, Mestre em Medicina Interna, PhD em Epidemiologia Professor Associado da Faculdade de Medicina da UFBA

Antônio José Costa Cardoso

Médico, Mestre em Saúde Comunitária, Doutor em Saúde Coletiva Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB

Carmen Fontes Teixeira

Médica, Mestre em Saúde Comunitária, Doutora em Saúde Coletiva Professor Associado do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da UFBA

Sebastião Loureiro

Médico, Dr. P.H. em Saúde Pública, Professor Emérito do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

Jairnilson Silva Paim

Médico, Mestre em Medicina Interna, Doutor em Saúde Coletiva Professor Titular do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

Naomar de Almeida Filho (Coordenador)

Médico, Mestre em Saúde Comunitária, PhD em Epidemiologia Professor Titular do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

Equipe responsável pela revisão em 2020

Luiz Henrique Santos Guimarães

Médico, Mestre em Medicina e Saúde, Doutor em Ciências da Saúde, Professor Adjunto da Universidade Federal do Sul da Bahia

William Rodrigues de Freitas

Biomédico, Mestre e Doutor em Biociências e Biotecnologia, Professor Adjunto da Universidade Federal do Sul da Bahia

Ana Paula Pessoa de Oliveira

Graduada em Enfermagem e Doutora em Ciências da Saúde, Professora Adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia

Clara Mônica Figueiredo de Lima

Graduada em Medicina, Doutora em Ciências da Saúde, Professora Adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia

Hayana Ramos Lima

Graduada em Odontologia, Doutora em Ciências, Professora Adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa da Região Sul da Bahia. Fonte: Seplan/Estado da Bahia	20
Figura 2. Esquema do regime de ciclos aplicado à formação em Saúde	47
Figura 3. Matriz Curricular da Formação Geral no BI-Saúde	59
Figura 4. Formação Profissional em Saúde no regime de ciclos	68
Figura 5. Fluxo acadêmico do regime de ciclos do curso de Medicina da UFSB	94

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Matrículas na Educação Básica por Município. Região Sul da Bahia, 2010	22
Gráfico 2. Matrículas na Educação Básica por Município. Região Sul da Bahia, 2010	23
Gráfico 3. Matrículas no Ensino Médio por Município. Região Sul da Bahia, 2010	23
Gráfico 4. Matrículas no Ensino Médio por Série e Município. Região Sul da Bahia, 2010	24
Gráfico 5. Aprovados no último ano do Ensino Médio por Município da Região Sul da Bahia, 2010.	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da oferta de ensino superior privado na Região Sul da Bahia	26
Tabela 2. Distribuição da oferta de ensino superior público na Região Sul da Bahia, 2013	27
Tabela 3. Comparativo de Universidades selecionadas, quanto a regime curricular e tempo de duração da graduação em medicina	42
Tabela 4. Macrocompetências Gerais e Específicas conforme Etapa da Formação Médica (Primeiro e Segundo Ciclo)	57
Tabela 5. Sugestão de Estrutura Curricular DA AC-SEC	63
Tabela 6. Estrutura curricular do segundo ciclo de medicina	75
Tabela 7. Quantitativo de professores por atividades do curso de Medicina	84
Tabela 8. Docentes do curso de Medicina da UFSB, em março de 2019	84
Tabela 9. Composição do NDE do curso de Medicina da UFSB, em julho de 2020	87
Tabela 10: Aspectos diferenciais da Formação Médica	93

SUMÁRIO

1.	DADOS DA INSTITUIÇÃO	10
2.	IDENTIFICAÇÃO DO CURSO	11
3.	BASES LEGAIS DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO (PPC)	12
4.	APRESENTAÇÃO	14
5.	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
5.1	Contexto do Sul da Bahia	20
5.2	Demanda social por educação	22
5.3	Porque é preciso reinventar a educação médica no Brasil	28
5.3.1	Educação médica no Brasil	28
5.3.2	Educação médica na Bahia	31
5.3.3	Bases histórico-institucionais do sistema de saúde	32
6.	JUSTIFICATIVA DO PROJETO	33
6.1	Demanda social por saúde	33
6.2	Dívida histórica da educação superior em saúde	34
6.3	Razões acadêmicas em favor de uma proposta pedagógica inovadora	35
6.3.1	Demandas-desafios do SUS à universidade	35
6.3.2	Problemas do ensino superior em saúde no Brasil	37
6.4	Prospecção de modelos avançados de formação médica	38
6.4.1	Macmaster University	38
6.4.2	Universidade de Maastrich	39
6.4.3	Oxford University	39
6.4.4	Harvard Medical School	39
6.4.5	Universidad de Ciencias Médicas de la Habana	40
6.4.6	Faculdade de Medicina da USP	41
6.4.7	Súmula da prospecção e perspectivas	42
7.	MARCO LEGAL	44
8.	ELEMENTOS ESTRUTURANTES DO PROJETO	46
8.1	Objetivos do curso	47
8.2	Perfil do egresso	47
8.3	Valores e competências gerais	49
8.4	Valores e competências específicos	52
9.	ESTRUTURA CURRICULAR	57
9.1	No primeiro ciclo (3.570 horas de formação interdisciplinar):	57
9.2	No segundo ciclo (6180 horas de formação profissionalizante)	58

9.3	Primeiro ciclo: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	58
9.3.1	EIXO CULTURAL ÉTICO-POLÍTICO-HUMANÍSTICO	60
9.3.2	Blocos temáticos ofertados no BI-saúde	60
9.3.3	Áreas de concentração em saúde	62
9.4	Critérios de progressão para o segundo ciclo	68
9.5	Segundo ciclo: formação médica	69
9.6	Competências e eixos de formação	70
10.	PERSPECTIVAS DO CURSO MÉDICO EM REGIME DE CICLOS BASEADO NA COMUNIDADE	71
11.	PROPOSTA PEDAGÓGICA	72
11.1	Princípios básicos	80
11.1.1	Aprendizagem significativa	80
12.	AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM	81
13.	AVALIAÇÃO DO CURSO	82
14.	IMPLANTAÇÃO DO PROJETO E GESTÃO DO CURSO	83
14.1	Núcleo Docente Estruturante	87
14.2	Recursos materiais	88
14.3	Infraestrutura física	88
14.4	Infraestrutura acadêmica	89
15.	AÇÕES DE ACOLHIMENTO, PERMANÊNCIA E APOIO PSICOPEDAGÓGICO	91
15.1	Acolhimento	91
15.2	Permanência	91
16.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
17.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
	<i>ANEXO I: INFORMA</i>	99
	ATIVIDADES COMPLEMENTARES	
	<i>ANEXO II: NORMAS OPERACIONAIS DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES</i>	102
	<i>ANEXO III: EMENTAS</i>	106

1. DADOS DA INSTITUIÇÃO

IES: Universidade Federal do Sul da Bahia

Sigla: UFSB

CNPJ: 18.560.547/0001-07

Categoria Administrativa: Pública Federal

Organização Acadêmica: Universidade

Lei de Criação: Lei 12.818, de 05 de junho de 2013

Endereço do sítio: <http://www.ufsb.edu.br>

Para operação institucional da oferta diversificada dos cursos em Regime de Ciclos, a estrutura institucional da UFSB compreende três esferas de organização, respeitando a ampla cobertura regional da instituição, com a seguinte distribuição de unidades acadêmicas:

Campus Jorge Amado - Itabuna

Endereço: Rod. Ilhéus-Vitória da Conquista, BR 415, km 39, Itabuna, BA, CEP: 45600-000

Centro de Formação em Tecnociências e Inovação (CFCTI)

Centro de Formação em Ciências e Tecnologias Agrárias (CFCTA)

Instituto Jorge Amado de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC)

Rede CUNI Litoral Sul [Coaraci, Ibicaraí, Ilhéus e Itabuna]

Campus Sosígenes Costa - Porto Seguro

Endereço: Rodovia Porto Seguro-Eunápolis, BR 367, km 10, Porto Seguro, BA, CEP: 45810-000

Centro de Formação em Artes (CFAr)

Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais (CFCHS)

Centro de Formação em Ciências Ambientais (CFCAm)

Instituto Sosígenes Costa de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC)

Rede CUNI Costa do Descobrimento [Porto Seguro e Sta. Cruz Cabrália]

Campus Paulo Freire - Teixeira de Freitas

Endereço: Pça. Joana Angélica, 250, Bairro São José, Teixeira de Freitas, BA, CEP: 45996-115

Centro de Formação em Ciências da Saúde (CFCS)

Instituto Paulo Freire de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC)

Rede CUNI Extremo Sul [Teixeira de Freitas e Itamaraju]

2. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

CURSO: Bacharelado em Medicina

Diplomação: Médico

Carga horária total do curso: 8.880 horas

Primeiro Ciclo: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde - 2.700 horas

Segundo Ciclo: Bacharelado em Medicina – 6.180 horas

Tempo mínimo para integralização: 7 anos

Tempo máximo para integralização: 9 anos, segundo parecer CNE/CES nº 8/2007.

Estágio: Obrigatório: 3.420 horas de Internato

Turno de oferta: Integral

Número de vagas por turma: 80 vagas anuais para o segundo ciclo em Medicina

Campus de oferta: *Campus* Paulo Freire/Teixeira de Freitas

Atos legais:

Resolução CONSUNI/UFSB nº 11/2017, dispõe sobre a criação de 2º Ciclo e Bacharelado em Medicina.

Portaria de Autorização: Portaria da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior, nº 274, de 12 de maio de 2014.

3. BASES LEGAIS DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO (PPC)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. Referenciais Orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares. 2010. Disponível em: http://www.ufabc.edu.br/images/stories/comunicacao/bacharelados-interdisciplinares_referenciais-orientadores-novembro_2010-brasilia.pdf

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 266, de 5 jul. 2011. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16418&Itemid=866

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.639.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei no 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “ história e cultura afro-brasileira e indígena”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11645.htm

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. Resolução nº 1, de 17 de junho de 2004. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/res012004.pdf>.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. Parecer CNE/CP nº 003, de 10 mar. 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/003.pdf>

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. Resolução nº 1, de 30 de maio de 2012. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=17810&Itemid=866

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999. Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá

outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19795.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 4.281, de 25 de junho de 2002. Regulamenta a Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999, que institui a Política Nacional de Educação Ambiental, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4281.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, que institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.861.htm

BRASIL. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior. Resolução nº 1, de 17 de junho de 2010. Normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6885&Itemid

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 5.622. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Decreto/D5622compilado.htm

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 2, de 18 de junho de 2007. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/rces002_07.pdf

4. APRESENTAÇÃO

O documento apresenta o Projeto Pedagógico do curso de Medicina implantado no Centro de Formação em Saúde do *Campus* de Teixeira de Freitas (CFCS) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). A matriz teórica, a arquitetura curricular e o referencial metodológico se articulam num modelo de formação universitária integrado, modular e flexível.

Graduados em cursos onde ainda predomina um modelo fragmentador da prática médica, que induz à especialização precoce e que é fortemente dependente de alta tecnologia, os egressos das escolas médicas brasileiras, em maioria, mostram-se carentes de uma visão crítica da sociedade e da saúde, com atitude 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 um profissional com as seguintes características: pouco conhecimento sobre o SUS, com consequente alheamento em relação aos aspectos da gestão da saúde, parca compreensão da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional (com integração de conhecimentos interdisciplinares), fraca formação humanística (psicológica, sociológica e filosófica), resultando muitas vezes em profissionais despreparados e imaturos para promover a saúde e cuidar das patologias mais prevalentes no país. As condições atuais do trabalho em saúde demonstram claramente que o egresso de cursos de saúde não está pronto para assumir seu papel em relação aos aspectos políticos e sociais da saúde e pouco ou nada conhecem da realidade situacional, permanecendo resistentes às mudanças e defendendo o *status quo* vigente. Ademais, parecem ter sido treinados para valorizar e resolver aspectos ligados a patologias, ignorando, portanto, seu potencial transformador como agentes de promoção da saúde.

Além disso, dados de 2010, produzidos pela pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, confirmam que quase dois terços dos 364.757 médicos com registro profissional ativo no Brasil estão concentrados nas regiões Sudeste e Sul, enquanto apenas 17% estão fixados na região Nordeste, correspondendo a 1,19 médico/1.000 habitantes, razão bastante inferior à média nacional, estimada em 1,95 (CFM, 2011). Além dessa distribuição demográfica desigual, inalterada mesmo com o crescimento da população de médicos nos últimos anos, os dados da pesquisa são irrefutáveis quanto à desigualdade entre setor público e setor privado e na oferta das diferentes especialidades médicas.

Quanto ao desafio da fixação dos profissionais de saúde em regiões subservidas, como é o caso do Extremo Sul da Bahia, a experiência internacional ensina que o enfrentamento desse problema requer a combinação de uma gama de estratégias que ofereçam perspectivas de longo prazo que sejam atrativas aos profissionais. Uma das estratégias que se têm revelado mais eficaz é a formação de profissionais nas regiões onde são mais necessários, engajando jovens oriundos das próprias comunidades locais. Nesse caso, pode-se dizer que a formação profissional nos territórios de nativos da própria região não apenas aumenta significativamente a fixação desses profissionais em suas comunidades, como promove a qualificação da rede de atenção em saúde, além de contribuir decisivamente para a integração social.

Para o alcance desse propósito, entretanto, não é suficiente a mera recriação de escolas médicas nos moldes daquelas existentes nos grandes centros, mas que se formulem propostas inovadoras, planejadas especialmente para enfrentar os principais desafios da formação de recursos humanos para o SUS. O curso de medicina da UFSB, e homologado pelos organismos reguladores da educação superior em saúde, tem como finalidade ajudar a 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, orientada para a comunidade e nela baseada, com ênfase na atenção básica à saúde.

Como princípio metodológico, o curso propõe adotar 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, o curso desenvolve e coloca em prática um sistema de formação com base em métodos, e não apenas 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 nestes moldes integra-se organicamente a um programa inovador de formação profissional em saúde, já implementado e em franco processo de aperfeiçoamento em pelo menos vinte outras universidades federais brasileiras.

A UFSB foi concebida para atender às circunstâncias da nova conjuntura econômica e política do mundo contemporâneo, bem como às especificidades sociais e econômicas da Região Sul (Litoral Sul, Costa do Descobrimento e Extremo Sul) do Estado da Bahia. Sua configuração institucional contempla os seguintes princípios: eficiência, com uso otimizado de recursos públicos; compromisso com a sustentabilidade; ampliação do acesso com integração social; impacto no desenvolvimento econômico, social e humano da Região; pluralidade pedagógica e flexibilidade, com diversidade metodológica e de áreas de formação; interface sistêmica com a Educação Básica; articulação interinstitucional na oferta de educação superior pública na Região.

A UFSB tem *campi* nos municípios de Itabuna (sede da Reitoria), Teixeira de Freitas e Porto Seguro. A entrada geral e única ocorre através de cursos de Primeiro Ciclo, oferecidos em duas modalidades: *Bacharelados Interdisciplinares* (BI) e *Licenciaturas Interdisciplinares* (LI). O Bacharelado Interdisciplinar compreende cursos de graduação plena, com duração mínima de três anos, oferecido em quatro grandes áreas de formação: Ciências, Artes, Humanidades e Saúde. Para superação de importante lacuna no cenário educacional da região e do Estado, a UFSB também oferta a opção de Licenciatura Interdisciplinar (LI) em Primeiro Ciclo. Trata-se de curso de formação de docentes para o ensino básico, organizado em grandes áreas ou blocos de conhecimento, incluindo suas tecnologias, articulados por uma base curricular compartilhada, com estrutura modular, progressiva e flexível.

A UFSB oferta programas de ensino superior mediado por tecnologias na Rede Anísio Teixeira de Colégios Universitários (CUNI), atendendo a localidades com mais de 20.000 habitantes e com mais de 300 egressos do ensino médio, e em bairros de baixa renda, assentamentos, aldeias indígenas e quilombos. Os Colégios Universitários funcionam preferencialmente em turno noturno, em instalações da rede estadual de Ensino Médio. Cada ponto da Rede conta com um pacote de equipamentos de tele-educação de última geração, conectados a uma rede digital de alta velocidade.

O ingresso na UFSB se dá pelo ENEM/SISU, de duas maneiras: (a) diretamente em cursos de BI e LI ou (b) diretamente em cursos de segundo ciclo de formação técnica e profissionalizante. Há reserva de vagas para egressos do Ensino Médio em escola pública, incorporando recorte étnico-racial equivalente à proporção censitária do Estado da Bahia, conforme a Lei nº 12.711/2012, dita “Lei de cotas”, e Resolução U nº 10/2018. Além disso, são disponibilizadas vagas supranumerárias, por processo classificatório com base no ENEM, restrito a estudantes que cursaram todo o Ensino Médio no município participante da Rede Anísio Teixeira e professores do ensino básico, mediante convênios especiais com instituições públicas da área educacional.

A formação geral é parte estruturante do primeiro ano de todos os cursos de graduação da UFSB, sendo oferecida tanto nos *campi*-sedes quanto na Rede Anísio Teixeira de Colégios Universitários, capilarizada nos municípios e localidades, cobrindo todo o território de abrangência da Universidade e compreende o *neo-quadrivium*: línguas modernas (minimamente, Português e Inglês), informática instrumental (letramento digital e competências conectivas), pensamento lógico-interpretativo (com uso eficiente de estratégias analíticas e retóricas) e cidadania planetária (consciência ecológico-histórica). Após a Formação Geral o estudante segue a área que escolheu nos cursos de BIs e Lis.

Concluintes de BI e LI que desejam ingressar no Segundo Ciclo, visando à formação em carreiras profissionais, são avaliados com base no aproveitamento do Primeiro Ciclo. Os cursos de Segundo Ciclo são ministrados em Centros de Formação Profissional e Acadêmica, situados nos respectivos *campi* da UFSB, com

oferta de cursos de graduação profissional, em modalidades reconhecidas pelo MEC, porém com modelos curriculares inovadores.

A configuração dos cursos de Segundo Ciclo na UFSB prevê repasse de parte de sua carga horária para as etapas de formação específica no Primeiro Ciclo. Em todos os cursos, enfatizam-se metodologias ativas em equipes de ensino-aprendizagem, com redução de aulas expositivas, uso de tecnologias digitais, forte ênfase na tutoria, autoinstrução e foco na prática.

O Terceiro Ciclo na UFSB compreende programas de Mestrado Profissional, Mestrado e Doutorado Acadêmico de oferta própria e articula, ainda, a oferta de Residência Médica e Multiprofissional conveniadas ou não a instituições parceiras. Há convênio com o governo estadual que contempla a assistência acadêmica aos Centros Integrados de Ensino, situados em municípios de maior porte, que são campo de prática para alguns desses programas, notadamente LIs.

A gestão institucional e acadêmica da UFSB é fortemente baseada em tecnologias de informação e comunicação (TIC) com recursos de e-governo, além de forte descentralização e flexibilidade. Para tanto, controle institucional aberto e avaliação centralizada são articulados com governança e gestão acadêmica descentralizadas, apoiados em instâncias e estratégias de gestão digital, tendo como foco a qualidade do processo pedagógico.

Para a operação institucional da oferta diversificada dos cursos em Regime de Ciclos, a estrutura institucional da UFSB compreende três esferas de organização, respeitando a ampla cobertura regional da instituição, com a seguinte distribuição de unidades acadêmicas:

Campus Jorge Amado em Itabuna:

- Centro de Formação em Tecno-Ciências e Inovação
- Centro de Formação em Ciências Agroflorestais
- Centro de Formação em Políticas Públicas e Tecnologias Sociais
- Instituto Jorge Amado de Humanidades, Artes e Ciências
- Rede CUNI Itabuna

Campus Sosígenes Costa em Porto Seguro:

- Centro de Formação em Artes
- Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais
- Centro de Formação em Ciências Ambientais
- Instituto Sosígenes Costa de Humanidades, Artes e Ciências
- Rede CUNI Porto Seguro

Campus Paulo Freire em Teixeira de Freitas:

- Centro de Formação em Ciências da Saúde
- Centro de Formação em Desenvolvimento Territorial
- Instituto Paulo Freire de Humanidades, Artes e Ciências
- Rede CUNI Teixeira de Freitas

A UFSB produz materiais e utiliza tecnologias de ensino-aprendizagem a fim de garantir educação de

qualidade em todos os ciclos de formação. Com esse objetivo, *Ambientes Virtuais de Aprendizagem* (AVA), tendo *Dispositivos Virtuais de Aprendizagem* (DVA) como instrumentos pedagógicos privilegiados, articulam tecnologias de interface digital (*games, sites, blogs, redes sociais, dispositivos multimídia*) e meios interativos de comunicação, por meio de redes digitais ligadas em tempo real, ultrapassando o ambiente escolar tradicional, com espaços remotos interconectados e situações metapresenciais.

Compromissos de Aprendizagem Significativa são pactuados entre educandos - educadores em cada etapa/módulo dos processos formativos, materializados em um “ompromisso Pedagógico”, com direitos, deveres e responsabilidades. m todos os cursos, são utilizadas três opções metodológicas ao estudante: presencial (aulas, tutoria, seminários, oficinas, etc.); metapresencial e aprendizagem autoprogramada (Método de Keller).

A Universidade Federal do Sul da Bahia é uma instituição federal de educação superior de porte médio. Com a implantação desta Universidade, ampliou-se a oferta de vagas públicas, em paralelo e em sintonia com a melhoria dos indicadores do ensino básico, reforçando os programas indutores de melhoria do Ensino Fundamental e Médio na Região.

As atividades da UFSB tiveram início em 2014, oferecendo, em Primeiro Ciclo, modalidades de BI, nos IHACs e na Rede CUNI.

As atividades acadêmicas do segundo ciclo do Curso de Saúde começaram em 2018, com a abertura de 80 vagas para o curso de medicina, com estudantes oriundos dos três *campi*.

Para além do impacto econômico direto que um processo como este acarreta, deve-se salientar que o desenvolvimento tecnológico precisa vir acompanhado não somente do crescimento econômico regional, mas, sobretudo, do seu desenvolvimento humano e social. O presente documento tem a finalidade de aprofundar e detalhar os pontos acima delineados e compreende os seguintes tópicos.

Na primeira seção, à guisa de *Considerações iniciais*, apresentamos o contexto da Região Sul da Bahia, complementado por um breve histórico do CFCS/UFSB, base para argumentarmos em favor de uma renovação radical da educação médica brasileira. Para isso, faremos uma rápida incursão às raízes históricas da Educação Médica no Brasil e na Bahia, bem como revisaremos as bases institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Visando produzir subsídios para a *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 por razões acadêmicas em favor de uma proposta pedagógica avançada, na perspectiva do Regime de Ciclos. Isso implica identificar com clareza os principais problemas do ensino superior em Saúde no Brasil, manifestados sob a forma de demandas-desafios do SUS à Universidade.

Complementarmente, mas ainda como parte da justificativa, faremos uma breve exposição de alguns conceituados paradigmas de inovação curricular na área da educação médica no mundo: 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; e a conceituada escola médica da *Oxford University*, representativa da antiga e respeitada tradição anglo-saxônica. Além dessas, apresentamos os modelos da Universidade de Maastricht, principal promotora do PBL; por fim, o modelo da Faculdade de Medicina da USP, considerada a melhor escola médica do Brasil.

Na terceira seção, apresentaremos o *Marco Legal* da proposta e, na quarta, seus principais *Elementos estruturantes*, começando por detalhar os objetivos do curso, perfil do egresso, valores e competências incorporados no programa de formação, além de um aprofundamento em relação ao conceito de competência. Tais itens fundamentam o projeto do curso, na quinta seção, da *Estrutura curricular* em ciclos, orientada e baseada na comunidade e com ênfase na atenção básica. Temas referentes à organização de Componentes Curriculares (CC) com base em conceitos de integração curricular e Áreas de Concentração são trazidos à discussão, além, evidentemente, de normas de funcionamento do Curso, incluindo os critérios de passagem para o

Segundo Ciclo. Na sexta seção são apresentados os princípios básicos da *Proposta Pedagógica* (formação integral, aprendizagem significativa, pedagogia por programas, diversidade das atividades formativas). Na sétima seção, relativa à *Avaliação do curso e da aprendizagem*, detalhamos estratégias de avaliação de processos pedagógicos, desempenho dos educandos e avaliação dos concluintes.

Na oitava seção são detalhados os recursos utilizados e a serem utilizados na *Implantação do projeto e gestão do curso*, o que inclui recursos materiais (infraestrutura física e acadêmica), mas, também, o quadro docente. Na última seção, à guisa de *Considerações finais*, articulam-se as partes que compõem esse modelo de formação na área da saúde que está sendo implementado no Sul da Bahia na expectativa, inclusive, de que possa contribuir para a pauta nacional de inovação na Educação Médica.

Em suma, o eixo Político-Pedagógico do curso funda-se nas seguintes ideias-força:

- a. Arquitetura curricular organizada em Ciclos de Formação, com modularidade progressiva (com certificações independentes a cada ciclo).
- b. Regime letivo quadrimestral, com otimização de equipamentos, instalações, pessoal e recursos financeiros;
- c. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem, privilegiando uso intensivo de tecnologias digitais;
- d. Ênfase nas dimensões ética e humanística, desenvolvendo atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural;
- e. Interação do estudante com usuário e profissional desde o início do curso, permitindo-lhe assumir responsabilidades crescentes ao longo da formação;
- f. Aprendizagem interprofissional e interdisciplinar, realizada em diferentes cenários de prática;
- g. Mobilidade acadêmica, para propiciar a estudantes, professores, profissionais da saúde e pacientes oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho;
- h. Integração curricular, por meio da articulação teoria-prática e das instituições formadoras, com as prestadoras de serviços.

5. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Com o movimento da Atenção Primária em Saúde (APS), fomentado por organismos internacionais e acolhido pela expansão e consolidação de governos democráticos em todo o mundo, vários países implantaram sistemas públicos de saúde, ampliando cobertura e oferta de serviços nos níveis básicos de assistência (WHO, 2008). Em consequência, ampliou-se a demanda por formação em larga escala de profissionais de saúde capazes de prover atenção primária em saúde em regiões desassistidas, com competência técnica e sensibilidade cultural (MORRISON et al., 2010).

No Brasil, como decorrência das contradições produzidas pela criação do Sistema de Saúde universal e equânime, no seio de uma sociedade prenhe de desigualdades e exclusão, tal demanda enfrenta grandes obstáculos no tradicional modelo de formação médica predominante no país, centrado no hospital, na especialização precoce e no uso intensivo de tecnologia médica. Ademais, o ensino praticado na maioria dos cursos caracteriza-se por modelos e práticas pedagógicas hierarquizadas e alienantes, por isso mesmo superados em contextos avançados e mais equitativos de educação superior (SEABRA-SANTOS & ALMEIDA FILHO, 2012).

Nas condições atuais do trabalho em saúde no Brasil, o recém-graduado, em parte, não está plenamente capacitado para oferecer um atendimento integral em consonância com os princípios do SUS e as necessidades de saúde das populações. O modelo de educação médica que predomina entre nós, frequentemente, treina técnicos competentes, porém, pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde (ALMEIDA FILHO, 2011; TEMPORÃO, 2012) e com os temas da vida social, em geral, expressos nos conceitos de humanidades e culturas (AYRES et al., 2013).

Para assumir o papel esperado em relação aos aspectos políticos e sociais da saúde, é imprescindível que os egressos dos cursos de saúde conheçam, de fato, a realidade ou, como preferiria MATUS (1993), a situação em que está inserido, de forma a poder colaborar para que ocorram as mudanças necessárias. Para além do desafio da fixação dos profissionais de saúde em regiões sub servidas, como é o caso do Sul da Bahia, os profissionais de saúde devem estar aptos a oferecer cuidados de qualidade e de acordo com os princípios do SUS, principal política estratégica de Estado para a superação da dívida social da saúde no país (BATISTA & GONÇALVES, 2011; PAIM et al., 2011).

A fragmentação do conhecimento e a falta de uma perspectiva humanística são apontadas por diversos autores como determinante da precária integralidade dos modelos assistenciais em saúde (ROSENI, 2004; MACHADO et al., 2007; GOMES & REGO, 2011). A recente expansão da rede brasileira de atenção básica, ao abrir novos postos de trabalho, desafia o sistema de ensino vigente ao requerer a formação em larga escala de profissionais capacitados a trabalhar em equipe, aptos a prestar atendimento clínico integral e resolutivo, além de competente nos atos de gestão, prevenção e promoção da saúde.

A Atenção Primária à Saúde pressupõe um profissional em saúde capaz de prestar atenção integral e com plena capacidade técnica, com base na atualização tecnológica e científica e em conceitos ampliados de ética, vocação e cidadania. Por esta razão, a consolidação e ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) requer a abertura de novas opções curriculares, pois numerosos problemas do sistema público de assistência à saúde vêm sendo interpretados como consequência de uma formação inadequada (ALMEIDA, 1998; ALMEIDA, 2008). Precisamos, portanto, rever de modo crítico e propositivo a questão da formação superior em saúde no Brasil, numa dupla perspectiva. Numa vertente mais ampla, é necessário promover no campo específico do ensino médico, uma compreensão política e social do mundo como um sistema complexo interligado. Nesse contexto, compreende-se que todos são corresponsáveis pela vida e pelo ambiente e, assim, exploram-se potenciais e possibilidades para modificar o meio institucional e social onde vive e atua o profissional de saúde, valorizando suas atitudes em relação ao ambiente, à cultura e à sociedade.

Neste momento, a educação superior brasileira vive uma experiência valiosa. Algumas universidades públicas, aproveitando programas de expansão como o REUNI, passaram a oferecer opções de formação superior

diversificada e inovadora, estabelecendo parcerias no aprimoramento científico e tecnológico da formação profissional em vários campos de conhecimento. Novas estruturas curriculares permitem mobilidade e mudança, de modo que os estudantes podem experimentar modelos de formação flexíveis e abertos. Além disso, algumas dessas iniciativas têm fomentado currículos universitários abertos e participativos, imersos na prática concreta, com modelos pedagógicos centrados na autonomia do estudante (SOUSA-SANTOS & ALMEIDA-FILHO, 2009).

Nesse contexto, desde 2006, diferentes formatos de regime de ciclos vêm sendo oferecidos em pelo menos 15 universidades brasileiras (ALMEIDA-FILHO & COUTINHO, 2011). Em 2008, a Universidade Federal da Bahia recuperou o modelo de ciclos de formação com modularidade progressiva e introduziu cursos de formação geral como pré-requisito para formação profissional de graduação ou diretamente para formação científica ou artística de pós-graduação. Na maioria dessas instituições, o primeiro ciclo compreende Bacharelados Interdisciplinares, nova modalidade de curso superior reconhecida pelo Conselho Nacional de Educação, por meio do Parecer 204/2010/CNE/CES (BRASIL, 2010). Em um primeiro momento, entretanto, somente a UFBA e a Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB) ofereceram Bacharelados Interdisciplinares específicos para a formação em Saúde.

Neste primeiro capítulo do Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Sul da Bahia, pretendemos avaliar a conjuntura de implantação da nova instituição, enfatizando os aspectos geopolíticos, educacionais e sanitários dos diferentes contextos (regional, estadual, nacional e internacional) envolvidos no processo de criação da nova instituição de educação superior.

5.1 Contexto do Sul da Bahia

A Região Sul da Bahia compreende originalmente os Territórios de Identidade 5 e 7, conforme classificação da Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia (Seplan/BA), denominados respectivamente de Litoral Sul e Extremo Sul. Na revisão de 2012, desmembrou-se o Território de Identidade 27 – Costa do Descobrimento, polarizado em Porto Seguro/Eunápolis.

A área de abrangência das atividades e programas de ensino, pesquisa e extensão da UFSB compõe-se de 48 municípios, ocupando uma área de 40.384km², situada na costa meridional do Estado da Bahia. Sua população totaliza 1.520.037 habitantes (Dados do Censo, 2010). A maior parte dos municípios é de pequeno porte; apenas o município de Itabuna ultrapassa 200 mil habitantes e apenas Ilhéus, Teixeira de Freitas, Porto Seguro e Eunápolis têm mais de 100 mil habitantes.



Figura 1 – Mapa da Região Sul da Bahia. Fonte: Seplan/Estado da Bahia.

O Sul 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 linguístico, artístico e cultural. Compreende a região que recebeu oficialmente a esquadra dos portugueses, capitaneada por Pedro Álvares Cabral, em 1500. Com a instalação da capital da colônia na Cidade do Salvador, em 1549, a Bahia conhece um notável desenvolvimento entre os séculos XVI a 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 – 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 território baiano era a região mais densamente ocupada do Brasil, agregando maior contingente populacional que a própria capital da Colônia. 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 (TAVARES, 2010).

Ao longo do período colonial, a população baiana foi-se constituindo por meio da miscigenação de índios, portugueses e, majoritariamente, negros descendentes de escravos expatriados de distintas regiões africanas que 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 da Bahia resultaram na constituição de uma sociedade desigual e marcada por elevados índices de pobreza e opressão. Nesse contexto, a Província da Bahia produziu um legado cultural de enorme importância, onde elementos trazidos pelos colonizadores europeus misturam-se às culturas indígenas autóctones e ao patrimônio de diferentes etnias africanas, com idiomas, diversas heranças artísticas, poéticas, culinárias, religiosas e comportamentais.

Com a mudança nos percursos de ligação capital-interior, em função do surgimento de rodovias, e a crise da agroindústria açucareira, a Bahia experimentou profunda estagnação econômica, a partir do final do século XIX. Nessa fase, foi relevante a monocultura do cacau, principal sustentáculo da economia do Estado da Bahia durante quase todo o século XX.

Especificamente no Território Litoral Sul, até a década de 1980, concentrava-se a maior produção de cacau no Brasil, na época uma das principais *commodities* agrícolas na pauta de exportação. A introdução da vassoura-de-bruxa, fungo de alta patogenicidade, praticamente dizimou a cacauicultura, passando o Brasil de exportador a importador de cacau e derivados.

Na parte média da Região Sul, no Território Costa do Descobrimento, nas últimas décadas tem-se expandido a atividade de turismo (regional, nacional e internacional), principalmente após a instalação do principal vetor de desenvolvimento da região (a rodovia BR-101), que permitiu consolidar um dos maiores parques hoteleiros do país. Trata-se, entretanto, de atividade econômica com alto grau de sazonalidade, com graves problemas socioculturais e ambientais. Na seção meridional da Região Sul, recentemente tem-se implantado extensa área de cultivo de eucalipto, matéria-prima para produção de celulose, processada em plantas industriais localizadas na região e destinadas principalmente à exportação. Apesar de substituir principalmente áreas de pecuária extensiva, ecologicamente degradadas, esse setor produtivo tem sido criticado por seu caráter de monocultura, com pouco impacto na geração de empregos.

Nos territórios de abrangência da UFSB, encontra-se uma das mais importantes áreas protegidas do Corredor Central da Mata Atlântica, compreendendo quatro parques nacionais - Descobrimento, Monte Pascoal, Pau-Brasil e Abrolhos – cobrindo cerca de 50.000 hectares de mata e 90.000 hectares de ecossistemas marinhos. O Parque Nacional Marinho de Abrolhos é a região mais rica em recifes de coral do Atlântico Sul. Infelizmente, o desenvolvimento econômico do território tem-se dado sobre ecossistemas especialmente diversos, valiosos, belos e frágeis. Nas últimas décadas, tais ecossistemas têm sido sistematicamente dizimados.

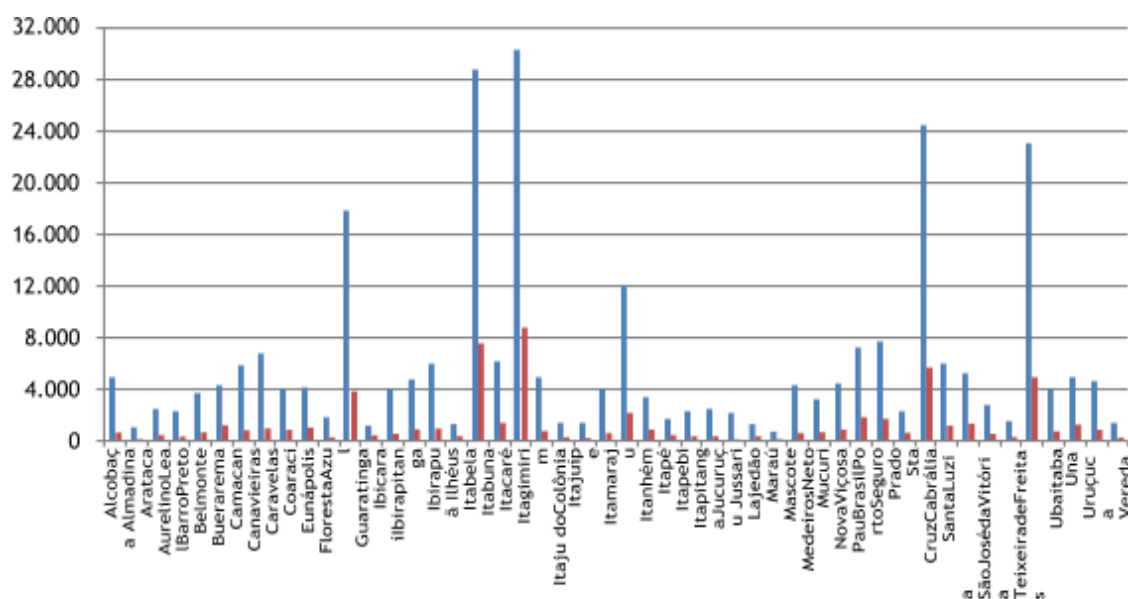
A economia baiana só voltou a ter novo impulso, ainda que restrito geograficamente à parte nordeste da

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 do Estado. Essa situação, entretanto, começa a mudar na Região Sul da Bahia, na medida em que se materializam investimentos estratégicos dos governos federal e estadual previstos para os próximos anos: uma via férrea dedicada ao transporte de minérios (Ferrovia Oeste-Leste), um porto de exportação de minérios e grãos (Porto Sul), aeroportos internacionais e um conjunto diversificado de parques industriais. Tais projetos de desenvolvimento regional e outras possibilidades deles decorrentes demandam profissionais qualificados para sua implantação e consolidação e, posteriormente, para a manutenção dos empreendimentos e iniciativas. Para isso, será imprescindível a formação, urgente e em larga escala, de mão de obra qualificada em nível universitário, nas áreas acadêmicas e em carreiras profissionais e tecnológicas pertinentes.

Esse conjunto de demandas e oportunidades contrasta com o quadro de deficiências educacionais e baixíssima cobertura de educação superior pública atualmente observado em contraste com a crescente ampliação da educação privada de terceiro grau, conforme analisado a seguir.

5.2 Demanda social por educação

A região apresenta indicadores educacionais bastante precários. Cerca de 290.000 estudantes encontram-se matriculados em 1.878 estabelecimentos de ensino fundamental e 66.000 no ensino médio, em 165 escolas públicas, em sua maioria da rede estadual. O Gráfico 1 demonstra a variação no contingente de jovens matriculados na educação básica nos municípios da Região, ressaltando a enorme defasagem entre os níveis fundamental (barra azul) e médio (barra vermelha) de ensino.



Matrícula total Ensino Fundamental - 2010 Matrícula Inicial E Médio Total, 2010

Gráfico 1: Matrículas na Educação Básica por Município. Região Sul da Bahia, 2010.

Observa-se no Gráfico 2 que a maior perda ocorre na passagem do ensino fundamental ao ensino médio. Apenas 22% dos egressos no primeiro nível ascendem ao nível médio de ensino, com enorme variação entre municípios (39% em Floresta Azul a 6% em Jucuruçu). Em dezenove desses municípios, a taxa de perda na transição supera 80%.

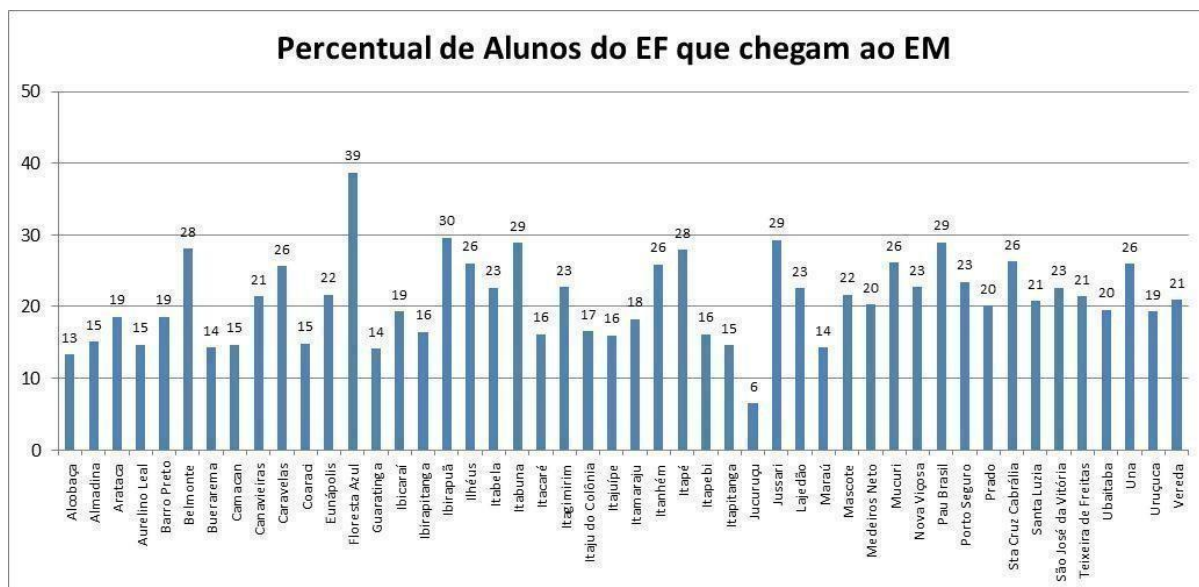


Gráfico 2: Taxa de acesso do Ensino Fundamental ao Ensino Médio por Município. Região Sul da Bahia, 2010.

No Gráfico 3, observa-se a variação no contingente de estudantes do ensino médio por município, em parte devido à variação populacional, porém, também como decorrência das taxas diferenciadas de perda na transição do nível fundamental ao médio. Jucuruçu e Almadina são os municípios com menor população escolar nesse nível (respectivamente 139 e 161 estudantes), em contraste com Itabuna (8.700 estudantes) e Ilhéus (7.500 estudantes), Porto Seguro (5.700 estudantes) e Teixeira de Freitas (4.900 estudantes).

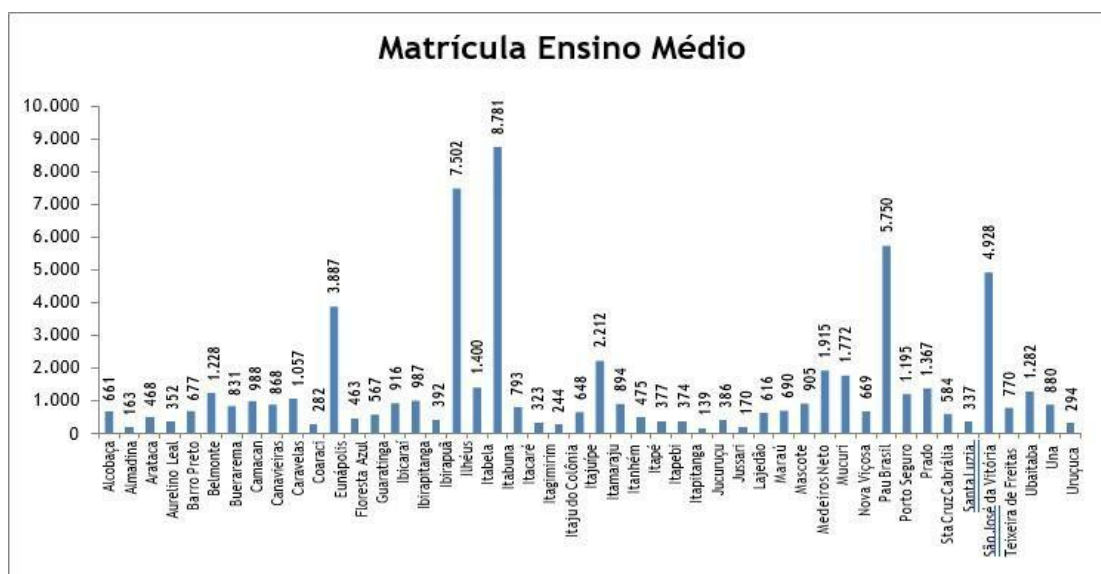


Gráfico 3: Matrículas no Ensino Médio por Município. Região Sul da Bahia, 2010.

O Gráfico 4 demonstra que as taxas de evasão dentro do ensino médio são bastante reduzidas, dado que o tamanho dos contingentes matriculados não varia muito entre as séries escolares.

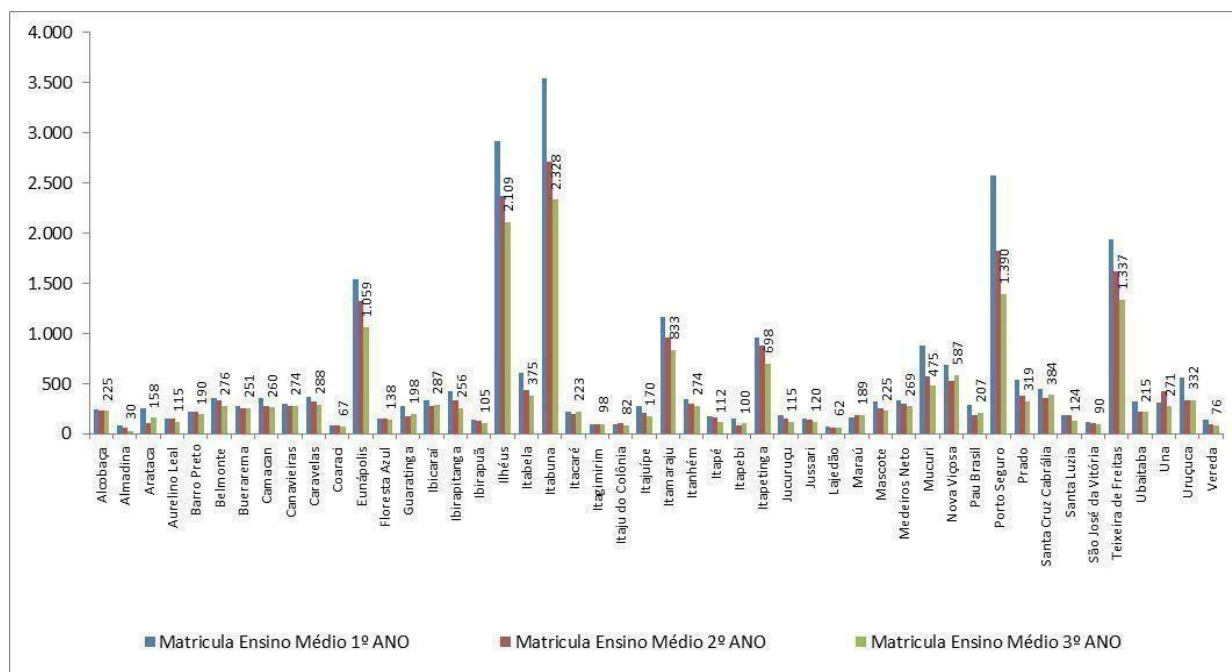


Gráfico 4: Matrículas no Ensino Médio por Série e Município. Região Sul da Bahia, 2010.

Entretanto, conforme o Gráfico 5, mais que a evasão, os percentuais de aprovação muito contribuem para o total de graduados do Ensino Médio que, potencialmente, irão compor a demanda por educação superior proveniente da rede pública de ensino. Nesse gráfico, verifica-se que, além das sedes Itabuna/Ilhéus, Porto Seguro e Teixeira de Freitas, os municípios com maior concentração de graduados do ensino médio são, pela ordem: Eunápolis (775 egressos), Itamaraju (601), Nova Viçosa (405), Mucuri (307), Santa Cruz de Cabrália (266) e Itabela (264). Vários outros municípios (Belmonte, Buerarema, Camacan, Canaveiras, Caravelas, Coaraci, Ibicarai, Itanhém, Medeiros Neto, Una e Uruçuca) graduem em torno de 200 estudantes a cada ano.

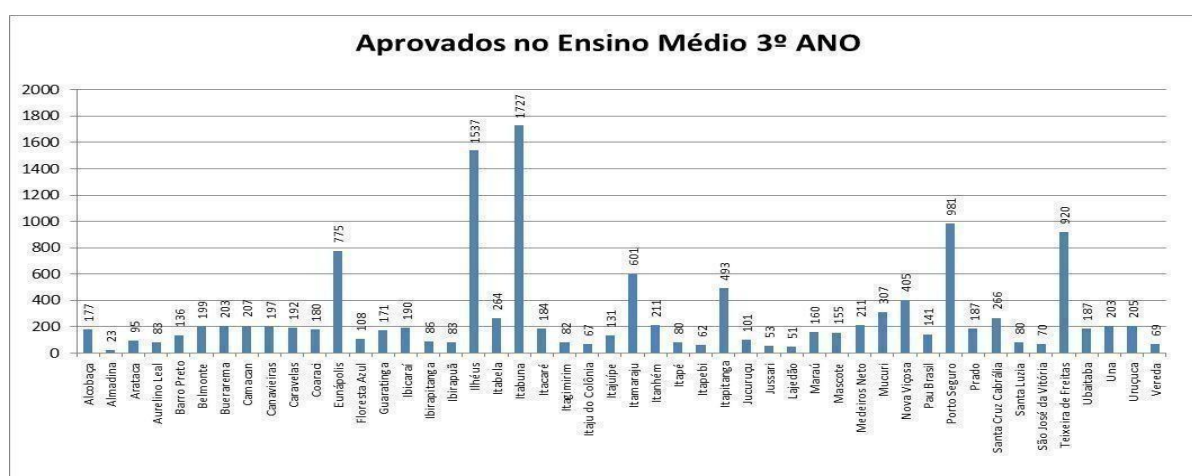


Gráfico 5: Aprovados no último ano do Ensino Médio por Município da Região Sul da Bahia, 2010.

Para atender à demanda social por educação superior, a Região Sul da Bahia conta com quatro instituições públicas e 11 estabelecimentos privados.

A **Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)**, criada em 1991, oferece anualmente 800 vagas em cursos de graduação nas áreas de saúde, ciências da vida, ciências humanas, engenharias e ciências exatas e tecnológicas. Apesar de situar-se em um único *campus*, na rodovia Ilhéus-Itabuna, a área geoes educacional da UESC abrange as sub-regiões conhecidas como Baixo-Sul (11 municípios), Sul (42 municípios) e Extremo-Sul (21 municípios), perfazendo um total de 74 municípios. O quadro de pessoal da UESC é composto por 780 docentes e 409 servidores técnicos e administrativos.

Atualmente, encontram-se matriculados na UESC 9.469 estudantes na graduação presencial, EaD/UAB, Parfor e pós-graduação. São ofertados 44 cursos de graduação, sendo 33 presenciais regulares – 22 bacharelados e 11 licenciaturas, sendo 01 curso de licenciatura regular na modalidade Educação a Distância. Quanto aos cursos e programas de pós-graduação *stricto-sensu*, encontram-se em andamento 16 mestrados, 04 doutorados e 05 cursos *lato-sensu*.

A **Universidade do Estado da Bahia (Uneb)**, criada em 1983, é de natureza multicampi e multirregional. Oferece 108 opções curriculares de graduação, 9 programas de pós-graduação *stricto sensu*, além de 217 programas especiais de graduação, em 24 *campi* em todo o Estado da Bahia. Tem nos seus quadros 2.003 professores e 1.147 técnicos administrativos, acolhendo cerca de 40.000 estudantes. Especificamente na Região Sul, a Uneb mantém *campi* em Eunápolis e em Teixeira de Freitas. Em Eunápolis, oferece Bacharelado em Turismo e licenciaturas em Letras com Língua Portuguesa e História, num total de 140 vagas, contando com 43 professores e 12 técnicos administrativos. Em Teixeira de Freitas, a Universidade oferece os seguintes cursos: licenciaturas em Pedagogia, História, Letras com Língua Portuguesa, Ciências Biológicas, Matemática e Letras com Língua Inglesa, em um total de 235 vagas, contando com 80 professores e 25 técnicos administrativos.

Além de cursos regulares de graduação, a Uneb oferece cursos especiais de Artes, Biologia, Educação Física, História, Letras com Língua Portuguesa, Matemática, Pedagogia e Geografia nos municípios de Eunápolis e Belmonte, totalizando 450 vagas. Em Teixeira de Freitas, Itanhém, Caravelas e Itamaraju, oferta cursos de Artes, Administração Pública, Biologia, Educação Física, Geografia, História, Letras com Língua Espanhola, Matemática, Pedagogia, Sociologia, Informática e Química, totalizando 1.400 vagas.

O **Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA)**, criado pela Lei nº 11.892/2008, é resultado das mudanças promovidas no antigo Centro Federal de Educação Tecnológica da Bahia. O IFBA oferece cursos de nível médio, graduação, formações tecnológicas, bacharelados, engenharias e licenciaturas. Com a expansão da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, o IFBA planeja implantar cinco novos *campi* até 2014: Brumado, Euclides da Cunha e Juazeiro – onde já existem núcleos avançados do Instituto, além de Lauro de Freitas e Santo Antônio de Jesus.

Atualmente, o IFBA possui 16 *campi* e cinco núcleos avançados. Em particular, na Região Sul, o IFBA oferece, em Porto Seguro, licenciaturas em Química, Computação e intercultural indígena, e em Eunápolis, licenciatura em Matemática e curso superior de tecnologia em análise e desenvolvimento de sistemas, perfazendo um total de 230 vagas.

A formação tecnológica tem sido promovida na Região Sul também pelo **Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano (IFBaiano)**, autarquia criada em 2008, de natureza pluricurricular e multicampi. O IFBaiano é constituído por 10 *campi*, situados nas cidades de Bom Jesus da Lapa, Catu, Governador Mangabeira, Guanambi, Itapetinga, Santa Inês, Senhor do Bonfim, Teixeira de Freitas, Uruçuca e Valença, atendendo 6.843 estudantes, distribuídos em 52 Cursos Técnicos. Cursos de graduação são ofertados a 740 estudantes, incluindo Licenciaturas, Bacharelados e Cursos Superiores de Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas e em Agroindústria.

Na Região Sul da Bahia, o IFBaiano tem *campus* em Uruçuca, com 629 estudantes, e em Teixeira de Freitas, com 528 estudantes, em Cursos Técnicos.

O setor privado, no entanto, predomina em termos de quantidade de vagas e matrículas na Região Sul. Na Tabela 2, pode-se observar que a rede privada de ensino superior é composta por diversos estabelecimentos de ensino, cobrindo praticamente todo o território de abrangência da UFSB. No total, oferecem mais de 22.000 vagas presenciais, em 76 cursos de graduação. Não obstante, considerando a reduzida articulação interinstitucional, essa oferta mostra-se insuficiente nas áreas estratégicas para o desenvolvimento da região, como por exemplo nas engenharias e nas licenciaturas em ciências exatas e da natureza.

Como vimos acima, no total, cerca de 14.000 estudantes se graduam, na rede pública de ensino médio da Região a cada ano e 3.000 estudantes da rede privada completam esse contingente. Portanto, considerando uma latência de três anos para os graduandos no ensino médio e uma desistência de 50% ao ano entre os que buscam acesso à formação universitária, podemos estimar uma demanda potencial para educação superior da ordem de 24.700 candidatos/ano em todos os municípios da Região.

MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	CURSOS	VAGAS ANUAIS AUTORIZADAS
Itabuna	Faculdade de Tecnologia e Ciências de Itabuna (FTC)	24	3.409
	Faculdade do Sul - UNIME	26	4.890
	Faculdade Maurício de Nassau de Itabuna	2	480
	Faculdade Santo Agostinho de Itabuna	1	85
	Instituto Santo Agostinho de Itabuna	1	150
	Ilhéus	Centro de Ensino Superior de Ilhéus	9
Faculdade Madre Thaís		15	1.735
Eunápolis	Faculdade de Ciências Jurídicas de Eunápolis	1	50
	Faculdade Espírito Santo	2	250
	Faculdade Pitágoras de Eunápolis	3	300

	Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis	1	55
	Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia	9	1.100
Porto Seguro	Faculdade Nossa Senhora de Lourdes	16	1450
Itamarajú	Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas	8	1284
Teixeira de Freitas	Faculdade do Sul da Bahia - FASB	22	3.170
	Faculdade Pitágoras	26	3.390
Região Sul	Total	166	22.878

Tabela 1 – Distribuição da oferta de ensino superior privado na Região Sul da Bahia. Fonte: emec.mec.gov.br. Dados de Fevereiro de 2019

Dado o dinamismo do processo da autorização, abertura e ajustes na oferta de novos cursos de graduação, em IES públicas e privadas, os dados apresentados aqui estão sob constante mudança.

Os grandes destaques da UESC são o Curso de Medicina, com foco na atenção primária em saúde, detentor da melhor avaliação Enade/Inep na Bahia e, na pós-graduação, a área de Biotecnologia.

Apesar da criação de novos cursos na UESC e a alta qualidade da formação em alguns dos seus cursos, esta instituição não supre a demanda de egressos do ensino médio que desejam e necessitam ingressar no ensino superior no Curso de Medicina.

MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	CURSOS	VAGAS
Ilhéus	Universidade Estadual de Santa Cruz	48	3.902
Teixeira de Freitas	Universidade do Estado da Bahia	22	1.145
Eunápolis	Universidade do Estado da Bahia	3	140
	Instituto Federal da Bahia	2	130
Porto Seguro	Instituto Federal da Bahia	3	100
Uruçuca	Instituto Federal Baiano	2	70
Região Sul	Totais	60	1 475

Tabela 2 – Distribuição da oferta de ensino superior público na Região Sul da Bahia, 2013. Fonte: emec.gov.br. Acesso em fevereiro de 2019.

Em contraste com o quadro de deficiências educacionais e baixa cobertura de educação superior delineado acima, os projetos de desenvolvimento regional e outras possibilidades deles decorrentes demandam recursos humanos qualificados para sua implantação e, posteriormente, para a consolidação dos empreendimentos e iniciativas. Para isso, será imprescindível a formação, urgente e em escala massiva, de mão de obra qualificada em nível superior, nas áreas acadêmicas e em carreiras profissionais e tecnológicas pertinentes.

Enfim, face às carências e às oportunidades aqui delineadas, justifica-se plenamente a iniciativa de implantar na região uma instituição federal de educação superior (IFES) de porte médio e com inovador desenho institucional ajustado a esse contexto de carências e demandas. Dessa forma, pretende-se ampliar a oferta de vagas públicas no nível superior de formação, em paralelo e em sintonia com a melhoria dos indicadores pertinentes ao ensino básico, reforçando os programas de aumento da qualidade do ensino fundamental e médio na região.

É certo que o desenvolvimento da região terá como base ferrovias, trens e portos para transporte de minérios, parques industriais e centros de distribuição de bens e serviços. Para torná-la sustentável e socialmente impactante, será preciso engajar e beneficiar, preferencialmente, a população da região, mediante programas de formação em engenharia de Transportes, Química, Logística, Mineração etc., destinados prioritariamente à formação de mão de obra local.

Entretanto, para além do desenvolvimento imediato, é preciso também identificar demandas específicas relacionadas a propostas de formação relacionadas não somente ao crescimento econômico, mas também ao desenvolvimento social e humano da Região. Nesse caso, enquadram-se os campos da Saúde, do Desenvolvimento Ambiental Sustentável, das Humanidades e das Artes. Por exemplo, pode-se apontar o Território do Extremo Sul da Bahia como futuro pólo de referência em termos de assistência médica e promoção da saúde e o território da Costa do Descobrimento como pólo de formação em Ciências Humanas e Sociais e em Ciências Ambientais. Logicamente, tudo isso com o entendimento interdisciplinar compatível com as mais avançadas tendências científicas, acadêmicas e tecnológicas do mundo contemporâneo. Nesse contexto, criou-se a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

5.3 Porque é preciso reinventar a educação médica no Brasil

Nesta última subseção das Considerações Iniciais, 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 adiante, no capítulo 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.

5.3.1 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 já aproveitava os avanços da clínica moderna.

A formação médica como prática sistematizada de base tecnocientífica, consolidada 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 reeditava um antigo conflito com a tradição anátomo-clínica, 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, propostas de renovação da prática clínica foram implementadas aproveitando o potencial de articulação do modelo preventivista de Leavell- lark como “guarda-chuva” da prática médica mediante os conceitos de prevenção secundária e terciária.

Em suma, da 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. 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: na América do Sul, 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 antiflexneriana (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, compreendendo o cuidado em saúde como uma especialização precoce e infinda, com excessiva tecnificação e mesmo despersonalização, que em muito facilitaria a mercantilização da Medicina, em suas diversas modalidades (ALMEIDA-FILHO, 2010).

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, ambos de 1965: o Relatório Acton (análise da situação, pelo consultor 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 5.540, 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” (U, 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 compensou, certamente, o enorme saldo negativo: problemas herdados no regime elitista e tecnocrático, enfim consolidado. Do ponto de vista da 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, herdado do modelo bonapartista de universidade e 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 uma abordagem dos 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 2007, foi lançado no Brasil o que já pode ser reconhecido como a Reforma Universitária de 2008. Entre outras medidas, essa reforma incluiu um plano de investimento maciço com o objetivo de duplicar o porte da rede de universidades federais. Nesse sentido, promoveu a abertura de cursos noturnos e foi complementada pela ampliação de programas na Pós-Graduação nas universidades federais, viabilizados pela recuperação do financiamento e contratação de quadros docentes. No bojo do Programa REUNI, fomentou-se uma reestruturação da Graduação, fundamentalmente por meio de novos formatos de processo seletivo, como o aperfeiçoamento do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), complementado com o Sistema Unificado de Seleção (SISU). Essas iniciativas vêm permitindo, entre outras medidas, 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 com o primeiro ciclo de formação: o Bacharelado Interdisciplinar (BI).

5.3.2 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. Manuel Vitorino, Afrânio Peixoto, Nina Rodrigues, Oscar Freire, Alfredo Brito, Juliano Moreira, Martagão Gesteira, Prado Valadares, Pirajá da Silva e Gonçalo Muniz, entre outros, 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 mil 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, no município de Ilhéus. A UESC oferece 33 cursos de graduação e 13 de pós-graduação *stricto sensu*. Atualmente, também 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 suma, em 2019, há 22 cursos de Medicina no Estado da Bahia, sendo nove públicos e treze privados, seis na capital e região metropolitana e dezesseis no interior. Atualmente, são ofertadas 2.209 vagas anuais de Medicina na Bahia.

Enfim, a atualização histórica da educação médica tecnocientífica alcançou-nos com pelo menos meio século de atraso. Ainda assim, conforme recentemente demonstrado (ALMEIDA- FILHO, 2010), 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.

5.3.3 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 sindicalizados que adoeciam tinham acesso a clínicas e hospitais dos respectivos institutos de previdência. 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 deviam confiar apenas 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 é direito do cidadão e dever do Estado. Como consequência deste dispositivo constitucional, posteriormente foi organizado o Sistema Único de Saúde (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.

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.

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 estudantes.

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 da dissonância entre missão do SUS e processos e objetivos concretos do sistema de ensino superior. 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 têm o potencial de recuperar o humanismo médico, reforçando a capacidade crítica dos formandos, ao definir saúde como mais do que mera ausência de doença, permitindo tratar o paciente como um ser humano que sofre, 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 da medicina hospitalocêntrica e especializada, de viés privatizante, resultante de modelos assistenciais incapazes de atender à ampliação das necessidades sociais por saúde. 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 um importante 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.

O estabelecimento acadêmico, liderado por faculdades tradicionais, é contra o rearranjo da base ideológica do ensino superior e, portanto, tende a recusar modelos inovadores de ensino. 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 primários de saúde 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.

6. JUSTIFICATIVA DO PROJETO

A justificativa para o projeto político-pedagógico de um curso médico em bases radicalmente renovadas e baseado no regime de ciclos compreende, de início, atendimento a demandas sociais e dívidas históricas; em segundo lugar, integração a determinantes institucionais e, em terceiro lugar, consistentes razões acadêmicas. Detalhamos, a seguir, as principais justificativas para a criação deste curso na Região Sul da Bahia com base em um novo modelo de educação superior em saúde.

6.1. Demanda social por saúde

As diferenças sociais 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 infraestrutura das regiões Sul e Sudeste e da região Nordeste revela que esta última apresenta um déficit nas questões relativas à saúde da população.

Compreendendo a saúde de forma mais abrangente que a simples ausência de doenças e considerando seus determinantes socioambientais, analisemos os dados do IBGE sobre o abastecimento de água e o saneamento básico nessas regiões. Houve uma melhoria global dos serviços nos últimos anos, mas a distribuição ainda é heterogênea. O esgotamento sanitário em 2008 chegou a 55,2% dos municípios do país como um todo; porém enquanto no Sudeste, 95% dos municípios (1586) possuíam rede coletora de esgoto, no Nordeste apenas 46% municípios (819) (IBGE, 2011).

No que concerne a questões mais específicas da saúde no país, a distribuição da infraestrutura médico-hospitalar e dos recursos humanos para atender à nossa população também é desigual. 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 milhão de 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 problemas relacionados à distribuição irregular de trabalhadores em saúde, 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 falta de senha ou vaga (48,9%) e falta de médico para o atendimento (25,5%) (IBGE, 2003). No Sudeste, onde habita 42% da população brasileira, estão 57% dos médicos do país; já o Norte e o Nordeste, que juntos concentram 37% da população, detém apenas 20% dos médicos.

Dados de 2010, produzidos pela pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, confirmam que quase dois terços dos 364.757 médicos com registro profissional ativo no Brasil estão concentrados no Sudeste e Sul, enquanto apenas 17% estão fixados no Nordeste, correspondendo à 1,19 médico/1.000 habitantes, razão bastante

inferior à média nacional, estimada em 1,95 (CFM, 2011). Além dessa distribuição demográfica desigual, inalterada mesmo com o crescimento da população de médicos nos últimos anos, os dados da pesquisa são irrefutáveis quanto à desigualdade entre setor público e privado, capital e interior e na oferta das diferentes especialidades médicas.

O setor público de saúde empregava no Brasil, em 2005, 1.448.749 profissionais de nível superior. Na Bahia, no mesmo ano, 59,7% dos empregados na área da saúde tinham vínculo público, sendo 74,9% destes na esfera municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

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 de habitantes existem 15.226 médicos na Bahia, uma proporção de 1,05 médico para cada 961 habitantes (CREMEB, 2010). A distribuição territorial desses profissionais se mantém heterogênea, sendo que de aproximadamente 15.500 médicos do Estado, 10.250 atuam em Salvador e Região Metropolitana, ou seja, 66% dos médicos atuam onde reside 1/4 da população baiana (CREMEB, 2010).

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).

A Região Sul da Bahia é representativa dessa profunda desigualdade social e territorial. Por um lado, compreende um polo de serviços de saúde com alta concentração de médicos e equipamentos, no eixo Ilhéus-Itabuna, onde atuam mais de mil profissionais. Por outro lado, no Extremo Sul, apenas 213 médicos se concentram em Teixeira de Freitas, no centro de uma região com mais de 500 km de raio sem formação médica.

Uma distribuição mais equânime dos profissionais médicos pelo vasto território brasileiro, possibilitando atenção às necessidades de saúde da população em seus locais de residência, é, assim, uma política desejável e necessária para a 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. 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.

6.2 Dívida histórica da educação superior em saúde

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, tal discrepância influencia na concentração desigual de médicos nessas regiões, pois muitos desses estudantes, quando se tornam profissionais, permanecem no local onde obtiveram sua pós-graduação, por terem conseguido, na ocasião, sua inserção no mundo do trabalho (PÓVOA, 2006). Este mesmo estudo mostra ainda que o Nordeste continua sendo pouco atrativo para os médicos migrantes.

Quanto à estrutura da graduação, em 2003, apenas 16,4% dos cursos de medicina do Brasil se encontravam no Nordeste e 46,6% no 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, a grande maioria na capital (IBGE, 2003).

Deve-se considerar ainda que uma parcela pequena, porém significativa, 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, é preciso revalidar esses diplomas nos Conselhos Regionais de Medicina, tarefa dificultada pelas regras exigidas e a formação precária ofertada por muitas escolas estrangeiras.

Conclui-se, assim, que há uma lacuna de pessoal em saúde no interior do Estado da Bahia, sendo que a formação desses profissionais precisa estar comprometida com a qualidade técnica e com princípios éticos e humanitários do Sistema Único de Saúde. Esta forma de pensar a saúde exige das unidades de ensino uma formação profissional que responda às demandas sociais e também às necessidades individuais e coletivas da população. Esse delineamento da saúde requer que a formação universitária supere o ensino baseado na fragmentação do conhecimento, na especialização precoce, na supervalorização da alta tecnologia e na falta de uma perspectiva interdisciplinar.

Essa deficiência mostra-se ainda mais flagrante no Extremo Sul do Estado, devido ao relativo isolamento geográfico que a região sofreu em passado recente. Para superar o desafio da fixação dos profissionais de saúde em regiões subservidas, como é o caso do Extremo Sul da Bahia, a experiência internacional ensina que o enfrentamento do problema requer a combinação de uma gama de estratégias que ofereçam perspectivas de longo prazo atrativas aos profissionais (perspectiva de futuro). Uma das estratégias que se têm revelado mais eficaz é a formação dos profissionais nas regiões onde eles são mais necessários. Nesse caso, pode-se dizer que a formação profissional na própria região não apenas aumenta significativamente a fixação desses profissionais em suas comunidades, como promove a qualificação da rede de atenção em saúde.

6.3 Razões acadêmicas em favor de uma proposta pedagógica inovadora

Em termos estritamente acadêmicos, o modelo aqui proposto de educação médica em ciclos, orientada e baseada na comunidade, com ênfase na atenção básica encontra-se de acordo com os princípios do SUS, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (DCNM) e as diretrizes do Pró-Saúde.

Se o regime de ciclos busca formar um novo perfil estudante-profissional, capaz de aprender continuamente, compreender e analisar criticamente o conhecimento científico, hábil tecnicamente, voltado para a promoção da saúde; capaz de operar segundo referenciais humanísticos, éticos e solidários para o trabalho em equipe, a Educação Médica Baseada na Comunidade (EMBC) pressupõe uma prática pedagógica reflexiva, orientada pelos princípios da aprendizagem significativa, centrada no estudante, e um ambiente de autoaprendizagem, com tutoria, modelagem de situações-problema de saúde e congruência entre avaliação e currículo.

6.3.1 Demandas-desafios do SUS à universidade

o preconizar a saúde como “direito de todos e dever do estado”, a onstituição ederal 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 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 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 administrado por

uma universidade no Rio Grande do Sul 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 revelam insatisfação com a qualidade do atendimento, muitas vezes enfatizando 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 médica no Brasil voltou a ser debatida na grande imprensa e na literatura especializada a partir do Programa MAIS MÉDICOS do Governo Federal (2012). 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. Em 2014, entretanto, foi apresentada pela UFRJ uma “Proposta de expansão de Vagas do Ensino Médico nas ” às instituições universitárias que manifestaram interesse e reúnem condições de assumir essa expansão. Elaborada por Grupo de Trabalho instituído pela Portaria 86/2012 do SESu/MEC e coordenado pelo Prof. Henry de Holanda Campos, da Universidade Federal do Ceará (UFC), a proposta de alocação de novas vagas prevê que 68,8% delas sejam destinadas às regiões Norte e Nordeste e 17,5% destinadas ao Centro-Oeste, pois numerosos problemas vêm sendo apresentados como consequência de formação médica inadequada e da distribuição desigual dos médicos entre regiões, setor público e privado, capital e interior. Visto que no mundo do trabalho em saúde vem sendo valorizada uma postura participativa, responsável, resolutiva e integrada do profissional, uma nova “identidade médica” deve e pode ser formada no seio das universidades brasileiras.

Currículos novos e antigos, entretanto, 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 estudantes 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 atual expansão da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família tem ofertado novos postos de trabalho, mas se apresenta como um desafio ao ensino médico, pois requer um profissional apto a prestar atendimento integral e resolutivo, além de ter conhecimentos em epidemiologia, saúde pública, prevenção e promoção da saúde. Comprovadamente, a aquisição de grandes quantidades de conhecimento de forma passiva, fragmentada e linear, formato encorajado por currículos de 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 estudantes é contrário aos ideais contemporâneos que estimulam a construção de sociedades solidárias e sadias, nos aspectos pessoal e profissional. A formação em regime de ciclos, sendo um primeiro ciclo comum para todos os estudantes da área da saúde, pode transformar o campo das práticas, colocando esses estudantes como integrantes de um mesmo aprendizado em prol de um só objetivo, que é a integralidade do atendimento em saúde, ampliando sua visão interdisciplinar e solidária durante a formação universitária, para que, futuramente, possa realizar uma prática mais efetiva, inclusive no campo da promoção da saúde, sem recorrer a um discurso medicalizado, restritivo-punitivo e superficial, e enxergando a comunidade como detentora de conhecimentos fundamentais para viabilizar mudanças sustentáveis nas suas próprias condições de saúde.

O momento atual é de interação entre pessoas e instituições, estabelecendo parcerias para o aprimoramento técnico e tecnológico. Centros universitários do Brasil e do mundo estão abertos para programas de incentivo à pesquisa e à produção científica, voltadas para a melhoria das condições de saúde da população. O regime de ciclos é capaz de ampliar possibilidades de contato do estudante com a tecnologia e com laboratórios de informática, promovendo um maior diálogo com outros centros de educação e pesquisa em saúde, programas

de educação médica continuada, ainda pouco explorados nas universidades brasileiras, mas que abre portas para a discussão e o aprimoramento no campo da saúde (CHRISTANTE, 2003). A possibilidade de emergência do “novo” no ensino em saúde requer muito mais que modificações ou atualizações curriculares. A fragmentação do conhecimento durante a formação em saúde e a falta de uma abordagem interdisciplinar têm sido apontadas por diversos autores como determinante da reduzida integralidade na assistência à saúde. Reformas curriculares ainda carecem de estudos que avaliem sua eficácia no sentido de promover um ensino em saúde alinhado com as perspectivas do SUS.

6.3.2 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.

Durante o curso médico, a valorização da formação cultural e psicológica no regime de ciclos pode ser uma solução para problemas relacionados à qualidade de vida e ao desempenho profissional desses jovens. Nos moldes atuais da formação, 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. Estudo entre residentes de enfermagem em universidade paulistana identificou 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 CCs da psicologia, antes de sua inserção no campo da prática médica, pode ajudar a promover no estudante maior capacidade para trabalhar os dilemas cotidianos da área da saúde e auxiliá-los a lidar melhor com as complexas responsabilidades profissionais que, necessariamente tocam a subjetividade dos sujeitos.

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).

Inseridos no mercado de trabalho, 85% dos médicos consideram sua atividade desgastante e muitos vem 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 descomprometido 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 para a 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?

6.4 Prospecção de modelos avançados de formação médica

Para o planejamento da estrutura curricular do Curso de Medicina da UFSB, realizamos um esforço de prospecção dos mais avançados modelos de formação médica disponíveis no mundo. A *Medical School* da *MacMaster University*, situada no Canadá, é considerada a principal fonte da MBE (Medicina Baseada em Evidências), além de articular-se estreitamente com o celebrado sistema público de saúde canadense. A Escola Médica da Universidade de Maastricht tem sido a mais atuante promotora do PBL (*Problem-Based Learning* – Aprendizagem Baseada em Problemas), principal inovação pedagógica na formação em saúde aplicada no Brasil.

A *Oxford University* é, sem dúvida, a mais antiga e conceituada instituição da respeitada tradição universitária anglo-saxã, sendo considerada a melhor escola médica da Europa. 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 *Universidad de Ciências Médicas de Cuba* tem se notabilizado pela formação em larga escala de médicos voltados ao atendimento em situações sociosanitárias de grande precariedade, ainda assim com alta resolutividade. Acrescentamos uma menção à Faculdade de Medicina da USP, informalmente considerada a melhor escola médica do Brasil pela alta qualidade do seu ensino, que recentemente instituiu modificações curriculares, apesar de manter como projeto pedagógico um modelo de progressão linear convencional.

6.4.1 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 estudante 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 (MCMASTER UNIVERSITY, 2011).

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 (MCMASTER UNIVERSITY, 2011). Essa metodologia exige do estudante uma busca ativa pelo conhecimento necessário à resolução de problemas modelados 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), além de outras inovações pedagógicas na formação em saúde.

6.4.2 Universidade Maastricht

A Universidade de Maastricht é reconhecida internacionalmente como um dos centros de criação e difusão da metodologia do PBL. Seu Centro de Ciências da Saúde possui quatro programas de Bacharelado em Cuidados à Saúde: Ciências Biomédicas, Saúde Pública Europeia, Ciências da Saúde e Medicina. A formação do médico é composta por dois ciclos: três anos de Bacharelado em Cuidados à Saúde com área de concentração em Medicina e, seguida, 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 CCs 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 estudante participa de diversas áreas da medicina como: Medicina Interna; Cirurgia; Oftalmologia; Dermatologia; Ginecologia e Obstetrícia; Pediatria; Neurologia; Psiquiatria e Medicina Social. No último ano do *Medical Master's*, o estudante tem participação mais independente, devendo dedicar-se à prática médica, ainda sob supervisão, para enfim conceber e conduzir de modo semiautônomo um projeto de pesquisa (MAASTRICHT UNIVERSITY, 2011).

6.4.3 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 estudante 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 seguindo um modelo clássico de tutoria clínica.

Para a progressão para o segundo ciclo, o estudante 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. A interrelação entre os aspectos dos conhecimentos pré-clínicos e clínicos do currículo médico são continuamente valorizados pela universidade (UNIVERSITY OF OXFORD, 2011).

6.4.4 Harvard Medical School

O curso médico da Harvard Medical School, seguindo o padrão das universidades norte-americanas, é um *graduate degree* (equivalente ao nosso nível de pós-graduação), que outorga o grau de M.D. (Doutor em Medicina). Antes de entrar na Escola de Medicina, os candidatos devem ter concluído o *college*, curso de quatro anos que concede o grau de Bachelor em Ciências ou em Artes.

Em 1985, a Escola de Medicina de Harvard implementou um novo currículo baseado em PBL. Em 2007, a Universidade de Harvard aprovou um Programa de Educação Geral para todos os seus estudantes, após um debate interno sobre quais cursos e competências devem ser exigidos dos estudantes da instituição matriculados no Harvard College. A extensão do novo currículo para todos os cursos (especialmente a formação médica) tem sido encarado como um grande desafio. No caso específico, os documentos institucionais reconhecem a importância de proporcionar aos estudantes 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 curso médico propriamente dito 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 s como ase olecular e elular da edicina, enética Humana, O Corpo Humano, Imunologia, Microbiologia e Patologia, mas abrangendo também CCs 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 estudantes adquirem uma base clínica através das disciplinas gerais de medicina e pela aquisição de habilidades práticas essenciais para a atividade profissional. Todos os estudantes 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 estudantes também podem cursar estágios eletivos em outras especialidades médicas e têm acesso a outros CCs oferecidos pelas diversas faculdades, institutos e centros da Universidade de Harvard ou instituições associadas (HARVARD MEDICAL SCHOOL, 2011).

O novo programa possibilita aos estudantes 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 estudantes 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 estudantes devem cursar um quadrimestre de Culturas e Crenças das Sociedades Humanas e devem completar, no mínimo, a metade de quatro dos demais programas de educação geral durante o período regular de formação (HARVARD MEDICAL SCHOOL, 2011).

Analisando o caso da reforma curricular do curso médico da Harvard University, Aguiar (2011) faz uma interessante discussão sobre por que motivos um curso consagrado mundialmente desejaria mudar sua estrutura de ensino e seus métodos pedagógicos e sugere uma hipótese: no mundo contemporâneo, emerge a necessidade de um novo profissional médico que, além de conhecimentos teóricos, domínio tecnológico e competências práticas na sua área de atuação, deve cultivar novas atitudes e habilidades cognitivas e relacionais frente ao paciente e à sociedade. De fato, o novo currículo implantado busca um equilíbrio entre as bases biomédicas e humanísticas, deslocando a centralização do aprendizado para o estudante e aprofundando a formação de competências na relação médico- paciente (AGUIAR, 2011).

6.4.5 Universidad de iências Médicas de la Habana

Em 2005, Cuba iniciou um programa de universalização da educação superior denominado *La Nueva Universidad*, cuja principal estratégia compreende a implantação de colégios universitários, chamados Sedes Universitárias Municipais (SUM), com acesso universal a cursos de *Pré-Grado*, primeiro ciclo de formação no sistema universitário cubano. O modelo pedagógico adotado combina modalidades de educação à distância (apesar de ainda com baixa densidade tecnológica) com avaliações presenciais e atividades autodirigidas, tendo a

figura do tutor como facilitador da aprendizagem. Conforme Blanco (2007), às SUM constituem mais que:

"un escenario para cursar carreras en el nivel de licenciatura o semejantes, si no que su capacidad para producir, difundir y aplicar conocimientos debe extenderse a todas las funciones sustantivas, por lo que las mismas se convierten en el escenario clave de la "Nueva Universidad en el Territorio".

Atualmente, mais de 60% da população cubana de 18 a 24 anos, ou seja, cerca de 360 mil jovens, estudam em mais de três mil SUMs, em todos os municípios cubanos. Uma avaliação detalhada do modelo cubano de "universalización de la Universidad", com destaque para o modelo da rede de edes Universitárias Municipais, foi divulgada por Regina Michelotto (2010), num livro intitulado *Democratização da Educação Superior – O Caso de Cuba*.

O ensino médico em Cuba é coordenado pela *Universidad de Ciencias Médicas de la Habana*, instituição estatal de ensino e pesquisa, da esfera do Ministério da Saúde, que congrega 12 escolas de medicina instaladas em todas as regiões do país. O modelo curricular das escolas médicas cubanas é organizado numa estrutura distinta da formação por ciclos (pregrado, grado e posgrado) que predomina nas outras áreas da educação superior. Os documentos oficiais de apresentação do sistema de ensino médico cubano declaram ênfase nos aspectos éticos, formado para a assistência médica integral, hospitalar ou ambulatorial, para crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos, bem como às famílias. Os cursos são orientados para a ação, baseados na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação visando ao desenvolvimento físico, psicológico e social, incluindo ações de saúde ambiental. O perfil profissional declarado no currículo oficial é de um clínico geral preparado para exercer sua prática com sólidos conhecimentos clínicos e abordagem científica (SALAS & SALAS, 2012).

O programa curricular reconhece quatro áreas de competências gerais ou funções do médico: Gestão de Doenças, Educação, Pesquisa, Gestão de Serviços, além de especialidades. O plano de estudos define 220 exemplos de problemas de saúde identificados e resolvidos, com os respectivos níveis de ação e competências, com métodos ativos de aprendizagem, promovendo a independência cognitiva e envolvimento do estudante. O programa busca equilíbrio entre teoria e prática, com ênfase em atividades de grupo que contam com a participação dos estudantes no processo de cuidados de saúde (educação no trabalho). As aulas são reduzidas e, com o ganho de tempo, o estudante deve ter espaço para busca autônoma de informações (SALAS & SALAS, 2012). O tempo médio para autoestudo e trabalho independente passa de 15 horas por semana, nos primeiros dois anos, aumentando significativamente a partir do terceiro ano, chegando a 30 horas por semana. Realização de plantões dia e noite a partir do terceiro ano, com 6-8 horas por semana, no mínimo obrigatório, em corpos de guardas, unidades de cuidados intermediários e intensivos, incluindo sábados e domingos, com uma programação de maior carga horária (12 a 24 horas).

O currículo é composto por 66 unidades de ensino, incluindo cursos, disciplinas optativas e eletivas. Com um total de 10.840 horas, das quais 2.784 correspondem ao estágio, o currículo é baseado na aprendizagem ativa, sem descartar aulas e palestras em atividades presenciais (tais como seminários, práticas de laboratório, oficina de classe, aulas teóricas e práticas) e focaliza o desenvolvimento dos modos de ação mediante atividades profissionais de cuidados de saúde, realizadas em programas de educação no trabalho (Salas & Salas, 2012). Para se graduar, o estudante deve passar por um Exame de Estado Nacional, com avaliadores externos, compreendendo teste prático e exame teórico, que verifica a aquisição de um conjunto de habilidades profissionais. Para participar do Exame de Estado, o estudante deve ter passado por provas práticas e teóricas, durante cinco rotações do estágio.

6.4.6 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 e sim o sistema de progressão linear característico do modelo bonapartista francês de universidade como agregação institucional de faculdades e escolas isoladas.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação em 2002, incentivaram as mudanças ocorridas na graduação médica da USP, iniciadas com a elaboração de um projeto pedagógico que valoriza a formação ética e humanística, além da responsabilidade social aliada à competência técnica (RIOS et al., 2008; AYRES et al, 2013). Um grupo de trabalho formado para debater as disciplinas de Humanidades na formação médica da USP, em 2004, encontrou um cenário com graves problemas, tais como: reduzido interesse dos estudantes por essas matérias e a dissociação entre elas e as demais disciplinas do currículo médico. O depoimento de uma estudante revelou que, entre os mil estudantes do curso, apenas três participaram ativamente daquele grupo de trabalho. Os próprios docentes desconheciam o conteúdo das demais disciplinas da área, o que propiciava a repetição de conteúdos e queixas dos estudantes. No ano de 2006, foi instituído o Currículo Integrado das disciplinas de Humanidades da FMUSP. Na estrutura curricular de 2006, o curso de medicina compreendia 11.025 horas, sendo que destas, apenas 240 eram dedicadas às chamadas disciplinas de Humanidades Médicas que abordavam temas como: aspectos socioculturais e políticos das práticas de saúde; aspectos subjetivos na prática clínica; aspectos éticos na área da saúde e na vida; e o ser médico, sua formação, identidade e trabalho (RIOSETAL, 2008).

A grade curricular, resultante da reforma curricular implantada em 2011, pretende aproximar 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 (GRADE CURRICULAR/USP, 2011). O eixo de formação em temas de saúde pública inclui CCs como: Atenção Primária em Saúde I (sugerida no primeiro quadrimestre); Medicina e Humanidades (segundo quadrimestre); Epidemiologia I: diagnóstico de saúde das populações (terceiro quadrimestre). Nos quadrimestres 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 (GRADE CURRICULAR/USP, 2011).

6.4.7 Súmula da prospecção e perspectivas

Em síntese, conforme a Tabela 3, 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 o altíssimo reconhecimento alcançado por essas escolas médicas não se deve primariamente à adoção da arquitetura curricular em ciclos, mas a elementos pedagógicos correlatos.

Instituição de ensino	Regime de ciclos	Duração 1º ciclo	Duração 2º ciclo	Duração mínima do curso
Harvard	Sim	4 anos	4 anos	8 anos
McMaster	Sim	4 anos	3 anos	7 anos
Oxford	Sim	3 anos	3 anos	6 anos
Maastricht	Sim	3 anos	3 anos	6 anos
UCMH-Cuba	Não	Não	Não	6 anos
USP	Não	Não	Não	6 anos

Tabela 3. Comparativo de Universidades selecionadas, quanto a regime curricular e tempo de duração da graduação em medicina.

Os cursos de medicina existentes no Brasil vêm passando por transformações curriculares com o objetivo de melhorar o atendimento à 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 radical na formação do profissional de saúde, valorizando as vertentes da humanização, da solidariedade e da participação social (ALMEIDA-FILHO, 2011).

A formação médica em regime de ciclos permitirá, em um primeiro momento, o contato e a reflexão do estudante 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 estudante mais maduro, capaz de analisar criticamente suas decisões, com visão humanitária, política e social, e cômico de sua vocação e de sua posição em um movimento maior pela produção de saúde.

Noutra perspectiva, o regime de ciclos na área da saúde pode, por meio de uma formação interdisciplinar que possibilite um contato estreito com CCs da psicologia, artes e humanidades em geral, favorecer o desenvolvimento das habilidades sociais nos estudantes, diminuindo seus níveis de estresse e possibilitando uma melhor qualidade de vida pessoal e profissional.

Em suma, consagrado nos principais cenários mundiais de formação profissional e, 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 (o estudante 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.

Quanto à Educação Médica Baseada na Comunidade (EMBC), isto é, focada no desenvolvimento da relação Médico-Paciente (Eixo clínico), da relação Escola-Serviço de Saúde (Eixo institucional) e Escola-Comunidade (Eixo social), e no desenvolvimento ético-profissional do educando (Eixo pessoal), pressupõe um ambiente de autoaprendizagem, com tutoria, modelagem de situações- problema e congruência entre avaliação e currículo, como veremos a seguir.

Nessa direção, os PPC dos novos cursos médicos devem prever a construção de vínculos entre a escola médica, a rede de serviços de saúde e a comunidade, além da integração com programas de Residência Médica e Multiprofissional, de modo a oportunizar atividades de ensino- aprendizagem que possibilitem ao educando um

papel ativo, sob supervisão, e com tempo suficiente para o desenvolvimento da relação estudante-equipe de saúde, estudante-paciente e estudante-comunidade.

Face ao exposto, vemos neste novo modelo de formação médica, baseada no regime de ciclos e na comunidade, uma possibilidade real de mudanças, no sentido de preparar melhor o jovem para o mundo contemporâneo, fazê-lo participar da construção de um mundo onde prevaleçam os princípios éticos da equidade e da solidariedade, além da expectativa de configurar todo o espaço de produção de cuidado em saúde como espaço de aprendizagem, com foco na qualidade da atenção e na aprendizagem ativa baseada em problemas.

7. MARCO LEGAL

Como referência legal desta proposta, estão a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BRASIL, 1996), as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde (BRASIL, 2001), os Referenciais Orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares (BRASIL, 2010), a Lei 12.871, que institui o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013) e as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014). Dessa maneira, busca-se coerência com as redefinições internacionais, nacionais e locais que ocorreram no subsistema da educação superior, bem como com reformas que ocorreram no sistema de saúde brasileiro e culminaram com o 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.

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 mobilizações 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, onde prover um espaço aberto de oportunidades, construção da aprendizagem permanente e liberdade de expressão da comunidade, em especial estudantes universitários, de forma que possam opinar e propor decisões sobre questões éticas, culturais e sociais.

Passados dez anos, em 2009, a UNESCO realizou outra Conferência Mundial sobre ensino superior, tendo como tema central “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. Sugeriu ainda que para o desenvolvimento de ações de ensino, pesquisa e extensão, as instituições aumentem o foco interdisciplinar e promovam o pensamento crítico e a cidadania ativa, reafirmando o compromisso do ensino superior com 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 LDB (Lei 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 à 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 a promulgação da Constituição de 1988, um novo direcionamento foi dado à política de saúde brasileira, com mudanças no arcabouço jurídico-institucional e organizacional que resultaram na criação do SUS. Esse processo demandou uma revisão das instituições formadoras de profissionais de saúde.

Em 2001, foram aprovadas 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 clara à necessidade de promover no estudante competências relativas ao desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Definem-se os seguintes aspectos fundamentais da educação superior em saúde:

- articulação universidade/sistema de saúde;
- formação geral e específica, competências comuns às formações profissionais;
- ênfase: conceitos de saúde, promoção da saúde, princípios e diretrizes do SUS;
- aprender a aprender: aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conviver, aprender a conhecer;
- perfil acadêmico e profissional, competências, habilidades e conteúdos contemporâneos;
- atuar com qualidade e resolutividade no SUS.

Competências socialmente referenciadas encontram-se previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde, acima mencionadas. Instrumento normativo orientador da organização geral dos currículos dos cursos na área, as DCN-Saúde estabeleceram as seguintes competências gerais que devem ser desenvolvidas ao longo da trajetória dos estudantes: Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento; Educação permanente; Atenção à saúde.

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) com a finalidade de apoiar técnica e financeiramente os cursos que decidissem imprimir um novo modelo de formação em saúde e assegurassem 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 a 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.

No Eixo B – Cenários de Práticas – defende-se que os cenários de aprendizagem prática, durante a formação profissional, devem ser diversificados. Agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, equipamentos educacionais e comunitários. Além disso, recomendam a interação dos estudantes com a vida nas comunidades e com o sistema de saúde local 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.

Em todos os eixos, a problematização está posta 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 apoiam 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 e 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.

Em outubro de 2013, o Congresso Nacional aprovou a Lei 12.871, que institui o Programa Mais Médicos, regulamenta a obediência às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Medicina e determina outras medidas de revisão do marco normativo do ensino médico no Brasil.

Em abril de 2014, o Conselho Nacional de Educação aprovou as novas DCNs, com a obrigatoriedade de que pelo menos 35% da carga horária do estágio obrigatório, em regime de internato, ocorra no SUS, na atenção básica e em serviços de urgência e emergência. As novas diretrizes incluem ainda uma avaliação nacional dos estudantes de medicina a cada dois anos, obrigatória e classificatória para os programas de residência médica.

A análise desses documentos e dispositivos normativos evidencia que o conjunto arquitetura curricular, modelo de formação e estratégias pedagógicas previsto no projeto político-pedagógico do Curso Médico da UFSB enquadra-se perfeitamente no marco legal atualmente vigente no Brasil.

8. ELEMENTOS ESTRUTURANTES DO PROJETO

Neste Capítulo, no sentido de fornecer subsídios que levaram a implantação, em Teixeira de Freitas, de um programa inovador de formação médica (doravante denominado CMed/UFSB), apresentamos estrutura e 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.

A proposta de curso recomendada para o CMed/UFSB compreende a implantação de uma estrutura curricular ampla, atualizada e inovadora, em regime de ciclos, orientada e baseada na comunidade e com ênfase na atenção básica. 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 SUS, de forma ética e humanizada, consciente dos desafios da realidade política, econômica e social do Brasil contemporâneo.

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

1. Formação Interprofissional/Interdisciplinar em Saúde;
2. Formação Profissional (em Medicina, no caso);
3. 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 de pós-graduação (Residências e Mestrados Profissionais; Mestrados e Doutorados Acadêmicos), equivalentes ao Terceiro Ciclo do regime proposto.

A Figura 2 apresenta de modo gráfico e esquemático a arquitetura curricular completa, tal como delineada para a UFSB, com articulação das modalidades de cursos e carreiras profissionais, nos diferentes ciclos de formação. 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 CCs, 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.

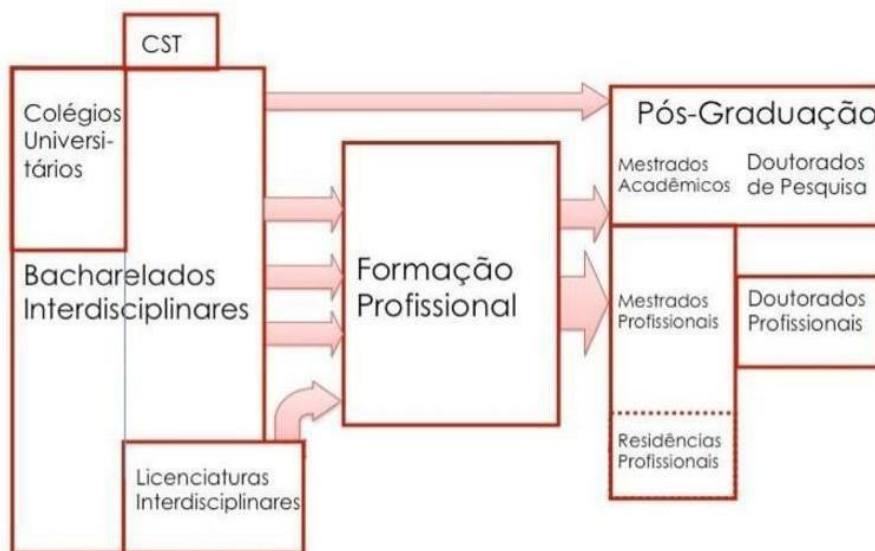


Figura 2. Esquema do regime de ciclos aplicado à formação em Saúde

8.1 Objetivos do curso

Os objetivos do programa de formação proposto são:

- 8.1.1** Formar um profissional capacitado a prestar atenção integral à Saúde, com plena capacidade científica e técnica, ética, atualização tecnológica e científica e num conceito ampliado de cidadania.
- 8.1.2** 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.
- 8.1.3** Oferecer, no segundo ciclo, uma formação específica para o profissional médico, orientada e baseada na comunidade e 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.

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 resolutiva, 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.

8.2 Perfil do egresso

O CMed da UFSB deverá promover uma formação médica geral, humanística, reflexiva e ética, isto é, de um verdadeiro promotor da saúde integral do ser humano, com capacidade para atuarem múltiplos cenários dentro de um conceito ampliado de saúde, desenvolvendo ações de prevenção primária, secundária e terciária nos âmbitos individual e coletivo e nos diferentes níveis de atenção e gestão em saúde, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana. É obrigatório que esse profissional esteja plenamente articulado às necessidades locais e regionais e esteja preparado para atender às demandas profissionais apresentadas pelo mundo do trabalho. Neste contexto, espera-se que o egresso seja, portanto:

- 8.2.1** Capacitado para tratar o paciente numa perspectiva abrangente, integral, reconhecendo o contexto e preparado para acolher a dor e o sofrimento, manejar e/ou resolver suas implicações biológicas e dar suporte às implicações psicossociais;
- 8.2.2** Apto a buscar e avaliar as evidências científicas, aplicando-as de forma resolutiva e apropriada a cada situação e mantendo-se em constante aprendizado;
- 8.2.3** Conhecedor não apenas da esfera biológica e clínica, mas também dos determinantes sociais e psíquicos da saúde e dos conceitos epidemiológicos, noções de custo-benefício e aplicabilidade da evolução tecnológica na área da saúde;
- 8.2.4** Hábil nas relações interpessoais, no trabalho em equipe e nas interações com a comunidade e demais atores sociais;
- 8.2.5** Competente em acolher, escutar, dialogar e cuidar de cada paciente de forma humanizada, sensível e empática, sem preconceitos ou juízos de valor;
- 8.2.6** Um profissional cuja conduta pessoal e técnica seja norteada por princípios éticos e valores humanos;
- 8.2.7** Um cidadão genuinamente comprometido com a vida, a saúde e a justiça social, consciente de sua responsabilidade perante o bem-estar coletivo;
- 8.2.8** 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;
- 8.2.9** Capaz de buscar e analisar informações sobre seu ofício, pautando-o na resolutividade e no bem-estar dos indivíduos e da comunidade, sendo dela participante ativo, cidadão;
- 8.2.10** 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;
- 8.2.11** Apto a dar continuidade a sua formação inicial (graduada), para conquistar autonomia intelectual, responsabilidade social e compromisso com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde.

O perfil almejado é, certamente, 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; consciente da dimensão ética; solidário nas relações interpessoais; engajado socialmente e participativo como cidadão.

Para a concretização desse perfil do egresso, o curso de Medicina da UFSB visa formar líderes promotores do bem-estar da coletividade e comprometidos com:

- a) Garantia do acesso universal, equânime, integral e humanizado à saúde como direito de cidadania;
- b) Trabalho em equipe multiprofissional e prática médica integrada às dos demais profissionais de saúde, de modo a desenvolver trabalho interdisciplinar e construir projetos terapêuticos compartilhados;
- c) Tomadas de decisão com base em evidências científicas e protocolos clínicos, de modo a otimizar recursos, reconhecendo os usuários como protagonistas de sua saúde;
- d) Utilização de novas tecnologias, de modo a promover o acesso a bases remotas de dados, organização

dos sistemas integrados de saúde e construção compartilhada do Plano do Paciente;

e) Qualidade e Segurança da atenção à saúde de acordo com os protocolos clínicos e as normas técnicas para a realização de procedimentos referenciados nos mais altos padrões de qualidade, garantindo a segurança do paciente;

f) Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na APS, na urgência/emergência e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de morbimortalidade;

g) Ética Profissional fundamentada nos princípios da Deontologia Médica e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato médico, preservando a confidencialidade e garantindo a compreensão do paciente.

8.3 VALORES E COMPETÊNCIAS GERAIS

Nas novas DCN para o Curso de Medicina (CNE, 2014), *Competência* é definida como: *capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do SUS.*

O Primeiro Ciclo do modelo de formação proposto definiu as seguintes macrocompetências prioritárias à formação interdisciplinar, desdobradas como competências de caráter geral:

a) Compreender/conhecer a realidade

- Compreender a função social da Universidade em suas relações históricas com o Estado e a Sociedade, com foco na contemporaneidade;
- Compreender os conceitos de Desenvolvimento Humano e Social, Meio Ambiente e Sustentabilidade aplicados aos contextos global, nacional e local;
- 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;
- Compreender o conceito ampliado de Saúde, seu campo de Saberes (conhecimentos científicos e tradicionais) e de Práticas (técnicas e sociais, de pesquisa e intervenção, profissionais e populares em saúde);
- Compreender, por um lado, a saúde como acesso a condições dignas de vida e, por outro, a garantia do acesso universal, equânime, integral e humanizado à saúde como direito de cidadania;
- Compreender a transição epidemiológica e as necessidades de saúde da população brasileira, bem como o processo histórico da Reforma Sanitária e de construção do SUS em um contexto de transição tecnológica;
- Compreender as raízes históricas e a organização do trabalho em saúde nas sociedades contemporâneas em um contexto de transição tecnológica, com foco no trabalho coletivo (interprofissional, interdisciplinar e intersetorial);
- Conhecer diferentes racionalidades médicas e compreender a dimensão cultural-simbólica das práticas de saúde, seus sentidos e significados;
- Reconhecer o valor dos saberes populares e a complementaridade entre os diversos saberes profissionais e científicos;
- Compreender as teorias contemporâneas acerca da constituição do sujeito, os dispositivos de

construção da subjetividade/individualidade e os reflexos dos processos de subjetivação na produção do cuidado em saúde;

- Desenvolver raciocínio sistêmico e visão holística para a compreensão da Saúde como objeto, complexo, seja da pesquisa ou de intervenção, e dos limites dos conhecimentos prévios, mas também da experiência (empíria);
- Analisar situações, conjunturas, relações políticas, campos de força e redes institucionais de maneira sistêmica.

b) Compreender/conhecer as bases bioecológicas e socioculturais dos processos vitais normais e patológicos (saúde-enfermidade-cuidado)

- Compreender as bases moleculares e celulares dos processos normais das estruturas, tecidos e órgãos do corpo humano;
- Compreender as bases anatômicas e morfofisiológicas das estruturas, tecidos e topologias dos órgãos, sistemas e aparelhos do corpo humano;
- Compreender as bases metabólicas dos processos fisiológicos normais dos órgãos, sistemas e aparelhos do corpo humano;
- Conhecer os principais agentes microbiológicos, toxicológicos e farmacológicos, e compreender os mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas, exames diagnósticos e intervenções terapêuticas dos problemas da saúde humana mais prevalentes em nossa realidade;
- Compreender as respostas imunopatológicas aos agentes agressores (de natureza biológica, física e química) e a relação entre parasitas, vetores e hospedeiros;
- Compreender diferentes modelos teóricos acerca da determinação dos processos Saúde-Enfermidade-Cuidado;
- Conhecer as principais abordagens no estudo do psiquismo em suas correlações com a Saúde Humana e as principais modalidades de psicoterapia;
- Compreender como os processos psíquicos e psicossociais que estruturam e organizam a singularidade de cada sujeito afetam sua relação com os outros e sua ação na relação paciente-profissional de saúde;
- Compreender o debate contemporâneo sobre racionalidade médica no mundo ocidental a partir do desenvolvimento da “medicina científica”;
- Compreender os conceitos de Promoção da Saúde, Movimento Cidades Saudáveis, Desenvolvimento sustentável e Saúde ambiental, com foco na Saúde Urbana;
- Compreender o enfoque epidemiológico, seus principais conceitos, metodologias e estratégias de análise da situação de saúde de populações.

c) Atuar em prol da transformação da realidade por meio de práticas interdisciplinares em equipe multiprofissional

- Reconhecer-se como corresponsável pela melhoria da sociedade, tanto em sua atuação profissional quanto em seu comportamento como cidadão;
- Desenvolver atividades de Saúde Coletiva, aplicando conhecimentos epidemiológicos e das ciências humanas e sociais às questões de saúde da comunidade;
- Pesquisar evidências científicas sobre temas da Atenção Primária em Saúde (APS), com análise crítica de metodologia e resultados;

- 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;
- Participar de forma proativa nos diversos espaços sociais, com vistas à garantia da integralidade da assistência, tendo como foco o bem-estar e a qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades;
- Promover a Educação em Saúde em todos os espaços de atuação profissional, junto a indivíduos, famílias, comunidade e sociedade em geral;
- Planejar, implementar e avaliar, de forma participativa, ações de promoção à saúde, com vistas ao empoderamento da comunidade;
- Aplicar todos os conhecimentos – obtidos por meio de fontes, meios e recursos diferenciados – nas diversas situações encontradas nos contextos educativos;
- Saber gerir e superar os conflitos, construindo soluções negociadas para além das diferenças culturais;
- Atuar em equipe multiprofissional de forma cooperativa e dialógica, com responsabilidade e respeito à diversidade de ideias, valores e saberes, valorizando a complementaridade entre as competências profissionais;
- Comprometer-se com o diálogo e a ação interdisciplinar em saúde, integrando conhecimentos e práticas à dos demais profissionais;
- Promover estilos de vida saudáveis, considerando as necessidades da comunidade e atuando como agente de transformação social;
- 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;
- Estabelecer relações como contexto político, econômico, cultural e ambiental no qual se inserem as práticas de saúde, atuando como agente crítico e transformador da realidade.

d) Agir com autonomia e auto-organização, comprometendo-se com a educação permanente

- Compreender sua formação humana, técnica e profissional como sua responsabilidade pessoal direta, na forma de um processo contínuo, autônomo e permanente, aprendendo com acertos e erros;
- Desenvolver o gosto pela leitura e pela participação em atividades de enriquecimento cultural, desenvolvendo espírito crítico-reflexivo, curiosidade científica e interesse permanente pela aprendizagem ("*aprendendo a aprender*") ao longo de toda a vida;
- Compreender conceitos e métodos de pesquisa em saúde, analisando e interpretando criticamente as evidências científicas e sua aplicação na promoção do bem-estar individual e coletivo;
- 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 autoplanejamento e auto-organização, adotando métodos próprios de estudo e trabalho e gerenciando de modo eficiente seu tempo e espaço de trabalho.

e) Desenvolver proficiência em línguas e demonstrar capacidade de comunicação, escuta ativa e empatia

- Desenvolver a escuta ativa e valorizar a diversidade de pontos de vista e a multiplicidade de perspectivas profissionais;
- Ter a capacidade de comunicação e expressão (verbal e não verbal) em língua portuguesa com pessoas e grupos de distintas inserções sociais e culturais;

- Desenvolver a capacidade de comunicação em língua portuguesa, com enfoque na leitura e produção de textos acadêmicos e técnicos na área da formação;
- Utilizar adequadamente as tecnologias da informação e de comunicação na pesquisa bibliográfica e produção coletiva de textos técnicos e acadêmicos;
- Desenvolver, pelo menos instrumentalmente e em sua área de formação, as competências de leitura, compreensão e reprodução de textos em inglês;
- Compreender a Linguagem Matemática e Computacional e aplicá-la à análise, simulação e análise quantitativa de dados.

f) Conduzir-se de acordo com preceitos éticos e deontológicos

- Reconhecer e respeitar os valores pessoais, familiares, culturais e religiosos dos pacientes e comunidades, combatendo quaisquer formas de discriminação étnica, social, sexual e religiosa, valorizando a vida;
- Ser acessível e receptivo na interação com indivíduos e comunidade, mantendo a confidencialidade e o sigilo das informações que lhe são confiadas, de acordo com os preceitos da Ética Médica e da Deontologia;
- 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;
- Compreender o uso apropriado, eficaz e custo-efetivo dos recursos disponíveis, mediante avaliação acerca da conduta mais apropriada, adequando as evidências científicas às necessidades de cada pessoa;
- Desenvolver a capacidade de identificar, planejar e resolver problemas de forma ética e responsável;
- Estabelecer relações pautadas em atitudes éticas e humanas que favoreçam a interação em grupo e a tomada de decisões, facilitando o enfrentamento criativo e o gerenciamento de situações novas ou inesperadas.

8.4 Valores e competências específicos

O Segundo Ciclo do CMed/UFSB 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 competências a serem desenvolvidas na formação médica contempladas nas Diretrizes Curriculares para Cursos de Medicina, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE, 2014). No Segundo Ciclo do CMed/UFSB, as Competências estão agrupadas em cinco macrocompetências que se desdobram em valores e competências específicos:

a) Analisar a situação de saúde individual (avaliação clínica) e coletiva (avaliação epidemiológica):

- Desenvolver raciocínio clínico-epidemiológico, segundo o ciclo de vida, aplicando os conhecimentos de disciplinas biológicas básicas (anatomia, histologia, fisiologia e patologia), de epidemiologia, ética médica e psicologia na produção e interpretação dos dados da anamnese e exame físico e no esclarecimento diagnóstico de problemas relevantes;
- Realizar, com proficiência, a anamnese e a construção da história clínica, orientado pelas

necessidades do paciente, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas trazidos pelo paciente e responsáveis, favorecendo a construção de vínculos;

- Identificar os motivos e/ou queixas e considerar o contexto de vida e os elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao processo saúde-doença, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico;
- Investigar sintomas e sinais, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares, registrando os dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível;
- Dominar a arte e a técnica do exame físico (inspeção, palpação, ausculta e percussão) ou exames diagnósticos, que devem ser realizados sempre com cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto do paciente;
- Esclarecer o paciente ou o responsável por ele, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível;
- Formular hipóteses diagnósticas e prognósticas, relacionando os dados da história e exames clínicos, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico e outros;
- Interpretar os resultados dos exames realizados considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto do paciente;
- Utilizar recursos semiológicos e terapêuticos com base nas melhores evidências científicas, avaliando a possibilidade de acesso do paciente aos testes necessários, otimizando o uso dos recursos em benefício do paciente, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- Acessar e utilizar dados e/ou informações acerca do contexto cultural, socioeconômico, ecológico e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, articulando multifatores relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos;
- Conhecer a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde e o estado da arte da produção científica recente no campo da saúde no Brasil e na Bahia;
- Realizar análise de situação de saúde e priorizar problemas de Saúde Coletiva segundo sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.

b) Demonstrar competência na proteção e na promoção da saúde e na gestão dos serviços de saúde

- Reconhecer a saúde como direito fundamental do ser humano e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, aqui 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 atenção;
- Desenvolver e avaliar Projetos de Intervenção Coletiva orientados para os problemas prioritários, garantindo-se a inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade;
- Analisar a organização do trabalho em saúde, utilizando diversas fontes de informação (relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação), e considerando as diretrizes do SUS;

- Realizar trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais e agindo com compromisso ético-profissional;
- Participar na elaboração e implementação de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas priorizados, visando a melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde, favorecendo a eficiência e a efetividade do trabalho em saúde;
- Participar dos espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e sobre os planos de intervenção;
- Participar dos colegiados de gestão e de controle social;
- Exercer a defesa dos direitos dos pacientes, estimulando o paciente a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado, e promover estilos de vida saudáveis, atuando como agente de transformação social;
- Gerenciar o cuidado em saúde, promovendo a integralidade da atenção à saúde e favorecendo a articulação de ações e serviços;
- Monitorar e avaliar a execução dos planos de intervenção, identificando conquistas e dificuldades, e utilizar os resultados da avaliação para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante aprimoramento.

c) Demonstrar competência na atenção às necessidades individuais de saúde, atuando na prevenção, tratamento e reabilitação das doenças e no acompanhamento do processo de morte.

- Compreender as tecnologias de prevenção e controle de doenças, tratamento e reabilitação da saúde, segundo o ciclo de vida e grandes especialidades médicas, sua interface com a relação médico-paciente-comunidade e o meio sócio-econômico-cultural, com ênfase nos agravos mais prevalentes na população;
- Elaborar e implementar planos terapêuticos individualizados, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, registrando o acompanhamento e a avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral do paciente;
- Identificar situações de emergência, atuando autônoma e competentemente de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado, nas situações de emergência mais prevalentes;
- Acompanhar e avaliar a efetividade das intervenções realizadas, considerando-se sempre a avaliação do paciente ou responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;
- Revisar o diagnóstico e o plano terapêutico, sempre que necessário e promover o envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;
- Atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde com ênfase nos atendimentos primário e de urgência/emergência.

d) Agir com autonomia e auto-organização, comprometendo-se com a educação permanente

- 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 biopsicológicas e socioambiental 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;
- Estimular a curiosidade e desenvolver a capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde;
- Desenvolver postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática;
- Estimular a construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, favorecendo espaços formais de educação permanente e participando da formação de futuros profissionais;
- Utilizar os desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações;
- Analisar, criticamente, as evidências científicas que influenciam nas decisões profissionais relativas ao rastreamento, diagnóstico diferencial, tratamento e prevenção de doenças mais prevalentes no Brasil, e aplicar essas evidências científicas na prática profissional, considerando as particularidades regionais e os valores individuais;
- Analisar criticamente as fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pacientes, famílias e responsáveis;
- Identificar a necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis;
- Favorecer o desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade;
- Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde, respeitando-a;
- Desenvolver atitudes de autoaprendizado voltadas para pesquisa eficiente de bases científicas em respostas de questões das práticas em saúde;
- 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 com o médico.

e) Desenvolver proficiência em línguas e demonstrar capacidade de comunicação, escuta ativa e empatia

- Informar e educar pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças;
- Comunicar-se adequadamente com colegas médicos e de outras profissões, exercendo o respeito às diferenças de opiniões e campos de formação;
- 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;

- Escolher estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas;
- Compartilhar conhecimentos com pacientes, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde;
- Promover o diálogo sobre as necessidades referidas pelo paciente ou responsável e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, utilizando linguagem compreensível ao paciente;
- Comunicar-se efetivamente com o paciente nos contextos clínicos (inclusive na documentação dos atos médicos), da família do paciente e da comunidade;
- Informar e esclarecer pacientes, familiares e responsáveis quanto às hipóteses estabelecidas e a investigação diagnóstica, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos;
- Explicar e orientar sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão do paciente ou responsável, e disponibilizar prescrições e orientações legíveis;
- Desenvolver sensibilidade, equilíbrio emocional e resiliência para lidar com o sofrimento, a dor, a doença e a morte.

f) Conduzir-se de acordo com preceitos éticos e deontológicos

- Estabelecer uma relação profissional humanizada e ética com pacientes, familiares e/ou responsáveis;
- Realizar procedimentos médicos de forma tecnicamente adequada, considerando riscos e benefícios para o paciente;
- Considerar a relação custo-benefício de procedimentos médicos e provimento de explicações aos pacientes e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;
- 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 contrarreferência;
- Formular e receber críticas de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho;
- Estimular o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde;
- Incorporar elevado padrão de conduta e desenvolver a autonomia moral para lidar com os dilemas éticos da prática médica.

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 na Tabela 4.

FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR	FORMAÇÃO PROFISSIONAL
<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Compreender/conhecer a realidade</i> ● <i>Conhecer as bases Bioecológicas e Socioculturais dos processos Saúde-Enfermidade-Cuidado</i> ● <i>Atuar em prol da transformação da realidade por meio de práticas interdisciplinares em equipes multiprofissionais.</i> ● <i>Agir com autonomia e auto-organização, comprometendo-se com a educação permanente</i> ● <i>Desenvolver proficiência em línguas e demonstrar capacidade de comunicação, escuta ativa e empatia.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Analisar a situação de saúde individual e coletiva</i> ● <i>Atuar na proteção e promoção da saúde e na gestão eficiente dos serviços de saúde</i> ● <i>Atuar na prevenção, tratamento e reabilitação dos problemas de saúde humana.</i> ● <i>Atuar na redução do sofrimento, incapacitação e morte.</i> ● <i>Conduzir-se de acordo com os preceitos éticos e deontológicos das profissões de saúde</i>

Tabela 4. Macrocompetências Gerais e Específicas conforme Etapa da Formação Médica (Primeiro e Segundo Ciclo)

9. ESTRUTURA CURRICULAR

O PPC do Curso de Medicina da UFSB foi construído coletivamente, baseado na comunidade (nas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde), centrado no estudante como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, a pesquisa e extensão, neste caso por meio da integração ensino- serviço, portanto, a formação médico-acadêmica às necessidades de saúde, com ênfase no SUS.

Com a introdução do regime de ciclos, buscamos construir um modelo de educação possível e viável neste momento crucial de revisão das bases pedagógicas e institucionais da educação superior em saúde na universidade brasileira. Nessa perspectiva, os objetivos do CMed/UFSB são:

- a) No primeiro ciclo, oferecer uma formação geral em cultura humanística, artística e científica, numa perspectiva pedagógica interdisciplinar, articulada a saberes correlatos ao campo da saúde, visando ao desenvolvimento de uma consciência cidadã e planetária.
- b) No segundo ciclo, propiciar formação profissional específica com foco na APS, numa perspectiva ampliada dos fenômenos da Saúde-Enfermidade-Cuidado, fomentando competências científica, técnica, política, ética e humanística.

Embora a UFSB esteja criando mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou à distância, como monitorias, estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em áreas afins, são **conteúdos fundamentais** para o Curso de Medicina:

9.1 No primeiro ciclo (2.700 horas de formação interdisciplinar)

- a) Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

- b) Compreensão da morfologia e dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas e desportivas;
- c) Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos;
- d) Conhecimento e compreensão crítica de antecedentes, contextos e estrutura dos sistemas de proteção, promoção e cuidados à saúde, bem como de setores sociais e institucionais correlatos, no mundo e no Brasil;
- e) Abordagem de temas interdisciplinares, tais com os direitos humanos, educação ambiental, ensino de Libras, educação das relações étnico-raciais e história da cultura Afro-brasileira e Indígena;
- f) Compreensão e domínio das novas tecnologias de informação e comunicação para acesso e operação de bases remotas de dados;
- g) Domínio de, pelo menos uma língua estrangeira;
- h) Promoção da Saúde, nos conceitos do Relatório Lalonde e da OMS.

9.2 No segundo ciclo (6.180 horas de formação profissionalizante)

- a) Abordagem médica do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- b) Compreensão e domínio da propedêutica médica, o que inclui a capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;
- c) Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica.

9.3 Primeiro ciclo: bacharelado interdisciplinar em saúde

A UFSB oferta programas de educação superior mediada por tecnologias na Rede Anísio Teixeira de Colégios Universitários, implantados em localidades com mais de 20.000 habitantes e com mais de 300 egressos do ensino médio, além de assentamentos, aldeias indígenas e quilombos. Os Colégios Universitários funcionam em turno noturno, em instalações da rede estadual de Ensino Médio. Cada ponto da Rede conta com um pacote de equipamentos de tele-educação de última geração, conectados a uma rede digital de alta velocidade.

A entrada geral e única para os cursos de Primeiro Ciclo é oferecida em duas modalidades: Bacharelado Interdisciplinar (BI) e Licenciatura Interdisciplinar (LI). O Bacharelado Interdisciplinar compreende cursos de graduação plena, com duração mínima de três anos, oferecido em quatro grandes áreas de formação: Artes; Humanidades; Ciências; Saúde. Para superação de importante lacuna no cenário educacional da Região e do Estado, a UFSB também oferta a opção de Licenciatura Interdisciplinar (LI) em primeiro ciclo.

Quadrimestre I	Quadrimestre II	Quadrimestre III
Eixo Formação Cultural (Ético-Político-Humanístico)		
Seminário Interdisciplinar: Universidade e Sociedade	Seminário Interdisciplinar: Desenvolvimento Regional	Seminário Interdisciplinar: Contexto Planetário
Leitura-produção de textos em Língua Portuguesa I	Leitura-produção de textos em Língua Portuguesa II	Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde
Competências Computacionais e Conectivas	Linguagem Matemática e Raciocínio Lógico	Raciocínio Computacional e Programação
Inglês I	Inglês II	Inglês III
		Cultura Artística Y
		Cultura Humanística Y
Eixo Vocacional (Prático-Cognitivo)		
Campo da Saúde: Saberes e Práticas* (Visão panorâmica da área, História do campo, Métodos e práticas, Carreiras e Profissões, Regulação das práticas profissionais)	Panorama das Humanidades* (como Cultura Humanística X)	
	Panorama das Artes* (como Cultura Artística X)	
CC Obrigatório	CC Optativo	CC Livre

* Componente curricular de orientação acadêmico-profissional

Figura 3: Matriz Curricular da Formação Geral no BI-Saúde

O ingresso na UFSB se dá pelo Enem/SISu, de duas maneiras: (a) diretamente nas quatro opções de BI ou (b) em Área Básica de Ingresso (ABI) com posterior opção de conclusão para os BI ou LI. Haverá reserva de vagas (cotas) para egressos do ensino médio em escola pública, incorporando recorte étnico-racial equivalente à proporção censitária do Estado da Bahia, com metade dessas vagas destinadas a estudantes de famílias de baixa-renda, conforme a legislação vigente. Nos *campi*-sedes, a cota será de 55% e na rede de Colégios Universitários, será de 85%. Além disso, serão disponibilizadas vagas supranumerárias, por processo classificatório com base no ENEM, restrito a estudantes que cursaram todo o ensino médio no município participante da Rede Anísio Teixeira, mediante convênios especiais com instituições públicas da área educacional.

Conforme se pode verificar na Figura 3, para a montagem dessa estrutura curricular aberta, incorporamos os parâmetros do Pró-Saúde, com base em eixos de formação compostos por módulos de conteúdos e competências:

- Bioecológico-Ético-Político-Humanístico: módulos de aprendizado de conteúdos relacionados a desenvolvimento pessoal, profissional e social;
- Científico: aprendizagem de conteúdos teóricos, metodologia científica, pesquisa bibliográfica, interpretação de trabalhos científicos etc.;
- Práticas: módulos de desenvolvimento de conhecimentos e habilidades a partir de demandas e vivências práticas.

9.3.1. Eixo cultural ético-político-humanístico

A estrutura interna do BI compreende duas etapas: Formação Geral e Formação Específica. A etapa de formação geral, oferecida tanto nos *campi*-sedes quanto na Rede Anísio Teixeira, capilarizada ao nível de municípios e localidades em todo o território de abrangência da Universidade, compreende uma estrutura curricular aberta e flexível, como um verdadeiro *neo-quadriúvio*: línguas modernas (minimamente, Português e Inglês), informática instrumental (letramento digital e competências conectivas), pensamento lógico-interpretativo (uso eficiente de estratégias analíticas e retóricas) e cidadania planetária (consciência ecológico-histórica).

Na primeira etapa do BI, o eixo de formação cultural ético-político-humanística é predominante. Nessa fase inicial, apenas dois blocos de CCs são obrigatórios: *Língua Portuguesa* e *Seminários Interdisciplinares*. Oficinas de leitura e produção de textos em língua portuguesa compõem os primeiros módulos do subeixo linguagens, na formação ético-político-humanística, ofertados a todos os estudantes do BI/LI. O terceiro módulo desse eixo assume o formato de uma oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde. Esse bloco é considerado fundamental para a formação geral universitária porque, em muitos cursos profissionais no Brasil, o estudante demonstra competência técnica e domínio de habilidades práticas, mas não sabe escrever e, muitas vezes, não sabe ler nem compreender textos científicos e técnicos de sua área.

A interdisciplinaridade definidora dessa modalidade de graduação é diretamente promovida, por meio de Seminários Interdisciplinares sobre questões essenciais ao entendimento da posição do sujeito no mundo, ou indiretamente, mediante estrutura curricular aberta e indução de CCs optativos. No primeiro caso, os seminários contemplam História dos Saberes (foco na Universidade); Desenvolvimento Humano e Social (foco no contexto regional); Ambiente, Culturas, Sociedades, Política, Instituições e Organizações (foco planetário). No segundo caso, o subeixo interdisciplinar do BI define-se pela exposição induzida ao que chamamos de culturas da contemporaneidade: cultura humanística, cultura artística e cultura científica. Se o estudante entra no BI-Artes, deve cursar CCs livres em Ciências e em Humanidades; se entra no BI-Humanidades, cursará componentes em Artes e em Ciências; estudantes do BI-Ciências ou BI- Saúde devem incorporar CCs em Artes e em Humanidades. Nos termos do Pró-Saúde, a cultura científica faz parte do eixo de formação técnico-científica do BI- Saúde.

Ainda na formação geral, inicia-se o eixo de formação prática com CCs necessários para orientação profissional. No BI-Saúde, trata-se de um CC denominado Campo da Saúde: Saberes e Práticas, incluindo história do campo, apresentação de saberes e práticas de saúde, métodos de pesquisa, formação profissional, visão panorâmica da área, regulação das práticas profissionais. Caso deseje, o estudante poderá cursar CCs similares das outras grandes áreas, como por exemplo Campo das Humanidades ou Contexto Científico-Tecnológico, que podem servir como módulos de orientação profissional alternativa, propiciando oportunidades de transição vocacional.

9.3.2 Blocos temáticos ofertados no BI-saúde

BLOCO TEMÁTICO: BASES BIOECOLÓGICAS DA SAÚDE (BES)

Princípios de Patologia (60h)

Bases Morfofuncionais da Saúde (60h)

Concepção e Formação Humana (60h)

Farmacologia (60 h)

Neurociências e Comportamento (60h)

Perspectiva Evolutiva Humana (60h)

Sistemas de controle homeostáticos e alostáticos (60h)

Biologia Celular (60h)

Bioquímica (60h) Genética Básica (60h)
Microbiologia: noções básicas (60h)

BLOCO TEMÁTICO: PROPEDEÚTICA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE (PPS)

Semiologia/Propedêutica clínica geral (60h)
Semiologia/Propedêutica dos problemas de saúde na gestação (60h)
Semiologia/Propedêutica em saúde na infância e na adolescência (60h)
Semiologia/Propedêutica dos problemas de saúde na idade adulta (60h)
Semiologia/Propedêutica dos problemas de saúde da pessoa idosa (60h)
Oficina de Cuidados em Saúde Baseados em Evidências (30h)

BLOCO TEMÁTICO: BASES PSICOSSOCIOCULTURAIS DA SAÚDE (BPS)

Acessibilidade, Inclusão e Saúde (30h)
Bases Psíquicas, Sociais e Culturais da Saúde (60h)
Crenças, Religiões, Espiritualidade e Saúde (60h)
Desenvolvimento Humano no Ciclo Vital (60h)
Modelos de Saúde-Enfermidade-Cuidado (60h)
Racionalidades Médicas e Sistemas Terapêuticos (60h)
Relação Sujeito-Profissional de Saúde (60h)
Trabalho e Saúde (60h)
Bases Psíquicas e Culturais da Morte, Perda e Luto (60h)
Bioética (60h)
Corporeidade, subjetividade e contemporaneidade (60h)
Fundamentos de Psicologia: ciência e profissão (60h)
Gênero, Sexualidade e Poder (60h)
Temas Contemporâneos sobre Diversidade Sexual (60h)
Tópicos Especiais em Psicologia e Psicanálise (60h)
Subjetividade e modos de subjetivação (60h)
Bases Históricas e Epistemológicas das Psicologias (60h)

BLOCO TEMÁTICO: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PVS)

Educação Popular em Saúde (60h)
Educação e Comunicação em Saúde (60h)
Planejamento e Gestão em Saúde (60h)
Saúde da Família e da Comunidade (60h)
Vigilância em Saúde (60h)
Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses (60h)
Vigilância Sanitária e Controle de Determinantes (60h)
Vigilância Epidemiológica e Controle de Agravos (60h)
Estatística para as Ciências (60h) Gestão Pública e Social (60h)
Território, Políticas Públicas e Participação (60h)
Questões Socioambientais Contemporâneas (60h)
Direito e Ecocomplexidade (60h)

BLOCO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE (IS)

Bases Bioecológicas da Saúde (60h)
Políticas e Serviços de Saúde (60h)
Promoção da Saúde, Sustentabilidade e Qualidade de Vida (60h)
Cultura, Saberes Tradicionais e Práticas em Saúde (60h)

BLOCO TÉCNICO-CIENTÍFICO EM SAÚDE (TCS)

Introdução à Pesquisa em Saúde (30h)

Oficinas de Textos em Língua Inglesa (OTLI) - Básico (60h)

Oficinas de Textos em Língua Inglesa (OTLI) - Intermediário (60h)

Oficinas de Textos Acadêmicos (OTA) – Projeto (30h)

Oficinas de Textos Acadêmicos (OTA) – Artigo (30h)

9.3.3. ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE

Para facilitar aos que pretendem tomar o BI como requisito para formação profissional na graduação, adota-se o conceito de área de concentração atualmente vigente nos cursos de pós-graduação. Nesse sentido, as Áreas de Concentração, atualmente vigente na Pós-Graduação, tem duas finalidades neste modelo curricular: agregar ao BI terminalidade própria ou servir como etapa de transição entre o BI e um curso de Segundo Ciclo, profissionalizante. Nesse sentido, Área de Concentração (AC) pode ser definida como conjunto de estudos teóricos e aplicados que tenham coerência interna e estejam a serviço da construção de um perfil acadêmico e/ou ocupacional. As ACs organizam-se como trajetórias de formação em campos inter-transdisciplinares de conhecimento, saberes e práticas, constituídos por módulos, eixos e CCs preferencialmente optativos. Dessa forma, incluem o cumprimento da função propedêutica de etapa inicial de estudos posteriores, sem excluir, como dito acima, terminalidade em um BI. Com essa configuração, os CCs que compõem as ACs preparatórias aos cursos profissionais de Segundo Ciclo são ministrados nos Centros de Formação Profissional e Acadêmica (CF), situados nos respectivos *campi*, integrados estreitamente aos IHAC.

A escolha da AC dar-se-á no início da etapa de formação específica do BIS. Na etapa correspondente à AC, o estudante poderá formalizar sua opção de ingresso num curso de Segundo Ciclo, profissionalizante, que contará com um elenco de CCs previamente definido conforme o Projeto Político-Pedagógico de cada curso de graduação. A AC será estruturada a partir de três critérios:

- a) estrutura curricular leve, sem pré-requisitos, mas com matriz curricular com base em eixos e módulos;
- b) trajetórias curriculares abertas à escolha do estudante, com CCs majoritariamente optativos, permitindo inclusive mobilidade inter-áreas;
- c) diversificação de focos de formação, com predominância de componentes propedêuticos.

Ao concluir o terceiro quadrimestre do BI-Saúde, o estudante pode optar por uma AC, composta por pelo menos seis CCs escolhidos a partir da lista de componentes obrigatórios do segundo ciclo correspondente. No Centro de Formação em Ciências da Saúde da UFSB, as formações profissionais específicas inicialmente planejadas compreendem as seguintes ACs:

- Estudos em Saúde-Enfermidade-Cuidado (AC-SEC)
- Subjetividade, Processos Biopsicossociais e Comunitários (AC-SPBC)
- Estudos em Saúde Coletiva.

A primeira é preferencial para progressão aos cursos de Medicina, objeto da presente proposta. A segunda é preferencial para progressão ao Curso de Psicologia e a terceira à especialização em Saúde Coletiva. Outras áreas de concentração poderão ser, a qualquer momento, agregadas à ofertado BI-Saúde na UFSB, a depender de novas propostas e/ou composição de ofertas curriculares variadas, combinando elementos de áreas de concentração e cursos de formação profissional.

A AC-SEC está organizada em dois blocos temáticos: Bases Bioecológicas da Saúde e Propedêutica dos Problemas de Saúde. Os Blocos Temáticos são compostos por componentes curriculares articulados de modo não

linear, sem hierarquia de pré-requisitos. Os componentes desses blocos são ofertados pelo CFCS com vagas limitadas aos alunos do BI Saúde, tanto na formação geral como na formação específica, que desejem progredir para a medicina.

O Bloco Temático Bases Bioecológicas da Saúde Humana é constituído por componentes curriculares, entre os quais incluem-se as bases moleculares e celulares dos processos normais das estruturas, tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, respostas imunopatológicas aos agentes agressores de natureza biológica, física e química e da relação de parasitos e vetores com seus hospedeiros. Além do estudo dos principais agentes microbiológicos e farmacológicos, junto com a biointeração medicamentosa como proposta terapêutica, nesse módulo introduz-se o estudo dos principais problemas da saúde humana, seus mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial, exame físico e a terapêutica farmacológica.

O Bloco Temático Propedêuticas do Problemas de Saúde é constituído por componentes curriculares que abordam as técnicas para levantar dados e diagnósticos iniciais. Nesse cenário, incluem-se a propedêutica/semiologia clínica geral (60h) e Propedêutica/Semiologia do Adulto (60h), nas quais o estudante aprende fundamentos da anamnese, do exame físico e dos cuidados na atenção primária à saúde nas comunidades, numa interface precoce com as necessidades reais do SUS.

A Tabela 5 sugere um fluxo de oferta de CCs para o cumprimento da AC-SEC.

Quadrimestre 1 – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	
Componente Curricular	Carga Horária
Experiências do Sensível	60
Universidade e Sociedade	60
Língua, Território e Sociedade	60
Matemática e Espaço	60
Campo da Saúde: saberes e práticas	60
Total	300
Quadrimestre 2 – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	

Componente Curricular	Carga Horária
Universidade e Desenvolvimento Regional	60
Expressão Oral em Língua Inglesa	60
Leitura, escrita e Sociedade	30
Matemática e Cotidiano	30
Introdução ao Raciocínio Computacional	30
CC de Cultura Complementar Artística	30
CC de Cultura Complementar Humanística	60
Total	300

Quadrimestre 3 – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

Componente Curricular	Carga Horária
Universidade e Contexto Planetário	60
Compreensão e escrita em Língua Inglesa	30
Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde	60
Perspectivas Matemáticas e Computacionais em Saúde	60

CC de Cultura Complementar Artística	60
CC de Cultura Complementar Humanística	30
Total	300

Quadrimestre 4 – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	
Componente Curricular	Carga Horária
Análise de Situação de Saúde	60
CC Optativo GA – Bloco Temático IS	60
CC Optativo AC – Bloco Temático BES	60
CC Optativo/ CC Livre	60
Total	240

Quadrimestre 5 – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	
Componente Curricular	Carga Horária
Práticas Integradas em Saúde	60
CC Optativo GA – Bloco Temático IS	60
CC Optativo AC – Bloco Temático PPS	60

CC Optativo/ CC Livre	60
Total	240
Quadrimestre 6 – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	
Componente Curricular	Carga Horária
Práticas Integradas em Saúde	60
CC Optativo GA – Bloco Temático TCS	60
CC Optativo AC – Bloco Temático BPS	60
CC Optativo/ CC Livre	60
CC Livre	60
Total	300
Quadrimestre 7 – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	
Componente Curricular	Carga Horária
CC Optativo GA – Bloco Temático TCS	60
CC Optativo AC – Bloco Temático PVS	60
CC Optativo AC – Bloco Temático BES	60

CC Livre	60
Total	240

Quadrimestre 8 – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	
Componente Curricular	Carga Horária
CC Optativo AC – Bloco Temático PPS 60h	60
CC Optativo AC – Bloco Temático BPS 60h	60
CC Optativo/ CC Livre 60h	60
CC Optativo/ CC Livre 60h	60
CC Livre 30h	30
Total	270

Quadrimestre 9 – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	
Componente Curricular	Carga Horária
CC Optativo AC – Bloco Temático PVS	60
CC Optativo/ CC Livre	60
CC Optativo/ CC Livre	60

CC Optativo/ CC Livre	60
CC Livre	60
Total	300
Atividades complementares a serem cumpridas do 1º ao 9º Quadrimestres	210
Carga Horária Mínima para Integralização do BIS	2.700

Tabela 5: Sugestão de Estrutura Curricular DA AC-SEC

As atividades complementares (regulamentadas pelos Anexos I e II) são obrigatórias no primeiro e no segundo ciclo e visam a estimular a busca por novas oportunidades de aprendizagem, promovendo autonomia do estudante e seu desenvolvimento intelectual e crescimento pessoal, ético e humanístico. Propiciam, ainda, o enriquecimento da formação mediante interação interdisciplinar ou intersetorial entre aprendizagem, pesquisa, extensão, atuação político-social e documentação técnico-científica.

Atividades de caráter científico, cultural, humanístico ou artístico ampliam o processo formativo e o universo cultural do educando, diversificando os espaços educacionais e enriquecendo o processo formativo de forma integral. Formas de aproveitamento de estudos e experiências realizadas pelo estudante serão complementares à integralização curricular, a serem realizadas ao longo do curso.

9.4 Critérios de progressão para o segundo ciclo

O modelo de progressão para os cursos de segundo ciclo de formação profissional em Saúde, a partir do primeiro ciclo concluído no BI-Saúde ou em Licenciaturas Interdisciplinares conexas, encontra-se esquematizado na Figura 4.

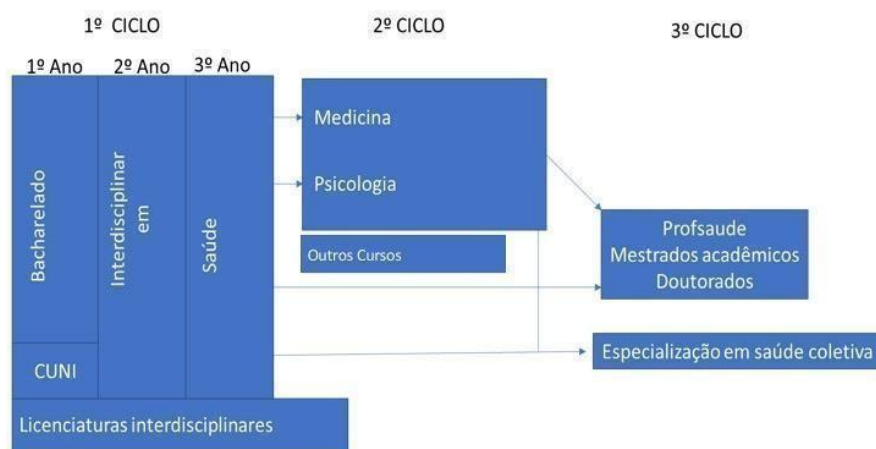


Figura 4: Formação Profissional em Saúde no regime de ciclos

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde conduz a um diploma pleno previsto na LDB, resultante de um curso com carga horária total mínima de 2.700 horas. Portanto, o egresso pode prosseguir direto para mestrados na área das ciências da saúde, como por exemplo, saúde coletiva, patologia, biotecnologia e outros e, então, para o doutorado. Embutida nesta proposta encontra-se uma ideia que se discute no Brasil há pelo menos duas décadas: não há qualquer motivo para que as residências não sejam consideradas em nível equivalente a Mestrado Profissional. As residências médicas e multiprofissionais em saúde exigem carga horária muito mais longa e tem aprofundamento curricular muitas vezes maior do que os mestrados em geral.

Após concluir o BI-Saúde, o estudante pode optar por concluir o CMed/UFSB, cursando no mínimo mais quatro anos de formação eminentemente prática, em equipes de aprendizagem ativa. Caso não preencha os requisitos e critérios de progressão para sua escolha principal no segundo ciclo de formação, o estudante poderá concluir seu curso e receber o diploma de primeiro ciclo, poderá migrar para outras formações profissionais em saúde, com a vantagem de que as mudanças de percurso não acrescentam tempo à formação profissional porque muitos eixos, blocos e componentes são comuns, ou ainda poderá se inscrever em processos seletivos para cursos de terceiro ciclo.

A conclusão do BI-Saúde com AC-SEC constitui pré-requisito para a entrada do estudante no CMed/UFSB. Os critérios e progressão estão normatizados pelas resoluções UFSB 19/2014 e 01/2017.

Uma característica importante dessa matriz curricular é sua estrutura flexível, onde o educando pode construir o seu caminho a partir do seu interesse, escolhendo CCs das áreas de concentração. Essa proposta é coerente com processos de flexibilização da estrutura curricular, na medida em que proporciona ao estudante amplo trânsito por diversas áreas da saúde e, assim, escolher efetivamente um caminho profissionalizante, caso esse seja seu desejo. 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.

Atividades realizadas *extra-campus*, no meio institucional ou social, serão incorporadas na medida em que se integrem aos referenciais fundamentais da estrutura curricular, especialmente aqueles referentes à atitude de interrogar, de formar e de criar. Espera-se, como efeito dessa interação, que o processo formativo proporcione um aprendizado cognitivo e sensível, promovendo criatividade e empreendedorismo no processo de construção do conhecimento e na formulação e implementação de projetos, visando cultivar no estudante uma postura de constante questionamento dos fatos e fenômenos sociais, compreendendo-os em seus contextos histórico, social, político e ambiental. Dessa forma, considera-se a realidade concreta como elemento orientador das intervenções e desafiador do processo de ensino e de aprendizagem.

O CMed/UFSB pretende formar um profissional competente científica e tecnicamente, mas igualmente capaz de prestar atenção integral à saúde no contexto social do SUS de forma ética e humanizada, consciente dos desafios da realidade política, econômica e social do Brasil contemporâneo.

9.5 Segundo ciclo: formação médica

Nesta subseção, destacamos primeiro os aspectos temáticos do eixo de competência técnica, que ocorre nos dois primeiros anos do curso. Durante este período, a formação profissional se dá através de módulos organizados de acordo com as principais queixas clínicas dos pacientes atendidos na atenção básica, em vez da tradicional repartição disciplinar, fragmentadora do sujeito em sistemas, órgãos e patologias. Em seguida, mostramos a estrutura do eixo prático-cognitivo, que ocorrerá nos dois últimos anos do curso, composto por estágios supervisionados de práticas em todos os níveis de atenção da rede SUS, com especial atenção ao nível primário de cuidados em saúde. Por último, discutiremos impacto e efeitos dessa forma de reestruturação da educação superior, o regime de ciclos, predominante nos principais centros mundiais de ensino médico, no

sentido da convergência entre as necessidades de saúde da população e os modelos formativos de profissionais de saúde.

9.6 COMPETÊNCIAS E EIXOS DE FORMAÇÃO

O CMed/UFSB reafirma e reforça os valores e competências gerais incorporados no primeiro ciclo do modelo de formação. No segundo ciclo, prioriza valores e competências de caráter específico e profissionalizante, visando à formação de um profissional apto a prestar atendimento clínico integral e resolutivo, além de competente nos atos de gestão, prevenção e promoção da saúde. Dessa maneira, acolhe o conjunto de competências ratificadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2014), de aplicação obrigatória a partir da Lei 12.871 /2013 (Brasil, 2014).

A estrutura curricular geral do curso em pauta, agora detalhando o segundo ciclo de formação, encontra-se na Tabela 6, adiante.

Como se pode verificar, em contraste com o fluxograma curricular que define o primeiro ciclo, com predominância de componentes curriculares optativos e livres, o segundo ciclo é fortemente estruturado e demanda dedicação exclusiva do estudante. Neste segundo ciclo, ampliam-se os eixos Científico e de Formação Prática sem perder o foco no eixo de formação Ético-Político- Humanístico, conforme os termos do Pró-Saúde (Brasil, 2007).

Durante todo o segundo ciclo também devem ser cursados pelos estudantes 360 horas em CCs livres, permitindo a interação com outros cursos da instituição. Os estudantes também deverão realizar 240 horas de atividades complementares, participando de atividades de pesquisa e extensão, encontros, congressos e simpósios entre outras.

Compreendem-se por CCs livres todos CCs que não fazem parte dos doze módulos temáticos e atividades do internato. Desta forma, o colegiado na sua conveniência e oportunidade, pode propor seus próprios CCs livres, que adquirem perfil de CCs optativos. Mas o discente não é obrigado a cursá-los, podendo cursar às 360 horas de CCs Livres em outros cursos da instituição. Ou seja, às 360 horas de CCs livres podem ser cursados no próprio curso de Medicina como CCs optativos, ou em outros cursos. Em atendimento ao Decreto n. 5626, Art. 3º, §2º, o CC de Libras é ofertado pela UFSB, em demanda ao colegiado de Medicina, como um CC optativo com carga horária de 60h, integralizando a carga horária de 360 horas de CCs livres. A regulamentação das atividades complementares está nos anexos I e II deste PPC.

O CMed/UFSB promoverá a formação de profissionais familiarizados com conceitos epidemiológicos, modelos clínicos, noções de custo-benefício e aplicabilidade da evolução tecnológica na área da saúde, capaz de buscar e avaliar evidências científicas, aplicando-as de forma resolutiva e apropriada a cada situação, mantendo-se em constante aprendizado, promovendo seu próprio desenvolvimento ético, técnico e humano, bem como da sua equipe de trabalho. Grande ênfase será dada ao treinamento em análise crítica de evidências, em apoio a decisões visando diagnóstico, prevenção, tratamento e educação em saúde ao nível individual e comunitário.

Os egressos desse programa de formação médica pós-BI-Saúde integrará, 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. Será um profissional norteado por princípios éticos e valores humanos, cidadão genuinamente comprometido com a vida, a saúde e a justiça social, consciente de sua responsabilidade perante o bem-estar coletivo. Hábil nas relações interpessoais, no trabalho em equipe e nas interações com a comunidade e demais atores sociais, formaremos um sujeito competente em acolher, escutar, dialogar, observar e cuidar de cada paciente de forma humanizada, sensível e empática, sem preconceitos ou juízos de valor. Dessa forma, a Universidade formará um profissional-cidadão capacitado a tratar o paciente com um olhar abrangente, integral, reconhecendo o contexto em que o mesmo está inserido, preparado para acolher a dor e o sofrimento, para manejar e/ou resolver suas implicações biológicas e dar suporte às implicações psicossociais da sua prática (AYRES et al. 2013).

10. PERSPECTIVAS DO CURSO MÉDICO EM REGIME DE CICLOS BASEADO NA COMUNIDADE

O modelo de arquitetura curricular aqui apresentado incorpora, com articulação e integralidade, não somente o regime de ciclos, mas também a orientação à comunidade e a ênfase na atenção básica. Nessa perspectiva, através de uma formação interdisciplinar que possibilite um contato estreito do estudante com componentes curriculares das ciências, artes e humanidades em geral, o modelo curricular e pedagógico proposto pode favorecer o desenvolvimento de habilidades sociais, diminuindo níveis de estresse e possibilitando melhor qualidade de vida pessoal e profissional.

No regime linear, a coexistência de componentes das ciências humanas, com carga horária reduzida, com as disciplinas morfofuncionais e clínicas, de maior carga horária, traz uma mensagem implícita de hierarquia entre os componentes e estimula a “escolha” do estudante por aquelas que ele considera mais importantes na formação médica, conforme encontrado nos estudos de Rios et al (2008) e Yres et al (2013). Desinteresse dos estudantes pelas chamadas “disciplinas de humanidades” permite ponderar se não ocorrerá no futuro, parafraseando o livro de Rouca (2003), um “dilema humanista”, demonstrando que uma intervenção pontual, no currículo linear, é incapaz de levar a modificações profundas na formação médica.

A promoção da formação médica a partir da cultura universitária, promovendo autonomia, responsabilidade social e criatividade, é cada vez mais crucial, não porque Flexner e Anísio escreveram isso em 1910 e em 1930, respectivamente. Mas porque é absurda a possibilidade de alguém entrar no primeiro ano de um curso médico e graduar-se seis anos depois sem ter tido acesso aos temas da arte, da cultura, da civilização, do pensamento crítico, que a própria Universidade fomenta e elabora como bens culturais. De fato, nas universidades públicas brasileiras ainda predominam cursos onde o estudante, ao ingressar, recebe uma grade curricular detalhada, a ser seguida rigorosamente, disciplinadamente, do primeiro ao sexto ano, de modo que, naquele momento inicial, já sabe o que vai estar cursando no último semestre do programa.

Formar médicos para trabalhar na atenção primária de saúde, em localidades pobres e geograficamente isoladas, não significa preparar profissionais com baixo nível de conhecimento técnico e menor capacidade para tomar decisões. Para conduzir eficientemente o processo de diagnóstico e de tomada de decisões para tratamento ou prevenção, tanto no nível da saúde individual ou coletiva, precisamos de médicos com capacitação clínica e raciocínio epidemiológico de forma a discernir qual a melhor opção ou caminho a ser seguido considerando as melhores evidências científicas disponíveis e os valores culturais de cada pessoa, paciente ou comunidade. Um médico que mostre competência para solucionar problemas em condições de pouca tecnologia prioritariamente em comunidades pobres estará ainda melhor capacitado para resolver problemas em ambientes com indicadores socioeconômicos mais elevados e com disponibilidade de tecnologias mais avançadas.

O ensino de Medicina na UFSB será orientado pela concepção de que, para resolver e prevenir problemas ao nível individual e comunitário, é importante não apenas conhecer as ferramentas (ou as opções tecnológicas disponíveis) mas também saber usar, com autonomia, responsabilidade social e criatividade, o conhecimento científico considerando as limitações e os recursos disponíveis, nos contextos social e cultural. Trazemos enfim uma proposta concreta de recriar o ensino médico na universidade pública rejeitando o isolamento institucional, a alienação dos sujeitos, a fragmentação dos saberes e a desintegração das práticas, com arquiteturas curriculares e modelos pedagógicos baseados em autonomia e flexibilidade, orientados à comunidade e com ênfase na atenção básica.

Para alcançar tais resultados, o CMed/UFSB pretende:

- 1) Oferecer oportunidades de ensino-aprendizagem na rede de saúde e na comunidade, onde os educandos deverão assumir papel ativo, com atividades definidas, mas sob supervisão, com tempo suficiente para um bom desenvolvimento da relação médico-paciente, médico-equipe e médico-comunidade;
- 2) Institucionalizar o Sistema Saúde-Escola, dentro dos princípios da Política Nacional de Educação Permanente do SUS, com foco na qualidade da atenção;

3) Confirmar seu compromisso social com as necessidades de saúde da população e do sistema de saúde, contribuindo para a fixação do médico nas regiões subservidas, oferecendo programas de suporte técnico-científico à atividade médica.

O desafio que se enfrenta não é pequeno: abrir e sustentar um processo de discussão difícil e complexo sobre como sermos efetivamente criativos e inovadores em vez de continuar a fazer mais do mesmo, repetindo velhos modelos e revestindo-os com novas roupagens sem, de fato, transformar estruturalmente os processos de formação em nossa área.

Os problemas levantados por propostas inovadoras são inúmeros e exigem a superação do tradicional papel do professor isolado que prepara e ministra aulas. Demanda-se do educador uma postura dialógica e flexível, aberta à escuta de colegas e estudantes, com o compromisso de construir coletivamente o cotidiano institucional. Parceiros nas trajetórias formativas, educandos e educadores deverão se colocar em constante posição de investigação, reconhecendo que processos dessa natureza se encontram em constante construção. Isso implica valorizar a humildade do aprendiz, o que significa aprender métodos e técnicas básicas de pesquisa, criação e aprendizado permanente.

Em todos os momentos, o educando deve ser respeitado como sujeito histórico e contextualizado, que pode assumir o rumo de sua autoconstrução e do seu processo de transformação. Isto não se dará de forma espontânea, mas resultante da ação coletiva dos educadores entre si e junto aos educandos, em todos os momentos significativos dos cursos, numa Universidade reconcebida como instituição educadora. Essa visão remete a uma nova cultura organizacional necessária ao desempenho institucional socialmente referenciado, pautado nos princípios e diretrizes de uma concepção nova de educação. Os desafios de construir um modelo pedagógico efetivamente inovador e as soluções para isso propostas pelo projeto institucional e político pedagógico do Curso Médico da UFSB são delineados no capítulo seguinte.

11. PROPOSTA PEDAGÓGICA

A metodologia formativa do Curso de Medicina da UFSB baseia-se no conceito geral de *aprendizagem para aprender* e em quatro dispositivos de prática pedagógica como eixos estruturantes do processo de ensino-aprendizagem:

1. Mobilização para o conhecimento mediante compromissos de Aprendizagem Significativa
2. Cooperação inter-subjetiva, como princípio e processo pedagógico fundamental, integrando um Sistema Integrado de Aprendizagem Compartilhada;
3. Construção orientada do conhecimento-na-prática por meio da Aprendizagem Baseada em Problemas;
4. Educação médica baseada na comunidade, com perfil extensionista e orientada pela Práticas de Interação Ensino-Serviço-Comunidade (PIESC).

Esses dispositivos e estratégias correlatas servirão para balizar o funcionamento, no plano político-pedagógico, do ensino-aprendizagem em todas as etapas, cursos e ciclos de formação da UFSB. Sobre as atividades Educacionais e metodologias de ensino-aprendizagem, durante os dois primeiros anos do curso, a formação médica no segundo ciclo se divide em doze módulos temáticos voltados para as metodologias ativas, nos quais a carga horária é dividida nas seguintes atividades educacionais: Tutorias, Habilidades e Atitudes, Práticas de Integração Ensino-Saúde-Comunidade e Conferências. Os dois últimos anos do curso desenvolvem a atividade educacional do estágio curricular obrigatório.

Os Módulos Temáticos abordam de maneira articulada com as atividades educacionais os aspectos cognitivos que irão dar sustentação à aquisição das competências definidas no projeto pedagógico nos primeiros dois anos do segundo ciclo da formação médica. Os discentes estudam em pequenos grupos, permitindo o desenvolvimento da capacidade de aprendizado por meio do estudo cooperativo e contextualizado, fortemente

ligado à capacidade de busca das informações relevantes para a prática e possibilitando a aquisição de autonomia no processo de aprendizagem. Os Módulos Temáticos utilizam a estratégia pedagógica da Aprendizagem Baseada em Problemas nas tutorias (PBL, do inglês “*Problem Based Learning*”), a sala de aula investida nas aulas de Habilidades e Atitudes e a problematização nas atividades extensionistas de PIEESC, sempre buscando situações significativas, contextualizadas e do mundo real e fornecedora de fontes, guias e instruções para os aprendizes (DOLMANS e SCHMIDT, 1996).

As principais características do PBL são:

- O estudante é responsável por seu aprendizado (DOLMANS e SCHMIDT, 1994), o que inclui a organização de seu tempo e a busca de oportunidades para aprender.
- O professor é um facilitador da aprendizagem.
- O problema é o elemento integrador dos conteúdos e devem contemplar as situações mais frequentes e relevantes a serem enfrentados na vida profissional de um médico com formação geral (DOLMANS, SNELLEN-BALENDONG, WOLFHAGEN et al., 1997).
- A dinâmica tutorial utiliza um processo análogo ao da metodologia de pesquisa científica. A partir de um problema, procura-se sua compreensão, fundamentação e busca de dados que são analisados e discutidos. Por último, elaboram-se hipóteses para sua solução, que devem ser postas em prática para que sejam comprovadas e validadas.
- Os módulos são flexíveis e podem ser modificados para se adaptarem à realidade.
- O trabalho em grupo e a cooperação entre os sujeitos são elementos centrais (DOLMANS e SCHMIDT, 2006).

A cada quadrimestre os discentes cursam dois Módulos Temáticos diferentes, que se repetem anualmente e possuem como pré-requisito o cumprimento do primeiro ciclo em AC-SEC. Nas tutorias, os conteúdos dos módulos são distribuídos em problemas de aprendizagem. Nos módulos são estudadas as principais queixas clínicas dos pacientes atendidos na Rede de Atenção Básica, permitindo a formação de um profissional capaz de identificar os principais sinais e sintomas clínicos para tratar e prevenir as principais doenças.

As tutorias ocorrem duas vezes por semana, sendo grupo constituído por um docente e oito a doze estudantes. Os discentes se articulam para a resolução do problema, escolhendo um coordenador e um secretário para dada tutoria. A dinâmica para a resolução do problema obedece aos passos a seguir:

1. Leitura atenta do problema e esclarecimento dos termos desconhecidos;
2. Identificação as questões necessárias para a resolução do problema;
3. Formulação de hipóteses para estas questões, com base no conhecimento prévio que o grupo possua;
4. Resumo das hipóteses;
5. Definição dos objetivos de aprendizagem para que o grupo corrobore ou refute as hipóteses, permitido o aprofundamento do estudo;
6. Realização do estudo individual, de acordo com os objetivos estabelecidos;
7. Retorno para o grupo tutorial com os avanços de conhecimento obtidos pelo grupo, respondendo os objetivos, reavaliando as hipóteses e retornando para o problema com explicações concretas.

Para complementar as tutorias, a equipe de professores ministrará as atividades educacionais das conferências ou atividades práticas em cenários simulados ou reais. É reservado um horário semanal para esses momentos, com duração de quatro horas e com o objetivo de possibilitar ao estudante a integração de conhecimentos ou uma aproximação com uma realidade de difícil compreensão.

As atividades educacionais de Habilidades e Atitudes constituem momentos para a aprendizagem de habilidades clínicas complexas ao envolver a aquisição de conhecimentos, habilidades motoras e o desenvolvimento de atitudes. As atividades ocorrem em ambientes de prática médica simulada (laboratórios) e nos serviços de saúde conveniados com a UFSB. O treinamento dá continuidade às habilidades adquiridas no primeiro ciclo, aprofundando na prática médica. É estruturado de forma que o desenvolvimento das habilidades e atitudes ocorra de forma gradual, de acordo com a complexidade do treinamento e sempre que possível congruente com o conhecimento adquirido nas outras atividades educacionais. As metodologias utilizadas são variadas, com preferência pela sala de aula investida. Também se utiliza a exposição oral, vídeos, demonstração pelo docente, execução das tarefas entre pares de estudantes, discussão em pequenos grupos, prática com paciente real, prática com paciente simulado, atividades à beira do leito, em enfermarias de hospitais de média e alta densidade tecnológica de diferentes especialidades, unidades de emergências, unidades básicas de saúde, no centro de treinamento em habilidades e laboratório morfofuncional. Independente da estratégia, os discentes são divididos em grupos com o máximo de 10 discentes por professor, que se reúnem semanalmente para o desenvolvimento da atividade proposta. As atividades educacionais ocorrem utilizando-se o método: Cognição, Demonstração, Explicação, Execução, Repetição (CDEER). Esse método pressupõe a discussão prévia com o estudante dos conhecimentos inerentes à realização da tarefa. A demonstração da tarefa pelo professor (docente do programa), em tempo real, sem interrupções ou comentários. Nova demonstração, com as explicações do professor. A execução, por parte do aprendiz, supervisionada pelo docente e com retroalimentação. E a repetição para aquisição de destreza, em outras oportunidades de aprendizagem, monitorada pelo docente (KER, 2009).

A Matriz de Competências da atividade educacional de Habilidades e Atitudes é estruturada de acordo com as habilidades-chave relacionadas aos exames físicos e técnicas relacionadas, sempre que possível, aos Módulos Temáticos, de forma que o discente adquira o domínio central ao exercício da profissão no contexto da interação médico-paciente, que compõem os domínios da atenção à saúde. Estes domínios seguem a estruturação: entrevista clínica; obtenção e relato dos dados; exame físico; raciocínio clínico e tomada de decisão. Durante o primeiro ciclo, os discentes devem desenvolver a capacidade de desenvolver a entrevista clínica e a obtenção e relato dos dados. No segundo ciclo, busca competências na realização do exame físico; raciocínio clínico e tomada de decisão, estruturando a Matriz de Competências da atividade.

Para o desenvolvimento das competências no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, as atividades educacionais se dão predominantemente no ambiente acadêmico, sendo voltado para o aprendizado dos aspectos conceituais que fundamentam as competências clínicas e o desenvolvimento de habilidades, utilizando como modelo o indivíduo em situação de homeostasia normal considerando os diferentes estágios do ciclo de vida. No segundo ciclo, a formação médica utiliza laboratórios e cenários reais de prática, ainda de uma forma controlada, com pacientes reais e com o enfoque da aprendizagem voltado para identificação e interpretação das principais queixas clínicas e seus achados.

As atividades educacionais de Práticas de Interação Ensino-Saúde-Comunidade (PIESC) dão continuidade às Práticas Integradas cursadas no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Com perfil extensionista na formação médica, as PIESC fomentam nos discentes o desenvolvimento da capacidade de atendimento médico a todos os componentes de uma família, independentemente de sexo e idade, comprometendo-se com a pessoa inserida em seu contexto biológico, psicológico e social. Para tanto, o egresso deverá ser capaz de associar uma visão geral e integral do indivíduo à sua prática profissional, tendo como objetivo principal desenvolver ações extensionistas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Para tanto, as atividades educacionais de PIESC estão vinculadas à realidade da saúde da população, envolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em equipe multidisciplinar. Desta forma, há fortalecimento da parceria com os serviços de saúde e com a comunidade para a consolidação de uma nova concepção de formação do estudante de medicina, construindo um modelo de interação entre estudantes, profissionais de saúde, docentes, famílias e membros da comunidade tendo como marco de referência os planos de desenvolvimento regional. Os cenários de ensino e os campos de atuação das PIESC são os ambientes

comunitários e das famílias a serem visitadas, as unidades de saúde (US) que contemplam a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), além dos equipamentos sociais existentes nas localidades. Esta atividade educacional possibilita uma aproximação real com a prática médica e cria a oportunidade de integração com as outras atividades educacionais, permitindo que o conhecimento e as competências adquiridas sejam empregados com *expertise* para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nessa atividade educacional, a aprendizagem toma como base a realidade da comunidade e a busca pelo estabelecimento de vínculo entre os sujeitos.

Para alcançar os objetivos das PIESC, a principal metodologia utilizada é a problematização, que tem como base o reconhecimento de que a educação acontece a partir das experiências vivenciadas em situações reais, na qual o aprendizado ocorre através da análise e pela proposta de intervenção na realidade. A problematização possibilita aos estudantes a oportunidade de vivenciar o cotidiano das práticas nos serviços de saúde, entrar em contato com a realidade e identificar, junto aos profissionais e à comunidade, problemas e situações relevantes, fazer reflexão crítica e propor alguma intervenção.

As PIESC utilizam como instrumento o Arco de Maguerez, cujas etapas são: 1º etapa – Observação da Realidade, 2º etapa – Levantamento de Pontos Chave, 3º etapa – Teorização, 4º etapa – Hipóteses de Solução e 5º etapa – Aplicação à Realidade.

As atividades educacionais do Internato compreendem o estágio curricular obrigatório para a formação médica. Para iniciar as atividades de internato o estudante deve ter cursado e ter sido aprovado em todos os doze Módulos Temáticos, conforme Tabela 6. Nessas atividades, o discente recebe treinamento intensivo e contínuo, com supervisão docente. Ocorrem nos dois últimos anos do curso, através da imersão em serviços de saúde conveniados para a aplicação, num contexto real e de maneira integrada, dos conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas ao longo dos três anos de formação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e dos dois primeiros anos do curso médico. Compreende 38,51% da carga horária total do curso, com os discentes realizando rodízios nas áreas de Atenção básica, Medicina de Família e Comunidade, Clínica médica, Serviços de urgência e emergência, Cirurgia geral, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Medicina intensiva e Saúde mental. A metodologia utilizada é a aprendizagem em serviço, onde o aprendiz é introduzido numa comunidade de prática. A aprendizagem se dá pela execução, sob a supervisão de um profissional experiente, de tarefas da prática profissional, onde o estudante observa, executa, discute e reflete. A execução vai crescendo em complexidade e o apoio do professor vai diminuindo até que o estudante seja capaz de executar a tarefa de forma independente. No Internato, o estudante aprende com a experiência desenvolvida tanto à “beira do leito” como no atendimento prestado aos pacientes nos ambulatórios ou atividades nas unidades básicas nas quais aplicam de maneira integrada os conhecimentos, habilidades e atitudes anteriormente adquiridos, além de procurar novos conhecimentos necessários e desenvolver as habilidades e atitudes dele esperadas.

**MATRIZ CURRICULAR DO SEGUNDO CICLO DO BACHARELADO EM
MEDICINA**

Quadrimestre 10 – Bacharelado em Medicina		
Componente Curricular	Pré-Requisitos	Carga Horária

Módulo Temático - Febre, Inflamação e Infecção	BIS - ACSEC	180
Módulo Temático - Manifestações Externas das Doenças e Iatrogenias	BIS - ACSEC	180
CC Livre	-	60
Total		420

Quadrimestre 11 – Bacharelado em Medicina

Componente Curricular	Pré-Requisitos	Carga Horária
Módulo Temático - Dor	BIS - ESEC	180
Módulo Temático - Distúrbios Sensoriais, Motores e da Consciência	BIS - ESEC	180
CC Livre	-	60
Total		420

Quadrimestre 12 – Bacharelado em Medicina

Componente Curricular	Pré-Requisitos	Carga Horária
Módulo Temático - Dispneia, Dor torácica e Edemas	BIS - ACSEC	180

Módulo Temático - Dor Abdominal, Diarreia, Vômitos e Icterícia	BIS - ACSEC	180
CC Livre	-	60
Total		420

Quadrimestre 13 – Bacharelado em Medicina

Componente Curricular	Pré-Requisitos	Carga Horária
Módulo Temático - Desordens Nutricionais e Metabólicas	BIS - ACSEC	180
Módulo Temático - Fadiga, Perda de Peso e Anemias	BIS - ACSEC	180
CC Livre	-	60
Total		420

Quadrimestre 14 – Bacharelado em Medicina

Componente Curricular	Pré-Requisitos	Carga Horária
Módulo Temático - Transtornos Mentais e de Comportamento	BIS - ACSEC	180
Módulo Temático - Saúde da mulher, sexualidade humana e planejamento familiar	BIS - ACSEC	180

CC Livre	-	60
Total		420

Quadrimestre 15 – Bacharelado em Medicina

Componente Curricular	Pré-Requisitos	Carga Horária
Módulo Temático - Perda de sangue	BIS - ACSEC	180
Módulo Temático - Emergências	BIS - ACSEC	180
CC Livre	-	60
Total		420

Quadrimestres 16, 17 e 18 – Bacharelado em Medicina (1º Ano do Internato)

ÁREAS DE ESTÁGIO	Pré-Requisitos	Carga Horária
ÁREA I - ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE MENTAL, SAÚDE COLETIVA E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE I	Todos os 12 módulos Temáticos	420
ÁREA II - CLÍNICA MÉDICA I		210
ÁREA III - SERVIÇOS DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E MEDICINA INTENSIVA I		330
ÁREA IV - CIRURGIA GERAL I		210

ÁREA V - GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA I		210
ÁREA VI - PEDIATRIA I		210
ÁREA VII - LIVRE (ÁREA DE LIVRE ESCOLHA PELO DISCENTE)		120
Total do Ano 1 de Internato		1.710

Quadrimestres 19, 20, 21 – Bacharelado em Medicina (2º Ano do Internato)

ÁREAS DE ESTÁGIO	Pré-Requisitos	Carga Horária
ÁREA VIII - ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE MENTAL, SAÚDE COLETIVA E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE II	ÁREA I	420
ÁREA IX- CLÍNICA MÉDICA II	ÁREA II	210
ÁREA X - SERVIÇOS DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E MEDICINA INTENSIVA II	ÁREA III	330
ÁREA XI - CIRURGIA GERAL II	ÁREA IV	210
ÁREA XII - GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA II	ÁREA V	210
ÁREA XIII - PEDIATRIA II	ÁREA VI	210
ÁREA XIV LIVRE (ÁREA DE LIVRE ESCOLHA PELO DISCENTE)	Todos os 12 módulos Temáticos	120
Total do Ano 2 de Internato		1.710

Carga Horária Total do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	2.700 horas
Carga Horária Total dos anos 1 e 2 da Medicina (Formação técnica)	2.520 horas
Carga Horária Total dos anos 3 e 4 da Medicina (Internato)	3.420 horas
Atividades complementares do Bacharelado em Medicina	240 horas
Carga Horária Total Geral	8.880 horas

Tabela 6. Estrutura curricular do segundo ciclo de medicina:

11.1. Princípios básicos

Respeitando suas especificidades, o processo formativo do primeiro ciclo orienta-se para a formação de intelectuais e cidadãos capacitados a solucionar problemas, a partir de uma perspectiva interdisciplinar, mobilizando conhecimentos e atitudes que tornem as experiências vividas no dia-a-dia da prática técnica em estímulos para o aprendizado permanente. Os cursos de segundo ciclo serão baseados em estratégias pedagógicas específicas para a solução de problemas de saúde, usando as melhores evidências disponíveis, mediante processos orientados por competências, habilidades e conteúdos, em ambientes reais de ensino- aprendizagem em equipe.

11.1.1 Aprendizagem significativa

Trata-se de uma relação consensual formalizada entre educandos e educadores com base em critérios, objetivos, métodos e conteúdo simplificados na produção compartilhada de saberes, construídos e pactuados no início de cada etapa/módulo do processo formativo, sob a forma concreta de um “contrato pedagógico”. Compreende compromissos de mobilização para o conhecimento com valorização permanente dos elementos de contexto nos métodos e conteúdos implicados na produção de saberes significativos para os estudantes, tanto do ponto de vista vivencial como na perspectiva político-pedagógica. Tais compromissos se definem conceitualmente pela articulação entre a realidade empírica do grupo de educandos, com suas redes de relações, visão de mundo, percepções, linguagem e reflexões acerca do seu ambiente significativo.

Nesse contrato, firmado na primeira inscrição e reafirmado nos atos de registro nos períodos letivos de cada estudante da UFSB, as partes coestabelecem responsabilidades mútuas nas ações, estratégias e formas de enfrentamento dos desafios presentes no processo de ensinar- apreender conhecimentos, habilidades e competências. Inclui regras de utilização de recursos, instalações, tempo, equipamentos e insumos postos à disposição dos coautores dos processos pedagógicos. *Compromissos de Aprendizagem Significativa* instituem-se

enfim como documentos de um contrato coletivo, com objetivos claros e condições plenas de consentimento informado, onde com precisão e transparência se identifica, define e registra o conjunto de elementos, critérios e parâmetros norteadores dos processos pedagógicos realizados na UFSB, a saber:

1. Identidade dos sujeitos envolvidos e sua relação com a instituição pública de conhecimento;
2. Objetivos pretendidos (cognitivos, procedimentais e atitudinais) para educadores e educandos;
3. Justificativa e reconhecimento da importância daquele conhecimento;
4. Abordagem diretamente relacionada aos objetivos e objetos de estudo, ou seja, a metodologia pretendida;
5. Definição, escolha, aplicação de estratégias de ensino e aprendizagem;
6. Normas de convivência e aprendizado cooperativo em equipe;
7. Avaliação formativa com explicitação de critérios e pluralidade de métodos e técnicas.

Em todos os cenários, os *Compromissos de Aprendizagem Significativa* concebidos dentro e fora do espaço universitário, provocarão processos de debate-reflexão, estimulando a pesquisa de outros recursos referenciais além dos disponíveis no momento, com a finalidade de constituir laboratórios vivenciais, redes de interações, troca de experiências e concretização de projetos. Dentre outras cláusulas, o termo de compromisso esclarece e valoriza o lugar da iniciativa própria de cada estudante dentro do conceito de contrato pedagógico. Define-se aí o papel do estudante como produtor de conhecimento, onde se estabelecem normas e sanções aos desvios ou perversões desse papel e, por exemplo, desloca e tipifica o plágio como principal transgressão antiacadêmica.

Cabe um destaque especial para o modelo de avaliação que subsidiará todo o processo de formação proposto no curso, 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, em constante retroalimentação, visando à melhoria do processo de construção ativa do conhecimento por parte de gestores, educadores, educandos e pessoal de apoio. Assim, o monitoramento do aproveitamento dos educandos constitui parte do processo de aprendizagem como avaliação formativa. Nessa perspectiva, avaliação tem caráter contínuo, permitindo ao educador aplicar uma variedade de métodos (observação livre ou sistemática, entrevista, trabalho de grupo, relatos de experiências, coordenação de debates, produção de textos, práticas de laboratório, elaboração de projetos, relatórios, memoriais, portfólios, dentre outros) e, especialmente, em situações de diagnóstico ou de definição de perfil das equipes de aprendizagem, estas estratégias são fundamentais para entender e superar lacunas ou problemas sentidos pelos educandos.

12. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Em todos os doze Módulos Temáticos os discentes são submetidos a uma avaliação formativa por atividade, que busca verificar o desenvolvimento das competências e atitudes necessárias para a formação médica. O processo de avaliação das atividades será progressivo, considerando desenvolvimento de competências cognitivas, habilidades e atitudes, bem como expressão oral e escrita. Estratégias que incluam testes diagnósticos de conhecimento ao início das atividades dos componentes curriculares poderão ser implementadas.

Ao final de cada módulo temático os discentes são submetidos a duas avaliações somativas e integradas. Uma é a avaliação integrada teórica, através da qual se verifica o conhecimento adquirido pelo discente em todos os momentos teóricos das atividades. As avaliações escritas serão elaboradas seguindo os princípios de psicometria e aqueles preconizados na taxonomia de Bloom, que incluem avaliações dos aspectos como conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação, quanto ao domínio cognitivo. A outra avaliação integrada é prática e simula uma situação real que necessita dos conhecimentos, habilidades e atitudes

desenvolvidas durante o módulo temático. As avaliações seguirão métodos como exames clínicos objetivos estruturados (OSCE), portfólios, linhas do tempo e demais estratégias pertinentes. O sistema de atribuição de pesos para cada uma das avaliações é definido pela comissão de avaliação e deverá ser aprovado pelo Colegiado do curso.

São aspectos a serem valorizados nos processos de avaliação:

- a) aplicação de princípios éticos, bioéticos e legais inerentes ao exercício profissional;
- b) capacidade de organização, expressão e comunicação do pensamento com usuários, profissionais de saúde e comunidade em geral;
- c) capacidade de atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente, baseado em argumentação crítica e reflexiva;
- d) capacidade de raciocinar criticamente na identificação e solução de problemas de modo articulado ao contexto social.
- e) capacidade de lidar com situações novas, desconhecidas e inesperadas;
- f) interlocução e sistematização entre conhecimentos teóricos e práticos para o exercício profissional;
- g) capacidade de mobilização de conhecimento com vistas à promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, com base nas melhores evidências científicas.
- h) capacidade de identificar as doenças mais prevalentes na população de atuação, de acordo com os diferentes ciclos de vida
- i) observação e interpretação de dados para a construção de diagnóstico de planos de tratamento, de acordo com os diferentes ciclos de vida;
- j) compreensão do planejamento e gestão dos serviços de saúde.

Além das avaliações somativas e integradas, os discentes são avaliados, a cada sessão de tutoria, bem como em cada uma das sessões de habilidades e das práticas integrativas de ensino- saúde-comunidade (PIESC), por meio de baremas próprios cujos critérios de avaliação são amplamente conhecidos e divulgados em cada Plano de Ensino-Aprendizagem (PEA) de cada Módulo Temático.

Os critérios de aprovação são definidos pelas resoluções da UFSB. Com relação aos Módulos Temáticos, cada Módulo é considerado um único Componente Curricular, na qual as aulas teóricas e práticas são distribuídas nas diferentes atividades. Desta forma, não existe aprovação em uma atividade isolada dentro de um Módulo Temático.

13. AVALIAÇÃO DO CURSO

A avaliação do curso tem como objetivo buscar a melhoria das condições de ensino aprendizagem e ser capaz de identificar as suas potencialidades e fragilidades. Essa avaliação deve ocorrer de maneira contínua e seguir as diretrizes da Lei Nº 10.861, de 14 de abril de 2004 e Portaria MEC nº 2051/2004 que preconiza a avaliação interna e externa do curso.

A avaliação externa pode se dar por visitas *in loco* e da avaliação dos estudantes através do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE e demais sistemas de avaliação regulamentados, em nível nacional.

O sistema de autoavaliação (avaliação interna) do curso de medicina da UFSB deverá ser conduzido pela Comissão de Autoavaliação do Curso (CAC), que deverá ser independente e atuar de forma autônoma em relação aos demais órgãos e conselhos do Colegiado do Curso de Medicina.

O Colegiado expedirá norma técnica para a composição e funcionamento da CAC, respeitando a ampla representação da comunidade acadêmica (docentes, técnicos administrativos, e discentes) e da sociedade externa à UFSB (membros da sociedade civil organizada).

A avaliação do curso deve ser:

- um processo contínuo e sistemático.
- funcional, realizando-se em função dos objetivos previstos.
- orientadora, indicando avanços e dificuldades do acadêmico e docentes.
- democrática, participativa e ética.
- transparente.

A CAC deve levar em consideração os aspectos envolvidos com atividades do curso e engloba as seguintes dimensões:

- a) Aplicação do projeto político-pedagógico;
- b) coordenar e articular o processo de autoavaliação institucional
- c) desenvolvimento da abordagem pedagógica e processo de ensino aprendizagem;
- d) desenvolvimento das práticas nos cenários de ensino-aprendizagem;
- e) desenvolvimento do corpo docente;
- f) desenvolvimento do corpo discente;
- g) desenvolvimento do corpo técnico-administrativo;
- h) examinar os resultados de desempenho dos alunos no ENADE;
- i) examinar os relatórios da Comissão Externa de Avaliação dos Cursos;
- j) infraestrutura;
- k) desenvolvimento da gestão;
- l) coordenar pesquisas sobre Perfil do Ingressante e Egresso.
- m) elaborar relatórios da autoavaliação com periodicidade no mínimo anual e divulgá-los.

A CAC deverá ser constituída membros da comunidade da UFSB, escolhidos por seus pares, na seguinte proporção: dois representantes docentes do curso, dois representantes do corpo discente, dois representantes do setor técnico-administrativos e dois representantes da sociedade civil externos à UFSB, que sejam indicados pelo Conselho municipal de saúde e/ou pelo conselho representativo da classe médica.

14. IMPLANTAÇÃO DO PROJETO E GESTÃO DO CURSO

O curso ofertará anualmente 80 vagas, com ingresso ocorrendo no primeiro quadrimestre. A UFSB compromete-se a desenvolver um permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde - com vistas ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação ao conhecimento, manejo e aplicação das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em práticas interdisciplinares e de Formação e Desenvolvimento dos Profissionais da Rede de Saúde, com vistas à melhoria do processo de ensino- aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e da qualidade da assistência a população. Este último aspecto tem sido pactuado junto aos gestores municipais e estaduais de saúde por meio de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde. O cronograma de seleção e contratação do quadro docente, num total estimado de, no mínimo, 60 professores, contratados em tempo parcial ou em dedicação exclusiva, encontra-se na Tabela 7:

Atividades Educacionais	Professores
Tutoria	20
Habilidades e Atitudes	9
PIESC	9
Internato	24
Total	62

Tabela 7. Quantitativo de professores por atividades do curso de Medicina.

Aproveitando a modularidade do regime de ciclos, a implantação do Curso de Medicina da UFSB ocorreu por etapas. Em setembro de 2014 ocorreu o ingresso da primeira turma do BI Saúde nos Institutos de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) nos campi e na Rede Anísio Teixeira de Colégios Universitários. Nos três campi-sedes estão instalados os IHACs como unidades de acolhimento dos estudantes do BI e de lotação dos docentes. A abertura do segundo ciclo do Curso de Medicina ocorreu em fevereiro de 2018 no Centro de Formação em Ciências da Saúde (CFCS/UFSB), no *Campus* Paulo Freire em Teixeira de Freitas.

A gestão do curso de Medicina é feita pelo Colegiado, instância representada pelos professores do curso, além de representante discente, técnicos administrativos e docentes dos demais colegiados do CFCS. As atividades do Colegiado são apoiadas diretamente pelo Centro de Formação em Ciências da Saúde. As atribuições do colegiado do curso estão consolidadas na Resolução CONSUNI UFSB 17/2016.

A fim de estruturar e acompanhar a formação médica, o colegiado do curso possui as seguintes comissões: Comissão Tutorias (CT), Comissão de Habilidades e Atitudes (CHA), Comissão de Práticas de Interação Ensino-Saúde-Comunidade (CPIESC), Comissão de Internato e Preceptorias (CIP) e Comissão de Avaliação (CA). Todos os professores efetivos do curso médico se inserem em uma comissão, que se reúne semanalmente. Essas comissões são constituídas por professores envolvidos em todos os módulos, formando equipes interdisciplinares que ficam responsáveis por elaborar e acompanhar todos os problemas utilizados nas tutorias (CT), propor as atividades de Habilidades e Atitudes de todos os módulos, definir os melhores cenários de práticas (CHA), propor e acompanhar as atividades de PIEESC, assim como articular com a rede de saúde dos Municípios do extremo sul da Bahia para que as atividades de PIEESC possam ocorrer (CPIESC), elaborar e acompanhar o estágio curricular do curso de medicina e as atividades que dependam de preceptores, definindo e acompanhando os locais de práticas e os preceptores (CIP) e propor e acompanhar as avaliações de ensino e de processo, permitindo avaliar as competências adquiridas pelos discentes, bem como o desenvolvimento de habilidades de atitudes durante a formação médica (CA). Cada módulo possui um coordenador, responsável por articular com as comissões a escolha das equipes e o desenvolvimento das atividades.

Atualmente, o corpo docente do curso conta com profissionais com diferentes formações em diversas áreas do conhecimento. A Tabela 8 sumariza esses dados.

NOME DO SERVIDOR	CARGA HORÁRIA	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	ATUAÇÃO NO CURSO DE MEDICINA	TITULAÇÃO
1. Adriana Pereira De Lacerda	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIEESC / Internato	Especialização em Cardiologia
2. Ana Paula Pessoa De Oliveira	DE	Enfermagem	Tutoria	Doutorado em Psicologia
3. Antônio Luiz Gois	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIEESC / Internato	Especialização em Ortopedia e Mestrado em Ciências da Saúde

4.	Clara Mônica Figueredo De Lima	40	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Otorrinolaringologia e Doutorado em Ciências da Saúde
5.	Daniela Pratti Martins	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Ginecologia
6.	Delio José Mora Amador Junior	DE	Biomedicina	Tutoria	Doutorado em Medicina Tropical e Infectologia
7.	Denise Machado Mourão	DE	Nutrição	Tutoria	Doutorado em Ciência e Tecnologia de Alimentos
8.	Erika Maria Sampaio Rocha	DE	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Saúde da Família e Mestrado em Saúde Coletiva
9.	Evan Pereira Barreto	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Nefrologia
10.	Evandro Celio Neri Novais Junior	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Cirurgia
11.	Gisele Lopes De Oliveira	DE	Ciências Biológicas	Tutoria	Doutorado em Biotecnologia Vegetal
12.	Geralfred Ferreira Viana	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Ginecologia e Obstetrícia
13.	Giovani De Campos Carvalho	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Psiquiatria
14.	Glaucele Do Amaral Souza	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Mestrado em Saúde da Família
15.	Hayana Ramos Lima	DE	Odontologia	Tutoria	Doutorado em Ciências Aplicadas
16.	Herminio Asevedo Neto	40	Medicina	Farmacologia/ Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Anestesiologia
17.	Jamily Batista Prates	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Oftalmologia
18.	Joao Victor Rocha Soares De Albuquerque	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Pediatria e Mestrado em Ciências Biológicas
19.	Jose Frederico Baylao Neto	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Anestesiologia
20.	Karoline Pravato Carari	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Ginecologia e Obstetrícia
21.	Laila Cheibub Costa Rodrigues	40	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Reumatologia

22.	Larissa Ferreira Correia Baesso	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Pediatria
23.	Luiz Henrique Santos Guimaraes	DE	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Doutorado em Ciências da Saúde
24.	Marcel Coelho Soares Machado	20	Medicina	Tutoria /Patologia/ Conferências	Especialização em Patologia e Mestrado em Patologia
25.	Marcelo Ehlers Loureiro	DE	Agronomia	Tutoria	Doutorado em Fisiologia Vegetal
26.	Marcia Maria Dos Santos De Moraes	DE	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Pediatria e Doutorado em Pediatria
27.	Marina Lopes Pereira Becalli	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
28.	Melina Ferreira Franco Ribeiro	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Pediatria
29.	Mellina Da Silva Goncalves	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Reumatologia
30.	Natalia Amarante Costa	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Cardiologia
31.	Roberto Cesar Paez Farina	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Pediatria
32.	Rodrigo Gomes Pereira	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Endocrinologia
33.	Rodrigo Silva Santos	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Ginecologia e Obstetrícia
34.	Ronaldo De Toledo	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Neurointensivismo
35.	Sebastiao Rodrigo Ferreira	DE	Ciências Biológicas	Tutoria	Doutorado em Parasitologia
36.	Sergio Silva De Freitas	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Ortopedia e Traumatologia
37.	Sherle Katiane Neves Guedes	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Ginecologia e Obstetrícia
38.	Soliana Demuner Ramalho Araújo	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Dermatologia
39.	Tulio Cassiano Jorge De Souza	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Terapia Intensiva
40.	Ulisses Lopes Guerra	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC /	Especialização em Urologia

Sobrinho			Internato	
41. Valdir Moreira De Sousa	40	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Pediatria
42. Waldir Ferreti	20	Medicina	Habilidades / Tutoria/ PIESC / Internato	Especialização em Cirurgia do Aparelho Digestivo
43. William Rodrigues De Freitas	DE	Biomedicina	Tutoria	Doutorado em Biociências e Biotecnologia

Tabela 8: Docentes do curso de Medicina da UFSB, em julho de 2020.

Com a previsão de pleno funcionamento em 2021 e, com vistas ao cumprimento da oferta de 80 vagas anuais, estão previstas a incorporação de 23 médicos concursados, com regime de trabalho de 20h.

Ainda, para funcionamento das atividades do internato espera-se que sejam incorporados pelo menos 40 preceptores médicos.

14.1 Núcleo Docente Estruturante

A composição mais recente do núcleo docente estruturante do curso de Medicina aconteceu após convocação, em 18 de outubro de 2018, dos professores que desejassem compor esta comissão e que atendessem às exigências da Resolução 04/2018 de Universidade Federal do Sul da Bahia. A apreciação dos candidatos foi realizada pelo colegiado, tendo sido conduzidos ao cargo, conforme Portaria CFCS CPF N° 037/2018, publicada em 1° de novembro de 2018, os professores:

NOME DO SERVIDOR	CARGA HORÁRIA	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	ATUAÇÃO NO CURSO DE MEDICINA	TITULAÇÃO
Ana Paula Pessoa De Oliveira	DE	Enfermagem	Tutoria	Doutorado em Psicologia
Clara Mônica Figueredo De Lima	DE	Medicina	Tutoria e Habilidades	Especialização em Otorrinolaringologia e Doutorado em Ciências da Saúde
Hayana Ramos Lima	DE	Odontologia	Tutoria	Doutorado em Ciências Aplicadas
Luiz Henrique Santos Guimaraes	DE	Medicina	PIESC	Doutorado em Ciências da Saúde
William Rodrigues De Freitas	DE	Biomedicina	Tutoria	Doutorado em Biociências e Biotecnologia

Tabela 9: Composição do NDE do curso de Medicina da UFSB, em julho de 2020,

São atribuições do NDE:

- a) Acompanhar o desenvolvimento do Projeto Pedagógico do curso, no intuito de manter constante reflexão sobre a realidade, recomendando mudanças, quando necessário, que contribuam para o seu aperfeiçoamento;
- b) Promover a integração interdisciplinar entre as diferentes atividades de ensino- aprendizagem, constantes na arquitetura curricular do curso;
- c) Assessorar o Colegiado do Curso sobre mudanças estruturais ou transitórias, sempre que demandado;
- d) Propor políticas e estratégias que visem à manutenção de atributos como a qualidade, criatividade e criticidade do curso;
- e) Contribuir para a consolidação do perfil do egresso do curso;
- f) Zelar pelo cumprimento das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação.

14.2 Recursos materiais

Os três campi, onde funcionam os cursos de BI-Saúde, estão em funcionamento desde agosto 2014. Conforme os respectivos projetos, dispõe-se de infraestrutura adequada com sala de aulas, auditórios, biblioteca, ambientes de ensino-aprendizagem, todas equipadas com equipamentos digitais e de conectividade. Laboratórios multifunção estão implantados nos IHACs, onde também funcionam outros Bacharelados Interdisciplinares e as Licenciaturas Interdisciplinares de Ciências da Natureza e suas Tecnologias, dispo de instalações modernas e adequadas aos padrões de segurança e qualidade das respectivas matérias.

14.3 infraestrutura física

Os campi dispõem de infraestrutura adequada, com sala de aulas, biblioteca, ambientes de ensino-aprendizagem, com equipamentos digitais e de conectividade de última geração. Laboratórios multifunção foram implantados para compartilhamento com os demais BIs e as Licenciaturas Interdisciplinares em Matemática e Computação e em Ciências da Natureza e suas Tecnologias, dispo de instalações modernas e adequadas aos padrões de segurança e qualidade.

O Centro de Formação em Ciências da Saúde está localizado no *Campus* Paulo Freire em Teixeira de Freitas, em área localizada ao lado da Policlínica Regional de Teixeira de Freitas.

A estrutura definitiva do *Campus* Paulo Freire contará com os seguintes equipamentos de ensino-aprendizagem, pesquisa, cooperação técnica e integração social:

- Núcleo Pedagógico (em construção);

- Centro de Serviços e Convivência com Área de Alimentação;
- Centro de Esportes e Lazer;
- Biblioteca e Núcleo de Difusão de Informação;
- Clínica Escola de Medicina

14.4 Infraestrutura acadêmica

Para a realização das atividades acadêmicas, o *Campus* Paulo Freire dispõe de estrutura provisória com 15 salas de aulas com capacidade média de 30 pessoas, um pavilhão com nove salas de tutoria, um pavilhão de laboratórios multifunção para atender componentes curriculares da área de concentração saúde-enfermidade-cuidado do BI- Saúde e um laboratório de habilidades médicas, específico para o curso de Medicina.

Salas de aula

Em sua estrutura provisória, o *Campus* Paulo Freire conta com 15 salas de aula, todas equipadas com equipamentos digitais e de conectividade. A capacidade média das salas é de 30 pessoas.

Salas de Tutorias

O *Campus* Paulo Freire conta com nove salas de tutorias de 32 m² cada. Na perspectiva inovadora de aproximação da teoria com a prática, as salas de tutorial contarão com uma mesa de reuniões com capacidade de 12 pessoas cada, um quadro branco, um aparelho televisor de 50 polegadas, um quadro branco, uma mesa clínica, uma mesa e um armário para simulação ambulatoriais. Este espaço será utilizado tanto para as sessões de tutorial em método PBL, como para aulas de Habilidades e Atitudes, sendo possível demonstrar procedimentos de um atendimento.

Sala de Discussões

Espaço Físico de aproximadamente 28,85 m² de área, destinado a apresentação de momentos teóricos e discussão de casos clínicos antes de iniciar a aulas práticas. O espaço comporta 25 carteiras.

Sala de Conferências

Espaço Físico de aproximadamente 125,74 m² de área, destinado às conferências e momentos teóricos de atividades educacionais. O espaço tem capacidade para 130 carteiras.

Centro de Atendimento Médico e Especializado - CEAME

Espaço Físico de 87,62m² de área destinado ao internato médico, compondo espaço com seis consultórios médicos, uma sala de expurgo, uma recepção e uma sala de espera para 50 pacientes e acompanhantes.

Estrutura Laboratorial

LAB 01 – Laboratório Multifunção 1

Espaço Físico de aproximadamente 50 m² de área destinado à utilização de microscopia para aulas de microbiologia, parasitologia, citologia, embriologia, patologia e histologia.

LAB 02 – Laboratório Multifunção 2

Espaço Físico de aproximadamente 50 m² de área destinado à utilização de equipamentos para aulas de bioquímica, genética, botânica, farmacologia, imunologia, microbiologia e parasitologia.

Laboratório de Procedimentos Médicos 1

Espaço Físico de aproximadamente 20,72 m² de área, destinado a aulas de habilidades em técnicas cirúrgicas simuladas.

Laboratório de Procedimentos Médicos 2

Espaço Físico de aproximadamente 41,86 m² de área, destinado a aulas de habilidades que utilizam simuladores deitados.

Laboratório de Procedimentos Médicos 3

Espaço Físico de aproximadamente 45,34 m² de área, destinado a aulas de habilidades que utilizam simuladores que são utilizados sob-bancadas.

Laboratório de Morfofisiologia Humana

Espaço Físico de aproximadamente 45,34 M² de área, destinado a aulas de anatomia, fisiologia, histologia e embriologia.

Ambulatórios Médicos Simulados

Espaço Físico de aproximadamente 27,80 m² de área, dividido em quatro ambulatórios médicos simulados de aproximadamente 6,95 m² cada, utilizados para o atendimento supervisionado por professor, em sala separada com vidro que permite a visualização apenas do lado externo. Para treinamento e avaliação de habilidades médicas.

Instalações Definitivas

As instalações definitivas do *Campus* Paulo Freire estão em construção, com previsão de conclusão em 2021. Encontra-se em edificação:

Núcleo Pedagógico

Com previsão de 35 gabinetes para professores, salas de coordenações de cursos, secretarias acadêmicas, 30 salas de aulas e reuniões com capacidade entre 15 e 60 pessoas, dois auditórios com capacidade de até 150 pessoas cada um, cinco laboratórios para atender o ciclo básico dos cursos da saúde, dois laboratórios de ambientes simulados para as aulas práticas do curso de Medicina, um laboratório para aulas práticas e ambientes simulados para o curso de psicologia e um laboratório de informática.

Cenários de práticas - REDE SUS

A Universidade Federal do Sul da Bahia tem firmado com a Rede Municipal de Teixeira de Freitas o Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde. Através deste instrumento, o município disponibiliza seus serviços de saúde para servirem de cenários de prática para o curso de Medicina. Nesta perspectiva, o curso médico da UFSB terá acesso a 42 Unidades Básicas de Saúde, o Hospital Municipal de Teixeira de Freitas, a Unidade de Pronto Atendimento de Teixeira de Freitas e a Unidade Materno-Infantil de Teixeira de Freitas. Existe a previsão de utilização da Policlínica Regional de Teixeira de Freitas, através de contrato que se encontra em estágio avançado de celebração.

15. AÇÕES DE ACOLHIMENTO, PERMANÊNCIA E APOIO PSICOPEDAGÓGICO

15.1 Acolhimento

Entendendo o acolhimento não só como o ato da admissão no curso, mas também como a percepção das diferenças e necessidades do acadêmico. As ações de acolhimento ao estudante devem ser desenvolvidas em todo o curso, com especial atenção no início dos períodos letivos. Essas ações são coordenadas entre gestão e coordenações de cursos de modo que os esforços sejam divididos e resultados maximizados de modo que ocorra integração entre cursos e entre as categorias que compõem a vida acadêmica (discentes, docentes e servidores técnicos- administrativos). As ações de acolhimento devem ser de ordem informativa para que os estudantes rapidamente incorporem as rotinas, jargões e funcionamento de todos os setores e instâncias e de ordem integrativa para que o acadêmico se integre a rotina não só do curso, mas também da UFSB. Essas ações consistem em palestras, minicursos, oficinas, rodas de conversa e atividades recreativas.

15.2. Permanência

A igualdade de oportunidades entre os estudantes é um objetivo que devemos buscar através de diversos programas voltados especialmente àqueles em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Essa é a função, por exemplo, do Programa de Apoio a Permanência do estudante de graduação, que possibilita o acesso a bolsas e auxílios para os estudantes regularmente matriculados com renda per capita familiar de até 1 salário mínimo, com objetivo de contribuir com a permanência e o sucesso na trajetória acadêmica do discente. Os recursos utilizados por este programa são oriundos de verbas federais do Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES (Decreto Federal nº. 7.234/2010).

Além do apoio com bolsas e auxílios, temos buscado continuamente a melhoria de nosso programa de Ações Afirmativas, a fim de possibilitar que cada vez mais estudantes oriundos de escolas públicas ingressem na universidade e com isso transformem a vida de suas famílias.

O Programa de Apoio à Permanência da UFSB é regulado pela Resolução 01/2016 do Conselho Universitário (CONSUNI), onde é definido as bolsas e auxílios ofertados para contribuir com a permanência dos estudantes de graduação. As modalidades de Bolsas e Auxílios já ofertados são:

- Bolsa de Apoio à Permanência (BAP): é destinada a prover as condições para a manutenção dos estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica.
- Auxílio Instalação
- Auxílio Eventos: Consiste em apoio à realização e à participação dos estudantes ou das entidades estudantis reconhecidas pela UFSB em eventos culturais, políticos e esportivos.
- Auxílio emergencial: consiste em subvenção financeira, com periodicidade de desembolso mensal e por tempo determinado, destinada aos casos excepcionais de vulnerabilidade e risco social avaliados pela equipe multiprofissional da Pró-Reitoria de Sustentabilidade e Integração Social – Prosis
- Auxílio Creche
- Auxílio Alimentação
- Auxílio Transporte
- Auxílio Moradia
- Bolsa Monitoria Inclusiva
- Bolsa Permanência – MEC

Além das Bolsas e Auxílios, a política de permanência estudantil da UFSB contempla

ações de Qualidade de Vida (QV) estudantil, que buscam a integração interna da comunidade acadêmica e desta com a sociedade, por meio do estímulo a práticas saudáveis ligadas à promoção da saúde, acessibilidade, cultura, esporte e lazer, dimensões entendidas como partes fundamentais para a QV de um indivíduo e comunidade.

Os serviços oferecidos passam pelo acolhimento e acompanhamento dos estudantes com deficiência; campanhas de prevenção e orientação em saúde; cursos de capacitação; atendimento de urgências e emergências e atendimento nutricional. Também são ações promotoras de QV, a execução e o apoio a ações ligadas a práticas esportivas - coletivas e individuais - pensando o esporte como promotor das relações humanas e bem-estar.

A atenção ao bom rendimento acadêmico dos estudantes assistidos pelo PAP – Programa de Permanência Estudantil da UFSB, é realizado pela CAPE – Coordenação de Apoio à Permanência Estudantil, através do seu setor de monitoramento e de apoio pedagógico.

Apoio psicopedagógico

Todos os *campi* da UFSB contam com apoio da Prosis que disponibiliza médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo que trabalham em conjunto para prevenir e solucionar problemas não só dos discentes, mas também aos discentes e técnicos administrativos tende a harmonizar o ambiente acadêmico. O colegiado do curso deve disponibilizar formas e horários de escuta qualificada e humanizada para as necessidades dos discentes e docentes, de modo que não só as dúvidas e questionamentos sejam relacionadas, mas tratadas de maneira respeitosa e profissional.

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação médica tradicional, pensada apenas sob a ótica da transmissão de conteúdos, fragmentada, disciplinar, tecnicista e impessoal, parcialmente desvinculada do contexto sociocultural, sem dúvida compromete o processo de produção social da saúde. O acúmulo de conhecimentos de forma passiva, fragmentada e linear, formato encorajado pelos currículos das escolas médicas atuais, não se traduz em competência e bons resultados na prática profissional (MCMANUS, 1993). A superação dessas questões exige mudanças profundas na formação do profissional de saúde, valorizando as vertentes da humanização, da solidariedade e da participação social (ALMEIDA FILHO, 2011).

A mudança de conjuntura mundial no fim do século XX, comum novo ciclo de organização dos sistemas públicos de saúde em vários países, ampliou a cobertura de serviços e, em consequência, a necessidade de formação de recursos humanos em escala massiva (WHO 2008; MEESSEN & MALANDA, 2014). Em todo o mundo, a crescente demanda por mais e melhores profissionais, capacitados a trabalhar em comunidades pobres e em áreas distantes das metrópoles, teve grande impacto sobre os sistemas de ensino superior em saúde (FRENK et al 2010). Em geral formados por blocos de faculdades isoladas, tais sistemas priorizam modelos elitistas de formação em pequena escala, representados por cursos estruturados de modo disciplinar, orientados para crescente especialização.

Como resposta institucional, visando maior eficiência no ensino-aprendizagem, novos modelos curriculares foram desenvolvidos, testados e implementados, em duas vertentes. Por um lado, modelos de aprendizagem orientados à formação na prática dos serviços de saúde, como PBL (*problem-based learning*), TBL (*team-based learning*) e ensino por competências, foram apresentados como mais eficazes para a formação de profissionais capacitados a atuar sobre problemas concretos de saúde (MORRISON et al, 2010; JONASSEN, 2011; SUTHERLAND, 2013). Por outro lado, a partir da constatação de limitações dos regimes convencionais de ensino frente ao aporte massivo de novos conhecimentos científicos, formatos padronizados de validação das tecnologias médicas foram desenvolvidos e difundidos com a generalização da metanálise e dos protocolos clínicos, inspirados na EBM (*evidence-based medicine*) nos EUA e na Colaboração Cochrane no Reino Unido (LOPES, 2000; THISTLETH & HAMMICK, 2010).

Recentemente, reformas curriculares destinadas a revalorizar as humanidades na formação médica,

tornando-a mais sensível aos temas da subjetividade, da ética e das diferenças culturais e, conseqüentemente, resultando em maior humanização do cuidado, foram iniciadas em centros universitários na América do Norte e na Europa (REGEHR, 2004). Por ocasião do centenário do Relatório Flexner, em 2010, várias iniciativas de revisão mais profunda dos atuais modelos de formação médica foram promovidas por organismos internacionais (MORRISON et al., 2010; FRENK et al., 2010). No contexto desse debate, Morrison et al. (2010) apresentaram uma interessante proposta de delineamento do perfil desejado para o “médico do século XX”, conforme o Tabela abaixo:

Médico do Século XX	Médico do Século XXI
Acumula conhecimento	Busca e usa conhecimento
Trabalhos acadêmicos individuais	Equipes interdisciplinares de pesquisa
Autônomo	Colaborativo
Cooperativo	Compartilha credibilidade
Sucesso Pessoal	Equipes interdisciplinares
Especialistas isolados em vôo-solo	Coordenadores do cuidado
Centrado no médico	Centrado no paciente

Tabela 10: Aspectos diferenciais da Formação Médica

No Brasil, historicamente um dos alvos preferenciais de movimentos internacionais de reforma curricular em saúde (FEUERWERCKER & SENA, 2002; AROUCA, 2003), a focalização pedagógica, tendo como base estratégias educacionais ditas ativas, de fato não tem conseguido reduzir o distanciamento entre necessidades de saúde e modelos de formação, contribuindo para garantir capacitação técnica, resolutiva, integradora e efetiva dos profissionais. A recente consolidação e ampliação do Sistema Único de Saúde demonstra ser esta questão mais política que pedagógica, ao requerer, quase com insistência, profissionais de saúde com uma postura crítica, participativa, responsável e socialmente engajada. Não obstante, dadas as raízes históricas de uma sociedade baseada em desigualdades e exclusão, com um Estado elitista e cooptado, tal demanda encontra particular dificuldade e enfrenta grandes obstáculos justamente no sistema brasileiro de formação de médicos.

Nesse cenário, o tema das transformações curriculares na educação médica vem sendo cada vez mais debatido na literatura especializada no Brasil. Há consenso de que o ensino praticado na maioria dos cursos de Medicina caracteriza-se por modelos e práticas pedagógicas hierarquizadas e alienantes, por isso mesmo superados em contextos mais avançados e equitativos de educação superior (ALMEIDA, 1998; BRIANI, 2001; FEUERWERCKER & SENA, 2002; ALMEIDA, 2008). Apesar disso, a maioria das propostas de alterações curriculares de formação de profissionais engajados em questões sociais e humanas que permeiam a prática médica de fato não trazem mudanças efetivas, nem são seguidas de avaliações de sua eficácia com o devido rigor metodológico. O próprio docente do curso médico tem sido pouco avaliado no sentido de uma visão global da profissão docente e não apenas de sua especialidade médica (COSTA, 2007).

Vários autores (ALMEIDA, 1998; AGUIAR, 2006; ALMEIDA FILHO, 2011; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013) indicam que os modelos formativos sem saúde predominantes na universidade brasileira sofrem de vários problemas: Primeiro, pouco valorizam o eixo ético-humanístico, muitas vezes desprezando aspectos políticos da gestão pública e, em consequência, os programas e problemas do SUS. Segundo, esse padrão de ensino tende a reduzir a abordagem do complexo profissional-equipe de trabalho-comunidade ao estudo de relações interpessoais interpretadas numa perspectiva funcionalista. Terceiro, pouco se investe no sentido de promover perspectivas de transformação a partir de uma percepção crítica das relações

sociais na prática de ação tecnológica no cuidado à saúde. Enfim, há pouca preocupação com a formação de um profissional maduro, participativo, analítico e capaz de interagir com os diversos setores sociais e políticos na resolução dos problemas de saúde das pessoas e das coletividades.

Ao propor o regime de ciclos na educação superior em saúde, buscamos construir um modelo de educação possível e viável neste momento crucial de revisão e recriação da universidade brasileira (ALMEIDA-FILHO & COUTINHO, 2011). O primeiro ciclo compõe-se de um Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, articulando um modelo de integração social amplo e territorializado, através de uma rede de colégios universitários, à formação específica integrada num tronco comum às carreiras profissionais em saúde. O segundo ciclo compreende cursos e programas de formação profissional e acadêmica, destinados à habilitação de trabalhadores, gestores, pesquisadores e intelectuais em carreiras profissionais e atividades ocupacionais, em setores e áreas de atuação específicas no campo da saúde. O terceiro ciclo será uma pós-graduação profissional, reconhecendo equivalência da residência médica ao nível de mestrado profissional, além de mestrados acadêmicos em áreas básicas de pesquisa como transição ao doutorado acadêmico, que pode ser em qualquer área específica de formação. A figura 5 ilustra o fluxo acadêmico proposto pela UFSB para o curso de Medicina.

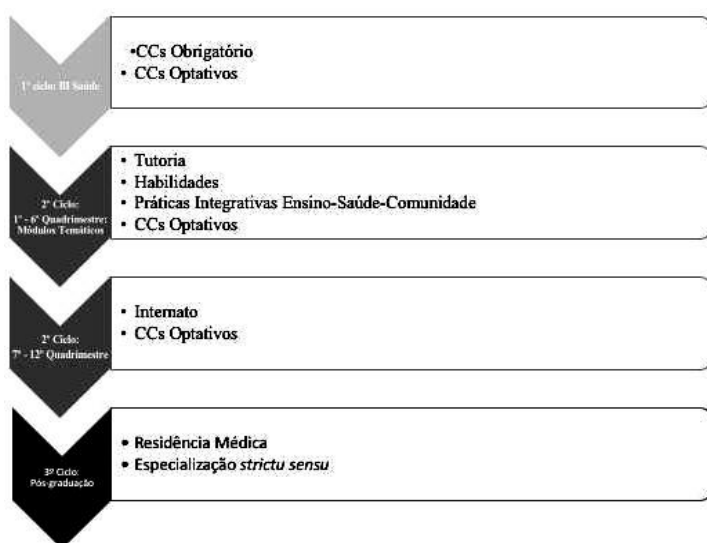


Figura 5. Fluxo acadêmico do regime de ciclos do curso de Medicina da UFSB.

Para avaliar os aspectos normativo do programa de formação médica da UFSB – educação médica baseado em competências socialmente referenciadas, com arquitetura curricular em regime de ciclos, aprendizagem intensiva na prática e metodologias pedagógicas ativas, voltado para a comunidade e orientado para a APS – apresentamos uma análise do marco regulatório atualmente vigente no Brasil, concluindo que o modelo proposto nele encontra pleno respaldo legal.

O programa de ensino médico da UFSB promoverá a formação de um profissional norteado por princípios éticos e valores humanos, genuinamente comprometido com a vida, a saúde e a justiça social, consciente de sua responsabilidade perante o bem-estar coletivo. Estudantes que optarem por esse programa entrarão pelo BI-Saúde, vivenciando um primeiro ciclo de formação onde se prioriza um conceito ampliado de saúde como direito humano e campo de exercício da cidadania. O segundo ciclo tem como objetivo a formação de trabalhadores de saúde que, em casos legalmente definidos, definem-se mediante uma figura devidamente regulamentada, no caso o profissional médico. Por conseguinte, o segundo ciclo destina-se ao desenvolvimento e promoção de valores e competências da atuação profissional específica, ao mesmo tempo em que consolida os fundamentos ético-políticos e o compromisso social do educando. Sem dúvida, uso de metodologias ativas de ensino- aprendizagem, foco na realidade da prática, tecnologias digitais, seletividade e maturidade dos estudantes, avaliações processuais rigorosas, tradições universitárias consolidadas, também contribuem em grande medida para o diferencial dos

programas de formação acima apreciados.

Espaços mais amplos para discussões acerca do currículo médico, da prática docente, dos métodos de aprendizado e dos modelos de ingresso nos cursos médicos são urgentes e necessários, pois numerosos problemas vêm sendo apresentados como consequência de uma formação médica inadequada. Numa vertente, isto se dará pela discussão da atuação profissional como forma de modificar o meio onde vive, suas atitudes em relação ao ambiente, à cultura e à sociedade. Noutra vertente, enfatiza-se uma compreensão política e social do mundo como um sistema complexo interligado onde todos são corresponsáveis pela vida e pelo ambiente.

Detalhamos a metodologia pedagógica que pretendemos utilizar, baseada em estratégias ativas de ensino-aprendizagem, visando a uma prática de cuidados em saúde humanizada e resolutiva, 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. Do ponto de vista pedagógico, o maior desafio desta universidade será pensar o educando como sujeito histórico e contextualizado, que deverá assumir o rumo de sua autoconstrução e do seu processo como sujeito de aprendizagem. Nessa universidade renovada, o estudante fará escolhas informadas e, quando necessário, poderá mudar seu itinerário curricular sem sucumbir à rigidez de pautas de treinamento pré-fixadas e em seguida superadas por realidades mutantes; será enfim protagonista, ativo e consciente, dos processos de ensino-aprendizagem e não mero coadjuvante marginalizado de um sistema burocrático alienante.

Esperamos que este protótipo político-institucional de modelo de formação em saúde que se está construindo no Sul da Bahia possa ajudar na construção de uma pauta nacional de inovação na Formação em Saúde. Essa pauta pode ser realista institucionalmente, tecnologicamente competente, pedagogicamente eficiente, socialmente justa, porém sempre epistemologicamente consistente e compatível internacionalmente. E que esse esforço de reflexão e de ação, aqui compartilhado, resulte em provocações, debates e discussões tão necessários neste momento em que constatamos um atraso centenário nos modelos de formação profissional à altura dos desafios da construção e consolidação de um sistema único de saúde em nosso país.

17. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AGUIAR, Adriana Cavalcanti. Cultura de avaliação e transformação da educação médica: a ABEM na interlocução entre academia e governo. *Rev. bras. educ. méd*; 30(2): 98-101, maio-ago. 2006.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; COUTINHO, Denise. Nova arquitetura curricular na universidade Brasileira. *Cienc. Cult.* [online]. 2011, vol.63, n.1, pp. 4-5. ISSN 0009-6725.
- ALMEIDA-FILHO N. Higher Education and Health Care in Brasil. *The Lancet*, 377/9781: 1898-1900, 4 June 2011.
- ALMEIDA-FILHO N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(12), 2234- 2249, 2010.
- ALMEIDA, Marcio José de. Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança. *Interface (Botucatu)* [online]. 1998, vol.2, n.2, pp. 214-215 .
- ALMEIDA, Marcio José de. Gestão da escola médica: crítica e autocrítica. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2008, vol.32, n.2 [cited 2014-01-29], pp. 202-209.
- AROUCA, Antonio Sérgio. *O Dilema Preventivista*. São Paulo: EdUnesp, 2003 [1975].
- AYRES, José Ricardo de C. M. Integralidade do Cuidado, Situações de Aprendizagem e o Desafio do Reconhecimento Mútuo. In: *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde / Roseni Pinheiro e Tatiana Coelho Lopes, organizadoras.* – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2013. 256 p. ISBN:978-85-89737-53-1.
- BATISTA KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):884-99.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.
- BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - Lei N. 9.394 de 20/12/1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm Acesso: 15/11/2011
- BRASIL. 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: 20/11/2012
- BRASIL. Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2009. <http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/default.asp> (acesso em 15 de março de 2011) (em Português).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de gestão do trabalho em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional em Saúde – PRO-SAÚDE. Ministério da Educação e Ministério da Saúde (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília, 2007, 186 p. Disponível em: http://www.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf Acesso:20/11/2011
- BRASIL. 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 2013) (em Português).
- BRASIL. 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

BRASIL. PARECER CNE/CES No: 266/2011. Referenciais orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares das Universidades Federais. Publicado no

D.O.U. de 14/10/2011, Seção 1, Pg. 16.

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.

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 Creneb ano 1 - nº 2 . Abr / Mai / Jun 2010.

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

FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R.R. A contribution to the movement for change in professional healthcare education: an assessment of the UNI experiences, Interface _ Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.10, p.37-50,2002.

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.

GOMES AP ; Rego, Sergio . Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?. Revista Brasileira de Educação Médica (Impresso), v. 35, p. 557-566,2011.

IBGE. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde (2003). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,2005.

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

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.

MACHADO, M. F. A. S., MONTEIRO, E. M. L. M., QUEIROZ, D. T., VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc & Saúde Coletiva, 12(2),335-342.

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.

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.

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.

- RIOS IC, LOPES JÚNIOR A, KAUFMAN A, VIEIRA JE, SCANAVINO MT, OLIVEIRA RA. A Integração das Disciplinas de Humanidades Médicas na Faculdade de Medicina da USP – Um Caminho para o Ensin. Rev Bras Educ Med, 2008; 32(1): 112-121
- SALAS, R; SALAS, A (2012). La educación médica cubana. Su estado actual. Revista de Docencia Universitaria. REDU. Vol.10. Número especial dedicado a la Docencia en Ciencias de la Salud. Pp. 293-326.
- SEABRA-SANTOS, Fernando; Almeida-Filho, Naomar. A Quarta Missão da Universidade. Coimbra/Brasília: EduCoimbra/EdUNB, 2012.
- SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo, Gomes, Andréia Patrícia, Albuquerque, Verônica Santos, Cavalcanti, LOPES, Felipe de Oliveira, & COTTA, Rosângela Minardi Mitre. (2013). Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio?. Ciência & Saúde Coletiva, 18(1), 159-170. Acesso em 14/4/2014, http://www.scielo.org/scielo.php?scriptsci_arttext&pid=S141381232013000100017&lng=en&tln g=pt.10.1590/S1413-1232013000100017.
- TAVARES, Luis Henrique. História da Bahia. São Paulo/Salvador: Edunesp/Edufba, 2009.
- TEMPORÃO, J.G. Educação na Saúde e Saúde na Educação. 2012. <http://jornalggn.com.br/blog/luisnassif/educacao-na-saude-e-saude-na-educacao-por-temporao> (Acessado em 11.12.2013)
- 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

ANEXO I
ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Informações sobre as atividades complementares: carga horária, tipo de atividades e documentação comprobatória.

	DOCUMENTOS	ATIVIDADES
60 h	declaração assinada pelo responsável pelo processo de formação, com carga horária especificada.	01. Participação em cursos de formação profissional (formação de gestores ou profissionais da saúde).
120 h	certificado de participação, com carga horária especificada.	02. Participação em eventos da área ou áreas afins (seminários, congressos, encontros, simpósios, colóquios, reunião científica, semana de estudos)
60 h	certificado de conclusão do curso, com carga horária especificada e o evento em que foi realizado.	03. Participação em cursos de extensão ou minicursos na área da saúde e/ou em áreas afins realizados em eventos científicos.
60 h	certificado ou declaração emitida pela instituição onde foi realizado o intercâmbio, com carga horária especificada.	04. Participação de programas de intercâmbio.
60 h	declaração assinada pelo coordenador/ apresentador do evento com carga horária especificada.	05. Participação em eventos culturais oferecidos pela U ou outras instituições
120 h	declaração assinada pela instituição e supervisor das práticas, com carga horária especificada.	06. Realização de práticas e extracurriculares em saúde.
120 h	declaração ou certificado fornecida pelo professor responsável com carga horária especificada.	07. Participação em grupos de pesquisa, extensão, criação e inovação reconhecidos pela P, sob supervisão de professores ou Programas Integrados de Pesquisa, extensão e criação (P P) reconhecidos pela P, sob supervisão de professores.
60 h	declaração comprobatória dos órgãos colegiados com carga horária especificada.	08. Participação em órgãos colegiados (diretórios acadêmicos, representação discente em órgãos colegiados de curso ou conselhos e comissões a nível institucional).

120 h	eclaração/certificado emitido pela direção, órgão ou setor competente, com carga horária especificada.	10. Participação em projetos (tensão, PIBIC, PIVIC, PIBIC-AF, PIBID, PET, BAP e LIGAS ACADÊMICAS)
120 h	certificado emitido pelo órgão competente responsável pelo evento e cópia da publicação, quando aceito, ou cópia da publicação com a referência bibliográfica	10. Publicações: - artigo em periódicos científicos indexados (aceito ou publicado) - 120 h - artigo em periódicos com corpo editorial (aceito ou publicado) - 60 h - capítulo de livro científico com editora com corpo editorial - 120 h - Trabalho completo em anais eventos - 20 h - resumo expandido em periódicos com corpo editorial ou anais de evento - 20 h - Resumo simples em anais de evento /publicado - 10 h - apresentações (cinema, filmes, livros, teatro, ópera, museu, etc.) - 20 h
120 h	eclaração assinada pelo coordenador do curso/ evento, com carga horária especificada; Declaração do coordenador da Liga acadêmica que promoveu o evento/ curso, com carga horária especificada.	11. Participação na organização ou coordenação de cursos e/ ou eventos científicos internos ou externos à UFSB com carga horária comprovada/ evento.
120 h	eclaração assinada pelo organizador do evento com carga horária especificada.	12. Organização ou participação em atividades ligadas à saúde pública: mutirões de cidadania, campanhas, programas de saúde e etc.
120 h	eclaração assinada pelo presidente da Empresa da UFSB com carga horária especificada.	13. Participação na diretoria de empresa únior
120 h	Declaração emitida pelo Colegiado do curso de Medicina ou professor de outro curso da UFSB com carga horária especificada.	14. Atividades de Monitoria acadêmica.

60 h	<p>eclaração assinada de participação em representação da U em atividades (20 horas por evento).</p>	<p>1. Atividades Artísticas, Culturais e Esportivas.</p>
120 h	<p>eclaração ou certificado fornecida pelo coordenador ou professor responsável com carga horária especificada juntamente com ata do Colegiado que aprove a Atividade.</p>	<p>16. Outras atividades acadêmicas validadas previamente pelo Colegiado do Curso.</p>

ANEXO II – NORMAS OPERACIONAIS DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES

O Art. 25º das DCN do curso de Medicina (Resolução CNE/CES nº 03 de 20 de junho de 2014) estabelece que o PPC do curso deve contemplar as atividades Complementares. A presente diretriz coaduna-se com este documento, bem como com a LU nº 16/2015, da UFSB, que Regulamenta Atividades Complementares nos cursos de Primeiro e Segundo Ciclos da Universidade Federal do Sul da Bahia.

– ATIVIDADES COMPLEMENTARES NO CURSO DE MEDICINA

Art. 1º Atividades complementares compreendem participação do/a estudante em atividades artísticas, culturais, esportivas, científicas e de representação estudantil seja na Universidade, na comunidade, em instituições, organizações ou outros espaços, visando à aquisição e/ou produção de conhecimentos e habilidades importantes para o exercício profissional, o voluntariado e a cidadania, e que contribuam para a complementação da sua formação pessoal, social, cultural e acadêmica.

Art. 2º As atividades complementares contemplam as seguintes dimensões:

. humana: atividades que contribuam para o desenvolvimento social, cultural e pessoal do/a estudante, ampliando sua consciência reflexiva e cidadã;

. social: atividades que favoreçam o empreendedorismo socialmente referenciado, atividades comunitárias, trabalho voluntário na comunidade, em associações de bairros e na Universidade;

. Profissional: atividades que enriqueçam a formação técnico-profissional requeridas pelo curso, área de formação ou área complementar;

V. acadêmica: atividades científicas, filosóficas, artísticas, culturais ou esportivas que consolidem a formação integral universitária em complemento à formação específica do curso.

V. Política estudantil: atividades que envolvam o estudante em temáticas de interesse coletivo relacionadas a representação formal em entidades estudantis e em conselhos, comissões ou congêneres da Universidade.

§ 1º - As informações e critérios sobre carga horária das atividades complementares fica definida no apêndice deste regulamento.

Art. 3º As atividades complementares validadas e creditadas pela Universidade devem observar os seguintes critérios: diversidade, atualidade e compromisso social, em conformidade com os referenciais orientadores do Projeto Pedagógico do curso (PPC), quando houver;

- participação em atividades complementares não justifica a ausência em atividades curriculares do curso.

Art. 4º Compete ao Colegiado de curso no qual o/a estudante está matriculado a validação das

tividades complementares, realizadas dentro ou fora do ambiente acadêmico e de acordo com o PPC.

– pós a validação de uma atividade complementar o Colegiado de curso deve informar a Pró-Reitoria de Ensino Acadêmico (Progeac) quantas horas foram validadas para fins de integralização.

Art. 5º Cabe ao Colegiado do Curso:

- I. monitorar a realização das atividades complementares ao longo do curso, em termos qualitativos e de carga horária;
- II. analisar e deliberar pela aprovação de atividades formais, não-formais ou informais apresentadas pelo/a estudante e validadas por seu/sua orientador/a;
- III. informar ao/à estudante o quantitativo de horas validado, visando à integralização das Atividades Complementares.

Art. 6º compete ao/à estudante:

- . solicitar o aproveitamento por meio de encaminhamento da documentação comprobatória das atividades complementares à coordenação do Colegiado de curso via secretaria acadêmica, conforme normas dessa resolução;
- . cumprir a carga horária destinada às atividades complementares, 240 horas, definida na matriz curricular do PP, bem como acompanhar seguindo as orientações do Colegiado de Curso.

COMPLEMENTARES DO BIS

Art. 7º validação de atividades complementares apresentadas pelo/a estudante ao Colegiado ficará condicionada aos seguintes critérios:

- . formulário de solicitação de reconhecimento das atividades complementares (Anexo B);
- . apresentação dos comprovantes das atividades complementares realizadas, numeradas em ordem segundo o formulário de solicitação, com a carga horária descrita e a assinatura do responsável pela atividade;
- . / estudante deverá participar de atividades variadas, não podendo preencher toda a carga horária/creditação com um único tipo de atividade.

Art. 8º - que as solicitações de reconhecimento de atividades complementares devem ser encaminhadas junto à secretaria acadêmica quando o estudante estiver cursando até no máximo o penúltimo quadrimestre antes do término previsto do curso de medicina, cursando o oitavo (8) e nono (9) quadrimestres do curso, até a data estipulada pelo Colegiado.

§1º - secretaria acadêmica remeterá as atividades complementares ao coordenador do curso, que as submeterá para análise ao Colegiado.

2º - o cálculo das horas deve seguir as normas estabelecidas pelo Colegiado de curso.

3º - a documentação a ser entregue pelo estudante na secretaria do curso secretaria executiva/secretaria dos colegiados e devem constar:

1 – formulário de solicitação de reconhecimento das atividades complementares Pedido de reconhecimento das atividades desenvolvidas conforme barema do Apêndice A;

2 – comprovantes das atividades (original e cópia autenticada, podendo ser realizada pela Secretaria Acadêmica).

§ 4º - documentação deve ser entregue em período a ser divulgado pela secretaria acadêmica do curso. Os comprovantes das atividades devem ser dispostos na mesma sequência em que aparecem na listagem no formulário de atividades.

§ 5º - A listagem de atividades deve ser preenchida conforme o formulário de solicitação documento-modelo. Na coluna “ carga horária realizada”, o estudante deve elencar a carga horária das atividades que deseja submeter à apreciação. Nos tipos de atividade em que o estudante não tiver atividades a declarar, deve colocar como item único a expressão “ não constar”.

§ 6º - as atividades que não estiverem especificadas no formulário poderão ser validadas desde que devidamente descritas no item 21 do formulário (outras atividades), e devidamente comprovadas.

Os estudantes podem submeter ao colegiado a apreciação das atividades comprovadas que, porventura, não estejam mencionadas nos apêndices, ficando à cargo do colegiado deliberar sobre a validade do documento como atividades complementares, bem como atribuir a carga realizada.

-

Art. 9º Para o registro das atividades complementares, o estudante deverá protocolar na secretaria acadêmica, nos termos fixados por este regulamento, de acordo com o calendário, a documentação comprobatória.

§ 1º - o estudante será responsável por reunir os documentos comprobatórios das atividades complementares por ele realizadas, por meio de cópias autenticadas ou de cópia e apresentação original para autenticação, agrupando-os segundo a tabela apresentada no apêndice de acordo com a tabela de cada grupo, junto à secretaria acadêmica.

2º - serão válidos comprovantes desde que em nome do estudante participante. Na hipótese alguma serão aceitos comprovantes em nome de terceiros.

§ 3º - recebidos os documentos pela secretaria estes deverão ser entregues ao coordenador do curso de medicina, para apreciação da omissão de atividades complementares, e posteriormente do colegiado.

4º - Para cada atividade será determinado o número de horas a ser creditado conforme documento do anexo o apêndice .

§ 5º - provada a documentação, a ordenação do deverá acompanhar o lançamento das horas atribuídas às atividades complementares no sistema informatizado da UFSB.

§ 6º - em caso de dúvida sobre a validade de determinado documento, deverá opinar o coordenador e o Vice-coordenador de Curso.

§ 7º - não sendo aprovada a documentação, dar-se-á ciência ao estudante, por escrito, nos autos.

—

Art. 10º Este regulamento pode ser alterado pelo do curso de medicina, obedecidas as disposições regimentares.

Art. 11º Este presente regulamento passa a ter vigência a partir de sua publicação, estando revogadas demais disposições em contrário.

Art. 12º Os casos omissos e de adaptação curricular serão resolvidos pelo Colegiado de curso.

ANEXO III. EMENTAS

BLOCO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE (IS)

BASES BIOECOLÓGICAS DA SAÚDE – 60H

EMENTA

conceitos básicos em ecologia; estrutura e dinâmica do ecossistema; inâmica de populações; População humana e ambiente antrópico; Relações ecológicas e saúde; Tríade Epidemiológica; Noções de Saúde Única (One Health) e Medicina da conservação; Mudanças ambientais globais e sua relação com a saúde; Meio ambiente e atualidade: temas principais em meio ambiente e saúde; Apresentação dos fatores ecológicos e biológicos que determinam a saúde e a doença em humanos e demais animais; Identificação das variáveis bióticas e abióticas presentes no território que caracterizam a saúde e sua ausência; Influência de fatores geográficos e dos movimentos migratórios na epidemiologia das doenças infecciosas e parasitárias com ênfase nas doenças emergentes e re-emergentes; A nova racionalidade ambiental: sua emergência e implicações; Desafios em saúde e meio ambiente; Estudos de caso sobre mudanças ambientais e saúde.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

FREEMAN, S.; HERRON, J.C. Análise Evolutiva.4. ed. Artmed. 2009.

GUERRA, A. J. T.; CUNHA, S. B. Geomorfologia e Meio Ambiente. 3.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

RICKLEFS, R. A economia da natureza. 6. ed. Guanabara Koogan. 2011.

Complementar

ODUM, E.P.; BARRETT, G.W. Fundamentos de Ecologia.Cengage Learning, 2007.

HILL, R.W. et al. Fisiologia Animal. 2ª ed. Artmed. 2012.

KUMAR, V. et al. Robins & Cotran – Patologia Bases Patológicas das Doenças.8. ed. Saunders Elsevier. 2010.

ALBERTS, C. et al. Biologia Molecular da Célula. 5. ed. Artmed. 2010.

POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE – 60H

EMENTA

Sistemas de Saúde em diferentes países: análises comparativas. Antecedentes, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios doutrinários e organizacionais do SUS inscritos na CF de 1988 e nas LOS de 1990. Avanços e desafios do SUS e da Reforma Sanitária no Brasil. Componentes do sistema de saúde: infraestrutura, organização, gestão, financiamento e modelos assistenciais. Participação e controle social do SUS. Modelos de atenção em saúde no Brasil. Problemas de saúde da população e de seus determinantes. Análises de políticas de saúde específicas. Discussão da conjuntura nacional do SUS e das Políticas de Saúde no Brasil e situação atual nas regiões Sul e Extremo Sul da Bahia (Itabuna, Porto Seguro, Teixeira de Freitas).

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BRASIL. Lei n.º 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

PAIM, J.S. ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PAIM, J.S. E-book O Que É o SUS. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. v. 1.

<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>.

Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.p.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf

BRASIL. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

FINKELMAN, J.(ORG.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil [online]. Riode Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. Disponível em:

<[http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo\(Org.\).pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo(Org.).pdf)>. Acesso em 29 jul. 2015.

PAIM, J. S. 20 anos de construção do Sistema Único de Saúde. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.2, n.2 (2008):63-86.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, Saúde no Brasil, maio de 2011:11-31.

PROMOÇÃO DA SAÚDE, SUSTENTABILIDADE E QUALIDADE DE VIDA – 60H

EMENTA

Promoção da Saúde. Trajetória histórica da legislação que regulamenta a área. Princípios da promoção da saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Intersetorialidade e sustentabilidade das ações de promoção da saúde e saúde ambiental. O movimento Cidades Saudáveis. Qualidade de vida e de saúde. Zonas urbanas desfavorecidas, inclusão social e saúde. Promoção da paz.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

LOUREIRO, C.F.B. Sustentabilidade e educação: um olhar da ecologia política. São Paulo: Cortez, 2012

CAMPOS, G.WS. et al (Orgs). Tratado de saúde coletiva. Salvador, Hucitec/Fiocruz, 2007.

Complementar

HEIDMANN, ITSB; ALMEIDA, MCP; BOEHS, AE; WOSNY, AM; MONTICELLI, M.

Promoção à saúde: Trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 2, 352-8, 2006). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2>. Acessado em 28/07/2015.

RIGOTTO, Raquel Maria; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Saúde e Ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 4, p. 475-501, 2007.

RUMEL, Davi et al. Cidade saudável: relato de experiência na coleta e disseminação de

CULTURA, SABERES TRADICIONAIS E PRÁTICAS EM SAÚDE – 60H

EMENTA

Conceito de Cultura, interculturalidade e etnocentrismo. Dimensões, representações e reprodução de organizações culturais tradicionais. Inserção no campo e abordagem da Cultura. Saberes e práticas culturais tradicionais na saúde e na doença e outras práticas integrativas e complementares no SUS. Sensibilidade e competência cultural para o cuidado em saúde.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (orgs.). Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1998. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/by55h/pdf/alves-9788575414040.pdf>.

LARAIA, Roque de Barros [online]. Cultura um conceito antropológico. 24. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009. Disponível em: disciplinas.stoa.usp.br/mod/resource/view.php?id=41050.

HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. 5 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Complementar

ALMEIDA-FILHO, Naomar. O que é Saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ALVES, P.C., MINAYO, M.C.S. (Orgs.) [online]. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p. ISBN 85-85676-07-8. Available from SciELO Books em: <http://static.scielo.org/scielobooks/tj4g/pdf/alves-9788575412763.pdf>.

CAROSO, Carlos (org) Cultura, tecnologias em saúde e medicina – perspectiva antropológica. Salvador, UFBA, 2008.

CSORDAS, Thomas. Corpo, significado, cura. Porto Alegre: EdUGRGS, 2008.

BLOCO TÉCNICO-CIENTÍFICO EM SAÚDE (TCS)

INTRODUÇÃO À PESQUISA EM SAÚDE – 30H

EMENTA

A importância da Pesquisa em Saúde. Análise das finalidades das pesquisas, do comprometimento social, da lacuna entre ciência e prática profissional e do estado das pesquisas em saúde no Brasil e em outros países em desenvolvimento. Ética na pesquisa em saúde. Elementos necessários para a construção de um Projeto de Pesquisa: introdução, justificativa, objetivos, referencial teórico, metodologia, referências, cronograma, orçamento.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Por que pesquisa em saúde? Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf.

Acesso em:

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. [org]. Métodos de pesquisa / coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>.

TEIXEIRA, Elizabeth. As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 5.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

Complementar

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde, Rev Bras Enferm, Brasília (DF), v. 57, n. 5, 611-4, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução 466/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

COZBY, PC. (PIC GOMIDE, E OTTA, trad.) Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo: Atlas. 2009. Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/77276/mod_resource/content/1/Cozby%20pp%2051-70.pdf.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. [tradução LoríVáli]. Estatística sem matemática para psicologia. Porto Alegre: Artmed. 2006. 608 p.. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAg4YAA/estatistica-sem-matematica-psicologia>.

DUARTE, L. F. D. A ética em pesquisa nas ciências humanas e o Imperialismo bioético no Brasil. Revista brasileira de sociologia, Vol 03, No. 05, p.31-52., 2015

KIPPER, D. J. Breve história da ética em pesquisa. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v. 54, n.2, 224-228, abr.-jun. 2010.

OFICINA DE TEXTO DE LÍNGUA INGLESA - BÁSICO – 60H**EMENTA**

Oficina de leitura e produção de textos em língua inglesa de acordo com as normas técnicas e acadêmicas internacionais. Técnicas e estratégias de leitura e produção de textos em língua inglesa. Aprimoramento de estruturas gramaticais básicas em língua inglesa.

BIBLIOGRAFIA:**Básica:**

MURPHY, R. English Grammar in Use. 4 ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2012. 399p.

TORRES, Nelson. Gramática prática da língua inglesa: o inglês descomplicado. 10 ed. reform. São Paulo: Saraiva, 2007.

WARM UP VIDEO: Critical Literacy, Media Literacy, and the Importance of Reading - Detachment (2011) Scene Link: [<https://www.youtube.com/watch?v=Q2v-WcOVAfg>].

Complementar

ANDRADES, J.A. Regenerative Medicine and Tissue Engineering. ISBN 978-953-51-1108-5, 866 pages, Publisher: InTech, Chapters published May 22, 2013 under CC BY 3.0 license DOI: 10.5772/46192. Edited Volume.

BOUAYED, J.; BOHN, T. Nutrition, Well-Being and Health. ISBN 978-953-51 0125-3, 234 pages, Publisher: InTech, Chapters published February 23, 2012 under CC BY 3.0 license DOI: 10.5772/1864. Edited Volume

GHOLAMREZANEZHAD, A. Stem Cells in Clinic and Research, ISBN 978 953-307-797-0, 816 Pages, Publisher: InTech, Chapters published August 23, 2011 under CC BY-NC-SA 3.0 license DOI: 10.5772/740, Edited Volume.

MADDOCK, J. Public Health - Social and Behavioral Health. ISBN 978-953 51-0620-3, 582 pages, Publisher: InTech, Chapters published May 16, 2012 under CC BY 3.0 license DOI: 10.5772/2242, Edited Volume.

RODRIGUEZ-MORALES, A.J. Current Topics in Tropical Medicine. ISBN 978-953-51-0274-8, 576 pages, Publisher: InTech, Chapters published March 16, 2012 under CC BY 3.0 license DOI: 10.5772/1335. Edited Volume.

OFICINA DE TEXTO DE LÍNGUA INGLESA - INTERMEDIÁRIO – 60H

EMENTA

Oficina de leitura e produção de textos em língua inglesa de acordo com as normas técnicas e acadêmicas internacionais. Técnicas e estratégias de leitura e produção de textos em língua inglesa. Aprimoramento de estruturas gramaticais básicas em língua inglesa. Nível intermediário.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

MURPHY, R. English Grammar in Use. 4 ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2012. 399p.

MORLEY, J. Academic Phrasebank. PDF Download Version. 2014b ed. The University of Manchester; 2014. 73p.

TORRES, Nelson. Gramática prática da língua inglesa: o inglês descomplicado. 10. ed. (reform). São Paulo: Saraiva, 2007.

Complementar

ANDRADES, J.A. Regenerative Medicine and Tissue Engineering. ISBN 978-953-51-1108-5, 866 pages, Publisher: InTech, Chapters published May 22, 2013 under CC BY 3.0 license DOI: 10.5772/46192. Edited Volume.

BOUAYED, J; BOHN, T. Nutrition, Well-Being and Health. ISBN 978-953-51 0125-3, 234 pages, Publisher: InTech, Chapters published February 23, 2012 under CC BY 3.0 license DOI: 10.5772/1864. Edited Volume

GHOLAMREZANEZHAD, A. Stem Cells in Clinic and Research, ISBN 978 953-307-797-0, 816 Pages, Publisher: InTech, Chapters published August 23, 2011 under CC BY-NC-SA 3.0 license DOI: 10.5772/740, Edited Volume.

MADDOCK, J. Public Health - Social and Behavioral Health. ISBN 978-953 51-0620-3, 582 pages, Publisher: InTech, Chapters published May 16, 2012 under CC BY 3.0 license DOI: 10.5772/2242, Edited Volume.

RODRIGUEZ-MORALES, A.J. Current Topics in Tropical Medicine. ISBN 978-953-51-0274-8, 576 pages, Publisher: InTech, Chapters published March 16, 2012 under CC BY 3.0 license DOI: 10.5772/1335. Edited Volume.

OFICINAS DE TEXTOS ACADÊMICOS - PROJETO – 30H

EMENTA

Objetivos, funções, modalidades e formatos do Projeto de pesquisa/intervenção na área da saúde. Conceituação do Objeto: Tema; Delimitação do Objeto/Problema; Objetivos (geral e específicos); Justificativa; Formulação de hipóteses (se houver). Metodologia: Atividades de coleta e análise de dados/intervenção na realidade. Código de boas práticas científicas. Ética em pesquisa envolvendo seres humanos; submissão de projetos ao CEP. Recursos Humanos e materiais. Referências Bibliográficas. Anexos e apêndices. Normas da ABNT na confecção de projeto de pesquisa e/ou de intervenção.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

CORDONI JR., L. Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva [livro eletrônico].

Londrina: Eduel, 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/editora/portal/pages/arquivos/elaboracao%20e%20avaliacao_digital.pdf>. Acesso em 30/07/2015.

CORRÊA, E.J.; SENA, R.R. Planejamento e elaboração de projetos para grupos comunitários, 2 ed (Série Nescon de Informes Técnicos, nº. 4). Belo Horizonte: NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2009. 44p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0274.pdf>>. Acesso em 30. jul. 2015.

HENRIQUES, Cláudio. SIMÕES, Darcília Marindir. A redação de trabalhos acadêmicos - teoria e prática. Rio de Janeiro: ed. UERJ, 2003.

Complementar

FARACO, Carlos Alberto & TEZZA, Cristóvão. Prática de textos para estudantes Universitários. São Paulo. Editora Vozes Ltda. 2008

HENRIQUES, Cláudio. SIMÕES, Darcília Marindir. A redação de trabalhos acadêmicos - teoria e prática. Rio de Janeiro: ed. UERJ, 2003.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. (ORG.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 31.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

AMARAL, J. J. F. Como fazer uma pesquisa bibliográfica. Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, 2007. Disponível em: <<http://200.17.137.109:8081/xiscano/courses-1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>>. Acessado em 15/04/2015.>. Acesso em: 28 jul. 2015.

OFICINAS DE TEXTOS ACADÊMICOS - ARTIGO – 30H

EMENTA

Pesquisa e Comunicação Científica. Leitura e escrita de artigo científico em saúde a partir de trabalho de pesquisa e/ou intervenção realizado em comunidade, espaços de convivência ou serviço de saúde nos CCPs. Planejamento, estrutura do Artigo e a escolha do Periódico. Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Introdução do Artigo. Método. Resultados e Preparação das Tabelas e Figuras. Título, Resumo e Palavras-Chaves. Referências Bibliográficas, Autoria e outras Questões Éticas. Submissão de manuscritos a periódicos biomédicos para publicação.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

INTERNATIONAL COMMITTEE OF MEDICAL JOURNAL EDITORS. Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Rev. Saúde Pública [online]. 1999, vol.33, n.1, pp. 6-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n1/0018.pdf>. Acessado em: 1/8/2015.

PEREIRA, Maurício Gomes. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011.

SABADINI, A.A.Z.P.; SAMPAIO, M.I.C.; KOLLER, M.H. (orgs.). Publicar em psicologia: Um enfoque para a revista científica. São Paulo: Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia / Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicar-em-Psicologia.pdf>>. Acesso em 07/08/2015.

Complementar

CRUZ, Isabel CF da. Curso Rápido para Autores: como escrever um artigo. Online braz. j. nurs. (Online); 8(3) dez. 2009.

SABADINI, A.A.Z.P.; SAMPAIO, M.I.C; NASCIMENTO, M.M. Citações no Texto e Notas de Rodapé: Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da ABNT. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/manuais/citacoesabnt.pdf>>.

SABADINI, A.A.Z.P.; SAMPAIO, M.I.C; NASCIMENTO, M.M. Citações no Texto e Notas de Rodapé: uma Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da American Psychological Association (APA). São Paulo, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, INSTITUTO DE PSICOLOGIA, BIBLIOTECA DANTE MOREIRA LEITE.

SOUZA, Valmi D; Driessnack, Martha; Flória-Santos, Milena. Como escrever o resumo de um artigo para publicação. Acta paul. enferm; 19(3): v-xvi, jul.-ago. 2006.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. INSTITUTO DE PSICOLOGIA SERVIÇO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO. Uma Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da ABNT. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/manuais/normalizacaodereferenciasabnt.pdf>.

BLOCO TEMÁTICO: BASES BIOECOLÓGICAS DA SAÚDE (BES)

AC-SEC – BIOLOGIA CELULAR – 60H

EMENTA

Noções de microscopia e técnicas em biologia celular. Origem da vida e evolução da célula. Células procarióticas e eucarióticas. Aspectos morfológicos, bioquímicos e funcionais da célula. Membrana plasmática e suas especializações. Transporte através da membrana. Citoesqueleto. Estrutura e função das organelas e suas interações. Núcleo, carioteca e cromatina. Ribossomos e síntese de proteínas. Ciclo celular: mitose e meiose.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BRAY, Alberts. Fundamentos da Biologia Celular. 3.ed./ 2011. Artmed.

DE ROBERTIS, Edward M. Biologia Celular e Molecular. 16.ed./ 2017. Guanabara Koogan.

BRUCE, Alberts. Biologia Molecular da Célula. 5.ed/ 2010. Artmed.

Complementar

AZEVEDO, C. Biologia celular 2o ed. Lidel, Lisboa, Portugal 2000.

P ,célula – uma abordagem molecular – 2o ed. Artmed – Porto Alegre – RS, 2001

GOODMAN S.R. Medical cell biology 2o ed. J.B. Lippincott Company, Philadelphia – USA, 1999.

AC-SEC – BIOQUÍMICA – 90H

EMENTA:

Introdução à bioquímica. Estrutura, classificação e função das estruturas bioquímicas: carboidratos, Lipídeos, aminoácidos, Peptídeos, Proteínas, Enzimas, Vitaminas, Cofatores, Ácidos nucleicos. Metabolismo dos carboidratos. Metabolismo dos lipídeos. Metabolismo dos aminoácidos. Integração do metabolismo.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BRAY, Alberts. Fundamentos da Bioquímica básica. Rio de Janeiro. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VOET, D.; VESTIGER, V. Fundamentos de Bioquímica. Porto Alegre: Artmed, 2008.

..... química ilustrada. a dição. Editora Artmed, 2012.

Complementar:

U..... úmica para as ciências da saúde: uma introdução à química geral, orgânica e biológica. ão Paulo: Manole. 1992.

, . .; ymoczko, .L.; , L. ioquímica. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

MURRAY, R.K. et al. arper: ioquímica. a ed. ão Paulo: Atheneu Editora, 2002.

V , . .; azzinelli, . ares- uia, . ioquímica elular e olecular. 2a d. ão Paulo: Editora Atheneu, 2002.

AC-SEC – GENÉTICA BÁSICA– 60H

EMENTA:

Cromossomos; DNA; Gene; Código genético e síntese proteína; Mutação e mecanismo de reparo. Modelos de Herança: Autossômica dominante, Autossômica recessiva, Ligada ao X, Multifatorial, Herança mitocondrial, Dissomia uniparental e imprinting genômico; Sindromologia: Conceitos básicos: malformação, deformação, desrupção, seqüência, associação e síndrome; Síndrome com etiologia ambiental; Síndromes com etiologia genética: cromossomopatias (números e estruturas, autossômicos, cromossômicos sexuais, síndromes monogênicas; Aconselhamento Genético.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

1. OPTIZ, J. M. Tópicos recentes de Genética Clínica. Sociedade Brasileira de Genética, Ribeirão Preto, 1984.
2. RIBEIRO, E. M. Semiologia em Genética Clínica. Edições Livro Técnico. Fortaleza, 2005.
4. THOMPSON, M.W.; Mcinnes, R.R.; Willard, H.F: Genética Médica, 5a edição, editora Ganabara-Koogan, 1993.

Complementar:

BARAITSER, M; WINTER, M. M.: *Color Atlas of Congenital Malformation Syndromes*. Editora Mosby-Wolf, 1996

GRIFFITHS, A. J. F.; MILLER, J.H.; SUZUKI, D. T.; LEWONTIN, R. C.; GELBART, W. M. Sétima edição, Editora Guanabara Koogan, 2002.

, . L. mith's ecognizable Patterns of uman alformation. Quinta edição, W. B. Saunders Editors, 1997.

JORDE L B; CAREY, J C; BAMSHAD, M J, WHITE, R L. Genética Médica. Terceira ediiação, Editora Elsevier, 2004.

STRACHAN, T.; READ, A. P. Genética Molecular Humana, Segunda Edição, Artmed Editora, 2002.

AC-SEC – BASES MORFOFUNCIONAIS DA SAÚDE– 60H

EMENTA:

Morfofisiologia dos sistemas corporais, com ênfase em aspectos evolutivos e no corpo virtual.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

MOORE, K. L. Anatomia Orientada para a Clínica. 7ª ed. Guanabara Koogan, 2014. 1136p.

PEZZI, L. H. A.; CORREIA, J. A. P.; PRINTZ, R. A. D.; PESSANHA N., S. Anatomia clínica baseada em problemas. Guanabara Koogan, 2012. 430p.

TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R. Princípios de Anatomia e Fisiologia. 14ª ed. Guanabara

Koogan, 2016. 1222p.

Complementar:

SILVERTHORN, D.U. Fisiologia Humana - Uma Abordagem Integrada. 7ª ed. Artmed, 2017. 960p.

TORTORA, G. J. Princípios de Anatomia Humana. 12ª ed. Guanabara Koogan, 2013. 1110p.

GUYTON, A.C.; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 13ª ed. Elsevier, 2017. 1176p.

AC-SEC – NEUROCIÊNCIAS E COMPORTAMENTO– 60H

EMENTA:

Evolução, Desenvolvimento Ontogenético e Filogenético, Morfologia e Fisiologia do Sistema Nervoso. Papel do sistema nervoso no contexto geral do funcionamento orgânico. Bases neurofisiológicas do comportamento. Relações entre a neuroplasticidade, memória e aprendizagem. Relações entre a educação, dificuldades de aprendizagem e neuroplasticidade.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

GAZZANINGA, M.S. Neurociência Cognitiva. Artmed, 2006. 768p.

KANDEL, E.R.; SCHWARTZ, J.; JESSELL, T.M.; SIEGELBAUM, S.; HUDSPETH, A.J. Princípios de Neurociências. 5. ed. Editora Mcgraw-Hill Brasil, 2014. 1544p.

LENT, R. Cem Bilhões de Neurônios: Conceitos Fundamentais de Neurociência. 2ª ed. Editora Atheneu, 2010. 848p.

Complementar:

AFIFI, A.K.; BERGMAN, R.A. Neuroanatomia Funcional: Texto e Atlas. 2. ed. Editora Roca, 2008. 536p.

ALMEIDA, L.B. Introdução à Neurociência: Arquitetura, Função, Interações e Doença do Sistema Nervoso. Climepsi Editores, 2010. 336p.

CUNHA, C. Introdução à Neurociência. 2. ed. Editora Átomo, 2015. 258p.

DALGALARRONDO, P. Evolução do cérebro. Artmed, 2011. 462p.

AC-SEC – PERSPECTIVA EVOLUTIVA HUMANA – 60H

EMENTA:

Genes. Hereditariedade. Especiação. Estudos clínicos de caracteres hereditários em saúde. Neoplasias. Epigenética. Seleção natural, seleção sexual e seleção por parentesco. A contradição do altruísmo, a Teoria dos Jogos e o dilema do prisioneiro. O determinismo genético. Minorias étnicas e grupos vulneráveis. Os erros do criacionismo e do design inteligente. Conceito de Homeostasia e Allostasia na perspectiva evolutiva.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

CUNHA, C. Genética e Evolução Humana. Editora Atomo, 2012. 226p. 65

FREEMAN, S.; HERRON, J C. Análise Evolutiva. 4. ed. Artmed, 2009. 848p.

GLUCKMAN, P.; BEEDLE, A. Principles of Evolutionary Medicine. Oxford University Press, 2009. 296p.

Complementar:

L , ; ' , P. edicine and evolution: current applications, future prospects. CRC Press, 2008. 320p.

STEARNS, S.C.; KOELLA, J.C. Evolution in health and disease. 2. ed. Oxford University Press, 2008. 368p.

NESSE, R.M.; WILLIAMS, G.C. Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine. Vintage, 1996. 304 p.**

AC-SEC – SISTEMAS DE CONTROLE HOMEOSTÁTICOS E ALOSTÁTICOS – 60H

EMENTA:

Introdução à Fisiologia. Organização geral dos sistemas corporais. Interações dos Sistemas Corporais. Mecanismos homeostáticos.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

GUYTON, A.C.; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 13. ed. Elsevier, 2017. 1176p
MOURÃO Jr., C. A.; ABRAMOV, D. M. Fisiologia Essencial. Guanabara Koogan, 2010. 426p.
SILVERTHORN, D.U. Fisiologia Humana - Uma Abordagem Integrada. 7ª ed. Artmed, 2017. 960p.

Complementar:

TORTORA, G.J.; GRABOWSKI, S. R. Princípios de Anatomia e Fisiologia. 14. ed. Guanabara Koogan, 2016. 1222p.
AIRES, M. M. Fisiologia. 4. Edição. Guanabara Koogan, 2012. 1252p.
CURI, R.; PROCÓPIO, J. Fisiologia Básica. Guanabara Koogan, 2009. 882p.
HERLIHY, B. Anatomia e Fisiologia Corpo Humano Saudável e Enfermo. Editora Manole, 2002. 555p.
KOEPPEN, B.M.; STANTON, B.A. Berne & Levy. Fisiologia. 6.ed. Elsevier, São Paulo, 2009. 864p.

AC-SEC – CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO HUMANA – 60H

EMENTA

Células reprodutivas: morfofuncionalidade; A gametogênese e o processo de fecundação natural; Métodos de fecundação assistida; A amplitude do significado da concepção, no que se refere aos aspectos sociais; Biotecnologia da reprodução e patologias reprodutivas; Formação do zigoto; Clivagem, Migração e Nidação; Disco embrionário bilaminar; Gastrulação e neurulação; Placenta e placentação; Embriogênese; Desenvolvimento e fisiologia fetal; Identificação das implicações psicossociais de alguns comportamentos maternos que podem favorecer e/ou desfavorecer a gestação; Padrões de transmissão dos caracteres monogênicos; Herança multifatorial; Cromossomos humanos: cariótipo normal; Sindromologia: (conceitos básicos) malformação, deformação, desrupção, sequência, associação e síndrome; Aberrações cromossômicas numéricas e estruturais dos autossomos e dos cromossomos sexuais; Cromatina sexual; Diagnóstico pré-natal e o aconselhamento genético: implicações sociais, éticas e legais; Doenças Genéticas e o Programa de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

MOORE, K. Embriologia Clínica. 9ª ed. Elsevier, 2016.
SADLER, T. W. Langman, embriologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; ABRAHAMSOHN, Paulo. Histologia básica: texto e atlas. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Complementar:

Corpo Humano. Volume 1. Consórcio de Ensino a Distância do Estado do Rio de Janeiro –

CEDERJ.

SCHOENWOLF, G.C. Larsen – Embriologia Humana. 5ª ed. Elsevier, 2016.

AC-SEC – MOFORFISIOLOGIA DOS SISTEMAS NEUROLÓGICO E SENSORIAL – 90h

EMENTA

Embriologia do sistema nervoso central, periférico e órgãos sensoriais. Histologia do Tecido Nervoso. Histologia dos órgãos sensoriais. Anatomia do sistema nervoso central e periférico. Anatomia dos órgãos sensoriais. Geração e condução de impulsos nervosos. Fisiologia do sistema nervoso simpático e parassimpático. Fisiologia dos órgãos sensoriais.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; ABRAHAMSOHN, Paulo. Histologia básica: texto e atlas. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SOBOTTA, atlas de anatomia humana. 24. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

Complementar:

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. Princípios de anatomia e fisiologia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KASPER, Dennis L.. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. Anatomia orientada para a clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ROSS, Michael H.; PAWLINA, Wokciech. Histologia: texto e atlas. Correlações com biologia celular e molecular. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AC-SEC – MOFORFISIOLOGIA DO SISTEMA LOCOMOTOR - 90h

EMENTA:

Embriologia do sistema locomotor. Histologia do sistema locomotor. Anatomia do sistema locomotor. Potencial de ação. Metabolismo de minerais. Fisiologia do exercício.

Básica:

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; ABRAHAMSOHN, Paulo. Histologia básica: texto e atlas. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SOBOTTA, atlas de anatomia humana. 24. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 3 v.

Complementar:

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. Princípios de anatomia e fisiologia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KASPER, Dennis L.. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. Anatomia orientada para a clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ROSS, Michael H.; PAWLINA, Wokciech. Histologia: texto e atlas. Correlações com biologia celular e molecular. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AC-SEC – BIOÉTICA – 60h

EMENTA:

Conceitos, princípios e caminhos da bioética contemporânea. Paradigmas e referenciais de análise em bioética. O modelo principialista de análise bioética, seus fundamentos e críticas. Bioética e saúde pública: referenciais de análise da Bioética cotidiana, da Bioética da Intervenção e da Bioética da proteção. Temas emergentes e temas persistentes em bioética. Ética na pesquisa em saúde.

Bibliografia:

Básica:

L , oaquim. ioética: uma apro imação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig. **Bioética e responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. 445 p.

V , obert . ioética. 3.ed. ão Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014.

Complementar:

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princ ios de tica biom dica*. rad. Luciana Pudenzi. ão Paulo: Loyola, 2002.

, namaria. Utilização de animais na investigação e docência : uma refle ão ética necessária. EDIPUCRS, 2005.

JUN , osé oque. *Bio tica: hermenêutica e casuística*. ão Paulo: Loyola, 2006. SARLET, Ingo Wolfgang. *ignidade da essoa umana e direitos undamentais na onstitui o ederal de 1988*. 2ed. revista e ampliada. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SOUZA, Paulo Vinicius Sporleder. *ireito enal m dico*. Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2009.

AC-SEC – MORFOFISIOLOGIA DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR E RESPIRATÓRIO – 90H

Embriologia do sistema cardiovascular. Embriologia do sistema respiratório. Histologia do coração e dos vasos sanguíneos. Histologia do sistema respiratório. Anatomia do sistema cardiovascular. Anatomia do sistema respiratório. Automatismo cardíaco. Hemodinâmica e homeostasia. Fisiologia da respiração. Hematose e transporte de gases.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; ABRAHAMSOHN, Paulo. Histologia básica: texto e atlas. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SOBOTTA, atlas de anatomia humana. 24. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

Complementar:

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. Princípios de anatomia e fisiologia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. Neurociências: desvendando

o sistema nervoso. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
KASPER, Dennis L.. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.
MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. Anatomia orientada para a clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
ROSS, Michael H.; PAWLINA, Wokciech. Histologia: texto e atlas. Correlações com biologia celular e molecular. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AC-SEC – MORFOFISIOLOGIA DOS SISTEMAS DIGESTÓRIO E ENDÓCRINO – 90H

Embriologia do sistema digestório. Embriologia do Sistema Endócrino. Histologia do sistema digestório. Histologia do sistema endócrino. Anatomia do sistema digestório. Anatomia do sistema endócrino. Fisiologia da digestão: mastigação, deglutição, digestão, absorção e excreção. Controle hormonal e fisiologia das glândulas endócrinas.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; ABRAHAMSOHN, Paulo. Histologia básica: texto e atlas. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SOBOTTA, atlas de anatomia humana. 24. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 3 v.

Complementar:

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. Princípios de anatomia e fisiologia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KASPER, Dennis L. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. Anatomia orientada para a clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ROSS, Michael H.; PAWLINA, Wokciech. Histologia: texto e atlas. Correlações com biologia celular e molecular. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AC-SEC – MORFOFISIOLOGIA DOS SISTEMAS GENITURINÁRIOS – 90H

Embriologia dos sistemas genital masculino e feminino. Embriologia do sistema urinário. Histologia dos sistemas genital masculino e feminino e do sistema urinário. Anatomia dos sistemas genital masculino e feminino e anatomia do sistema urinário. Puberdade e desenvolvimento das características sexuais masculinas e femininas. Ciclo menstrual. Fisiologia da excreção.

Bibliografia:

Básica:

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; ABRAHAMSOHN, Paulo. Histologia básica: texto e atlas. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SOBOTTA, atlas de anatomia humana. 24. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

Complementar:

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. Princípios de anatomia e fisiologia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KASPER, Dennis L. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. Anatomia orientada para a clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ROSS, Michael H.; PAWLINA, Wokciech. Histologia: texto e atlas. Correlações com biologia celular e molecular. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AC-SEC – MICROBIOLOGIA: NOÇÕES BÁSICAS – 60h

Introdução à Microbiologia; Morfologia, citologia, fisiologia e genética dos microrganismos. Bactérias: ultra-estrutura, diversidade, fisiologia e metabolismo. Importância do grupo Características gerais de vírus, bactérias e fungos. Vírus: diversidade e características, ciclos lítico e lisogênico. Fungos filamentosos e leveduras: ultra-estrutura, diversidade, fisiologia e metabolismo. Importância do grupo. Crescimento e cultivos microbianos. Controle microbiano: agentes químicos e físicos. Genética Microbiana.

Bibliografia:

Básica:

TORTORA, Gerard J.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christine L. Microbiologia. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017

BLACK, Jacquelyn G. Microbiologia: fundamentos e perspectivas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BROOKS, Geo. F. Microbiologia médica de Jawetz, Melnick e Adelberg. 26. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

Complementar:

TRABULSI, Luiz Richard; ALTERTHUM, Flavio. Microbiologia. 6. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

PELCZAR JUNIOR, Michael Joseph; CHAN, E. C. S.; KRIEG, Noel R.. Microbiologia: conceitos e aplicações. 2. ed. São Paulo: Pearson, 1997.

MADIGAN, Michael T. Microbiologia de Brock. 14. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

COURA, José Rodrigues. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

AC-SEC – PRINCÍPIOS DE PATOLOGIA – 60H

Relação dinâmica entre os diversos agentes injuriosos/doença/recuperação. Distúrbios de crescimento de órgãos e tecidos. Lesões celulares. Alterações cardiovasculares; Dinâmica celular e tissular da inflamação e reparação. Fisiopatologia do processo inflamatório. Neoplasias. Apoptose. Fisiopatologia de alterações patológicas mais comuns na região do Sul da Bahia.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins, patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran, patologia: bases

patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
GOLDMAN-CECIL Medicina. 25. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

Complementar:

KIERSZENBAUM, Abraham L.; TRES, Laura L. Histologia e biologia celular: uma introdução à patologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia celular e molecular. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

COURA, José Rodrigues. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Tratado de infectologia. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

AC-SEC – PARASITOLOGIA – 60h

EMENTA:

Principais parasitoses humanas. Estudo dos principais grupos de protozoários, helmintos e artrópodes transmissores e causadores de doenças ao homem. Características dos Agentes Etiológicos; Morfologia e ciclos de reprodutivos de agentes etiológicos; Patogenicidade, vias de transmissão, formas clínicas das parasitoses, epidemiologia, profilaxia, diagnóstico e tratamento, vias de transmissão e fatores de risco.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

REY, Luís. Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

NEVES, David Pereira. Parasitologia humana. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

Complementar:

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. Culicidologia médica: identificação, biologia, epidemiologia. São Paulo: Edusp, 2002.

MARCONDES, Carlos Brisola. Doenças transmitidas e causadas por artrópodes. São Paulo: Atheneu, 2009.

COURA, José Rodrigues. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Tratado de infectologia. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

AC-SEC – IMUNOLOGIA – 60h

Introdução à Imunologia; Células e órgãos do sistema imune; Antígenos e seus receptores; Dinâmica da resposta imune; Imunidade inata; Receptores para antígenos em linfócitos T e B; Geração de diversidade de receptores para antígenos; Moléculas do complexo principal de histocompatibilidade; Processamento e Apresentação de antígenos; Ativação linfocitária; Cooperação celular e mecanismos efetores da resposta imune; Regulação da resposta imune.

BIBLIOGRAFIA:**Básica:**

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia celular e molecular. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

Complementar:

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins, patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KIERSZENBAUM, Abraham L.; TRES, Laura L. Histologia e biologia celular: uma introdução à patologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

COURA, José Rodrigues. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Tratado de infectologia. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

AC-SEC – IMUNOLOGIA CLÍNICA – 60h

Reações de hipersensibilidade; Imunidade aos microrganismos (bactérias intracelulares e extracelulares, vírus, fungos e parasitas); Imunodeficiências congênitas e adquiridas; Doenças autoimunes; Imunologia dos transplantes; Imunologia dos tumores; Vacina e soroterapia: estratégias e desenvolvimento de vacinas, tipos e componentes vacinais (artificial, natural, ativa, passiva). Imunoterapia.

Bibliografia**Básica:**

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia celular e molecular. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

Complementar:

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins, patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KIERSZENBAUM, Abraham L.; TRES, Laura L. Histologia e biologia celular: uma introdução à patologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

COURA, José Rodrigues. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Tratado de infectologia. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

AC-SEC – FARMACOLOGIA – 60 H

Introdução à farmacologia. Farmacocinética (absorção, distribuição, metabolismo e excreção de drogas). Farmacodinâmica: mecanismo de ação de drogas. Interações medicamentosas (fármacos e nutrientes). Fatores que modificam a ação de drogas. Drogas que afetam o metabolismo endócrino e interferem na prescrição da dieta.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BRUNTON, Laurence L. (Org.). As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

KASPER, Dennis L. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.

Complementar:

HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

GOLDMAN-CECIL Medicina. 25. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

BLOCO TEMÁTICO: PROPEDEÚTICA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE (PPS)

AC-SEC – SEMIOLOGIA/PROPEDEÚTICA CLÍNICA GERAL – 60H

EMENTA:

de abertura do loco emático “ ntegração de ompetências línicas”. ompreende conhecimentos introdutórios e habilidades básicas necessárias ao aciocínio línico competente e sensível. ntroduz os conceitos da Propedêutica lássica: Semiologia línica, emântica/ erminologia édica, osologia, Pragmática línica, eurística iagnóstica. nclui introdução geral a práticas de produção de dados de interesse clínico (namnese, ame ísico) e uso de informações mediadas por tecnologias (e ames laboratoriais, e ames de imagem) para integração de evidências visando ao diagnóstico clínico. ntrodução aos elementos da Lógica plicada, aos conceitos de Prática línica aseada em vidências e rientada por Problemas. Integração destas habilidades ao conceito da Prática línica entrada na Pessoa.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

P , emiologia médica elmo eleno Porto; co-editor Arnaldo Lemos Porto. -7. ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

BICKLEY, L.S. BATE - Propedêutica édica.11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

DUNCAN, B.B et al. edicina mbulatorial – onduas de tenção Primária aseadas em vidências. 4a. Porto Alegre: Ed. Editora ArtMed. 2013

Complementar:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GUYATT, Gordon; MEADE, Maureen O.; RENNIE, Drummond; COOK, Deborah J.

Diretrizes para utilização da literatura médica: manual para prática clínica da medicina em evidências. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.

LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo (Org.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier, 2007.

AC-SEC – SEMIOLOGIA/PROPEDÊUTICA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA – 60H

EMENTA:

apresentação de conhecimentos, habilidades e posturas necessárias para obtenção, compreensão e análise de dados para o diagnóstico da saúde/doença no indivíduo e na comunidade, levando em conta os ciclos de vida, focados nos conceitos desenvolvidos na componente Propedêutica Clínica Geral, aplicáveis aos indivíduos na idade adulta. Inclui a compreensão das especificidades do adulto e suas interfaces com os ciclos de vida do adolescente e do idoso.

Aplicação das práticas voltadas para a produção de dados de interesse clínico (anamnese, e exames físicos e exames complementares) para integração fisiopatológica, tratando-os sob a ótica do raciocínio lógico, na construção da hipótese diagnóstica e condutas adequadas, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde.

BIBLIOGRAFIA:

GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.

LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo (Org.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier, 2007.

LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GUYATT, Gordon; MEADE, Maureen O.; RENNIE, Drummond; COOK, Deborah J. Diretrizes para utilização da literatura médica: manual para prática clínica da medicina em evidências. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.

LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo (Org.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier, 2007.

AC-SEC – SEMIOLOGIA/PROPEDÊUTICA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA GESTAÇÃO – 60H

EMENTA:

Apresentação de conhecimentos, habilidades e posturas necessárias para obtenção, compreensão e análise de dados para o diagnóstico da saúde/doença no indivíduo e na comunidade, focados nos conceitos desenvolvidos na componente Propedêutica Clínica Geral e aplicáveis à gestante, ao conceito, ao feto e ao recém-nascido. Inclui a compreensão das especificidades do

desenvolvimento do ciclo gestacional e dos indivíduos envolvidos nesta relação. Aplicação das práticas voltadas para a produção de dados de interesse clínico (anamnese, exame físico, exames complementares), para integração fisiopatológica, tratando-os sob a ótica do raciocínio lógico na construção da hipótese diagnóstica condutas adequadas, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde.

BIBLIOGRAFIA:

- :
- PORTO, C. C. Semiologia médica I Celmo Celeno Porto; co-editor Arnaldo Lemos Porto. - 7. ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- BICKLEY, L.S. BATES - Propedêutica Médica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- REZENDE, J. F. MONTENEGRO, C. A.B. Obstetrícia Fundamental. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Complementar:

- CAMARGOS, A. F. Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências Científicas, 2. ed. Cooperativa Editora e Cultura Médica, 2008. 69
- CABRAL, A. C. V. Fundamentos e Prática em Obstetrícia. Editora Atheneu, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia [livro on line]. Assistência pré-natal - manual de orientação. 2008. Disponível em: <http://www.itarget.com.br/newclients/sggo.com.br/2008/extra/download/ASSISTENCIA-PRE-NATAL>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

AC-SEC – SEMIOLOGIA/PROPEDEÚTICA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA – 60H

EMENTA:

Apresentação de conhecimentos, habilidades e posturas necessárias para obtenção, compreensão e análise de dados para o diagnóstico da saúde/doença no indivíduo e na comunidade, levando em conta os ciclos de vida, focados nos conceitos desenvolvidos na componente Propedêutica Clínica Geral e aplicáveis aos indivíduos do nascimento ao final da adolescência. Inclui a compreensão das especificidades da criança e da/o adolescente e suas interfaces com a fase da vida intrauterina e da vida adulta. Aplicação das práticas voltadas para a produção de dados de interesse clínico (anamnese, exame físico, dados complementares), para integração fisiopatológica, tratando-os sob a ótica do raciocínio lógico na construção da hipótese diagnóstica e condutas adequadas, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde.

BIBLIOGRAFIA:

- :
- PORTO, C. C. Semiologia médica I. Celmo Celeno Porto; co-editor Arnaldo Lemos Porto. - 7. ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- BICKLEY, L.S. BATES - Propedêutica Médica. 11. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MARCONDES, E. et al. *Pediatria Básica*. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002.

Complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. *Manual de atenção à saúde do adolescente*. São Paulo: SMS, 2006.

CRISPIN, K.; REATO, L. F. N. *Hebiatria: Medicina da adolescência*. Roca, 2007.

LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. *Tratado de Pediatria*, 2.ed. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, SP: Manole, 2010.

AC-SEC – SEMIOLOGIA/PROPEDÊUTICA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA– 60H

EMENTA:

Apresentação de conhecimentos, habilidades e posturas necessárias para obtenção, compreensão e análise de dados para o diagnóstico da saúde/doença no indivíduo e na comunidade, levando em conta os ciclos de vida, focados nos conceitos desenvolvidos na componente Propedêutica Clínica Geral e aplicáveis às pessoas idosas. Inclui a compreensão das especificidades da pessoa idosa e suas interfaces com a fase da vida adulta. Aplicação das práticas voltadas para a produção de dados de interesse clínico (anamnese, exame físico, dados complementares), para integração fisiopatológica, tratando-os sob a ótica do raciocínio lógico na construção da hipótese diagnóstica e condutas adequadas, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde.

BIBLIOGRAFIA:

:
BICKLEY, L.S. BATES - *Propedêutica Médica*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

DUNCAN,B.B et al. *Medicina Ambulatorial – Condutas de Atenção Primária Baseadas Evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Ed. Editora ArteMed.

PORTO, C. C. *Semiologia médica I*. Celmo Celeno Porto; co-editor Arnaldo Lemos Porto. - 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica* – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.

LOPES, Antônio Alberto. *Prontuário Orientado Por Problemas e Evidências (POPE)*.

Disponível em:

http://www.medicina.ufba.br/educacao_medica/atualizacao/nec/topicos/topicos/top01.pdf.

MORAES E. N. *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. / Edgar Nunes de Moraes.

Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.: il.

MORAES et al. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais* 2010; v. 20, n.1, p. 54-66.

LLANIO NAVARRO, R.; PERDOMO GONZÁLEZ G. Propedéutica clínica y semiología médica. Havana: Editorial Ecumed; 2003.

AC-SEC – OFICINA DE CUIDADOS EM SAÚDE BASEADOS EM EVIDÊNCIAS – 30H

EMENTA:

Conceito de cuidados em saúde baseados em evidências: aplicação de resultados de bases científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, em conjunto com a experiência profissional e as preferências do paciente/cliente para a promoção da saúde e a prática clínica. Hierarquias de níveis de evidências para estudos clínicos e observacionais. Estudos das evidências: revisões sistemáticas com ou sem metanálises, grandes ensaios clínicos (megatrials, com mais de 1.000 pacientes), ensaios clínicos com menos de 1.000 pacientes, estudos de coorte, estudos caso-controle, séries de casos, relatos de caso, opiniões de especialistas, pesquisas com animais e pesquisas in vitro. Estratégias de busca de evidências científicas atualizadas. Avaliação da qualidade de evidências científicas.

BIBLIOGRAFIA:

:
CULLUM, N. et al. Enfermagem baseada em evidências: Uma introdução. Porto Alegre: Artmed 2008
GUYATT, G. et al. Diretrizes para utilização da literatura médica: manual para prática clínica da medicina baseada em evidência. Porto Alegre: Artmed, 2009.
HENEGHAN, C. BADENOCH, D. Ferramentas para medicina baseada em evidências, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Complementar:

GLASZIOU, P.; DEL MAR, C.; SALISBURY, J. Prática clínica baseada em evidências: Livro de exercícios. Porto Alegre: Artmed, 2009.
GREENHALGH, T. Como ler artigos científicos: Fundamentos da medicina baseada em evidências. Tradução de A. P. Fajardo. Porto Alegre: Artmed, 2008.
MELNIK, T.; ATALLAH, A. Psicologia baseada em evidências: Provas científicas da efetividade da psicoterapia. São Paulo: Santos, 2011.
SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W., et al. Evidence based Medicine: what it is and what it isn't. , v.312, n.7023, p.71, 1Disponível em:
<http://www.bmj.com/content/312/7023/71.extract>. Acesso em 01/05/2017.
PAOLUCCI, R. Como praticar a medicina baseada em evidências. J Vasc Bras, 6(1), 2007, p:1-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf>. Acesso em: 10/05/2017..

BLOCO TEMÁTICO BASES PSICOSSOCIOCULTURAIS DA SAÚDE (BPS)

ACESSIBILIDADE, INCLUSÃO E SAÚDE – 30H

EMENTA:

As pessoas com deficiência, o estigma e o preconceito. A pessoa com deficiência e as políticas em saúde. Paradigmas da inclusão. Ações e serviços para a pessoa com deficiência na saúde. Recursos disponíveis para as pessoas com deficiência na saúde. Acessibilidade no SUS e a qualidade no atendimento.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

RIBAS, J. B. C. O que são pessoas deficientes. São Paulo: Brasiliense, 2003. (Coleção primeiros passos; 89).

BRASIL. [Estatuto da pessoa com deficiência (2015)]. Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência [recurso eletrônico]: Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da pessoa com deficiência) / Câmara dos Deputados. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. – (Série legislação; n. 200). Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/editora>>. Acesso em: 19.jan.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 16 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pessoa_deficiencia_sus_2ed.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2015.

Complementar:

BRAGANÇA, S.; PARKER, . (rg.) Igualdade nas diferenças: os significados do “ser diferente” e suas repercussões na sociedade. Porto Alegre: PU , 200 . 14 p. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs/igualdadenasdiferencas.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) .Viver Sem Limites – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: SDH-PR/SNPD, 2013. P. 49-67.

Disponível em:

http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf. Acesso em: 21.ago.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Acessibilidade e Inclusão Social nos Serviços do SUS. In: Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. P. 18-28 . Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf> Acesso em: 26 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 18 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2015.

BASES PSÍQUICAS, SOCIAIS E CULTURAIS DA SAÚDE– 60H

EMENTA:

Dimensões psíquicas, sociais e culturais da saúde. Aspectos sócio-históricos das noções de saúde e doença, e dos dispositivos de cuidado e tratamento. Contextos específicos de produção de saúde e da doença. Determinantes Sociais de Saúde. Introdução a modelos de saúde-enfermidade-cuidado. Introdução à relação sujeito profissional da saúde.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

ALMEIDA-FILHO, N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
CARMONA, J. Psicoanálisis y vida cotidiana. Colombia: Siglo del Hombre, 2002.
FOUCAULT, M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva, 1978.

Complementar:

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
MARTÍN-BARÓ, I. Psicología social de la guerra: trauma y terapia. San Salvador, El Salvador: UCA Editores, 1990.
RENSHAW, J. "A eficácia simbólica" revisitada: cantos de cura ayoreo. Revista de Antropologia, v. 49, n. 1, p. 393-427, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000100012&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0034-77012006000100012>. Acesso em 29/07/2015.
SPINK, M. J. P. A saúde na encruzilhada entre biopolítica e bioeconomia: reflexões sobre os parados da “era dos direitos” na globalização hegemônica. n: ;
BERNARDES, J. S. (Orgs). A produção na diversidade: compromissos éticos e políticos em Psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 55-74.+

CRENÇAS, RELIGIÕES, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE – 60H

EMENTA:

Crença, Religiosidade e Espiritualidade: Interfaces com a bioética. Pluralismo religioso, diversidade de crenças e sincretismo no Brasil. Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. Religiosidade/espiritualidade e enfrentamento (coping). Crença religiosa, espiritualidade e a experiência da dor e do morrer. Bem-estar espiritual, qualidade de vida e saúde.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

AMATUZZI, M. M. (Org.). (2005). Psicologia e espiritualidade. São Paulo: Paulus.
DALGALARRONDO, P. Religião, psicopatologia e saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.
HELMAN, Cecil. Cultura, Saúde e Doença. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

Complementar:

ARAÚJO, O. J. T. Secularização e efervescência religiosa: contrastes da modernidade. In: XI Congresso Brasileiro de Sociologia, GT 19 (Religião e Sociedade), Campinas, São Paulo, 2003.
CAROSO, C.; BACELAR, J. (orgs.). Faces da tradição afro-brasileira: religiosidade, sincretismo, anti-sincretismo, reafrikanização, práticas terapêuticas, etnobotânica e comida. 2 ed. Rio de Janeiro: Pallas/Salvador: CEAO, 2006.

74

ISAIA, A. C. O campo religioso brasileiro e suas transformações históricas. Revista Brasileira de História das Religiões [Tolerância e Intolerância nas manifestações religiosas] – Ano I, n. 3, Jan. 2009.

SILVA, J. M. Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. Maranhão, CCN e Ford Foundation, 2003.
TEIXEIRA, E. F. B.; MULLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (Orgs) Espiritualidade e qualidade de vida. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

DESENVOLVIMENTO HUMANO NO CICLO VITAL – 60H

EMENTA:

Ciência do desenvolvimento humano. Abordagem sistêmica e bioecológica do desenvolvimento. Abordagem sociocultural do desenvolvimento. Inter-relação entre fatores biológicos e ambientais no estudo do desenvolvimento. Períodos do desenvolvimento: Aspectos

físicos, psicomotores, socioemocionais e cognitivos. Desenvolvimento pré-natal. Primeira infância (0 aos 3 anos). Segunda infância (3 aos 6 anos). Terceira infância (6 aos 11 anos). Puberdade e adolescência. Vida adulta. Velhice. Pesquisa em desenvolvimento humano.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos Naturais e Planejados. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. Disponível em:

<<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgdGcAH/livro-a-ecologia-desenvolvimento-humano-experimentos-naturais-planejados>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

DESSEN, M. A.; COSTA-JUNIOR, A. L. (Orgs.) A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. Desenvolvimento humano. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Disponível em:

<<https://docs.google.com/file/d/0B6AdT8KuBrofbFY0SDFwbTRMTUU/edit>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

Complementar:

COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. (Orgs.) Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia evolutiva. v.1. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DESSEN, M. A.; GUEDEA, M. T. D. A ciência do desenvolvimento humano: ajustando o foco de análise. Paidéia, v.15, n.30, 11-20, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/04.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

OLIVEIRA, M. K. Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 211-229, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022004000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 jul. 2015.

SIFUENTES, T. R.; DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. C. S. L. Desenvolvimento humano: desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 23, n. 4, p. 379-386, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n4/03.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

VYGOTSKY, L. S. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes, 1991. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/vygotsky-a-formac3a7c3a3o-social-da-mente.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016

MODELOS DE SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO – 60H

EMENTA:

Introdução ao debate sobre a polissemia do termo Saúde. Saúde como ausência de doença, modo de vida, ação, serviço, saber, direito e política. Distinção entre o conhecimento científico acerca das múltiplas dimensões do processo saúde-doença e o senso comum. Diversidade de ações e práticas de cuidado a saúde individual e coletiva.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

ALMEIDA-FILHO, N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 73-88. DOI: <<http://dx.doi.org/10.7476/9788575413432>>.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, Angélica Ferreira; Corbo, Ana Maria D'Andrea. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro, EPSJV; FIOCRUZ, 2007. p.25-49. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br/pdtpsp/includes/header_pdf.php?id=504&ext=.pdf.

CRUZ, Marly Marques da. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: Qualificação de Gestores do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz ENSP EAD, 2012. Disponível em: <

https://social.stoa.usp.br/articles/0047/4801/CRUZ_Concep_o_do_processo_sa_de-

[doen_a.pdf](#)>

Complementar:

CHAVES, Eliane Corrêa et al. Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 370-375, dez. 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400008&lng=pt&nrm=iso

OLIVEIRA, Denize Cristina de; SA, Celso Pereira de. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 54, n. 4, p. 608-622, dez. 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672001000400009&lng=pt&nrm=iso.

PAIM J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 473-87.

SILVA, Luiz Augusto Vasconcelos da. Saúde e produção de sentidos no cotidiano: práticas de mediação e translingüística bakhtiniana. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 7, n. 13, p. 135-146, ago. 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000200010&lng=pt&nrm=iso.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso.

RACIONALIDADES MÉDICAS E SISTEMAS TERAPÊUTICOS – 60H

EMENTA:

As racionalidades médicas e sistemas terapêuticos alternativos e sua dimensão no campo da saúde: processo histórico, teorias e desenvolvimento conceitual das racionalidades médicas ocidentais e não ocidentais. Ressignificação do cuidado em saúde e do lugar do usuário nas práticas e reflexões sobre os sistemas terapêuticos em saúde. Debates e análises dos principais sistemas terapêuticos adotados pela PNPICs no SUS: a medicina tradicional chinesa, homeopatia, acupuntura, medicina aiurvédica, fitoterapia e plantas medicinais. Situação atual das PICs nas regiões Sul e Extremo Sul da Bahia.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BRASIL [online]. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAB. Brasília: MS, 2006.

CAMARGO-JR, K.R. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1993. [Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 65].

HELMAN, C.G [PDF]. Cultura, saúde e doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Conselho Regional de Autorregulação da Acupuntura do ERJ. Racionalidades médicas. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://craerj.org.br/continuada/racionalidades.html>

Complementar:

ANDRADE, J.T. de; MELLO, M.L.; HOLANDA, V.M.S. (Organizadores) [online]. Saúde e cultura: diversidades terapêuticas e religiosas. 1ª ed. Fortaleza: EdUECE, 2015. 298p. Acesso em 12 Feb 2016. Disponível em: <http://www.isthmus.com.br/eduece/dados/Saude-cultura.pdf>

LEVIN, J.S.; JONAS, W.B. Tratado de medicina complementar e alternativa. Parte I-As bases sociais e científicas da medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole, 2001; p.1-30.

LUZ, D. Racionalidades médicas: medicina tradicional chinesa. Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1993. [Série Estudos em Saúde Coletiva, n.72].

LUZ, HS. Racionalidades médicas: a medicina homeopática. Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1993. [Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 64].

LUZ, MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, out. 1993. [Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 62].

RELAÇÃO SUJEITO-PROFISSIONAL DE SAÚDE – 60H

EMENTA:

A assimetria na relação profissional de saúde e paciente. Vínculo terapêutico: acolhimento, escuta e comunicação com o paciente. Transferência e contratransferência. Humanização das práticas de saúde. Envolvimento emocional da relação com o paciente. Empatia no cuidado a saúde. Paciente terminal, família e equipe de saúde.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BLEGER, José. Temas de psicologia: entrevistas e grupos. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf>.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. Teoria do Vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

Complementar:

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GONÇALVES, Daniel Almeida; FIORE, Maria Luiza de Mattos. Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade. In: UNA-SUS. Módulo Psicossocial. Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP, 2011.

Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_16.pdf>

LAPASSADE, G. Grupos, organizações e instituições. 3.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

LATOURETTE, B. Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede. Salvador: EDUFBA-EDUSC, 2012.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. O processo grupal. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

TRABALHO E SAÚDE – 60H

EMENTA:

Processo de trabalho em saúde: componentes estruturais e modalidades de organização nas sociedades contemporâneas. Autonomia profissional e poder nas organizações de saúde. Trabalho coletivo em equipes multi/interprofissionais. Trabalho multi/pluri/interdisciplinar. Novas profissões na área de saúde. Mercado de trabalho em saúde: profissões e ocupações. Formação de pessoal em saúde: modelos e práticas. Formação interprofissional, capacitação para o mercado de trabalho e educação permanente dos trabalhadores de saúde. Multi/intersectorialidade em saúde. Principais enfermidades em profissionais de saúde.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B (orgs.). Saúde, trabalho e formação

profissional [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138 p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787.pdf>>.

Acesso em: 12 abril. 2017.

GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. P. (Orgs.) Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2011. 542p., il., tab. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Complementar:

GONÇALVES, R. B. Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico. 1979. 209 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1979.

GONÇALVES, R. B. A organização tecnológica do processo de trabalho em saúde. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DIAS, E.C. et al. Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). In: GOMEZ, C.M.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L (Orgs.). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.107-22.

NOBRE, L.; PENA, G. L. P.; BAPTISTA, R. (Org.) A Saúde do Trabalhador na Bahia - História, conquistas e desafios. Salvador: Edufba; Sesab; Cesat, 2011.

BASES PSÍQUICAS E CULTURAIS DA MORTE, PERDA E LUTO – 60H

EMENTA:

Ritualização, processos psicológicos e culturais da morte e luto. Diagnósticos terminais: processos de enfrentamento (coping) e relações familiares. Introdução a cuidados paliativos. Aspectos bioéticos da morte. Suicídio. Morte e desenvolvimento humano. Educação para/sobre a morte. Profissionais de saúde diante da morte.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

GENNEP, Arnold Van. Os ritos de Passagem. Petrópolis: Vozes, 2012.

KOVÁCS, M. J. Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 274 p. Disponível em: file:///C:/Users/1855058/Downloads/Maria%20Julia%20Kovacs%20(org)-Morte%20e%20Desenvolvimento%20Humano%20-Casa%20do%20Psicologo%20(1992)%20(2).pdf. Acesso em: 15 mar.2016.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1996. Disponível em: http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/sobre_a_morte_e_o_morrer.pdf. Acesso em: 15 de mar. 2016

Complementar:

BUTLER, Judith. Violencia, Luto y Política. Iconos Revisita de Ciencias Sociales, v. 17. p. 82-99, 2003. Disponível em:

file:///Users/rafaelandresp/Downloads/Violencia,%20luto%20y%20pol%C3%ADtica.pdf

FREUD, S. Luto e melancolia. (1917(1915)). In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, 1974. Disponível em:

<https://carlosbarros666.files.wordpress.com/2010/10/lutoemelancolia1.pdf> 2.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 178 p.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. Morte: estágio final da evolução. Rio de Janeiro: Record 1975.

PATINO, R. A.; FARIAS, F. R.; CHAVES, A. M. Estado e grupos armados na Colômbia: carrascos, salvadores e experiência traumática. *Psicologia & Sociedade*, 27(3), 629-639.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n3/1807-0310-psoc-27-03-00629.pdf> 6.

CORPOREIDADE, SUBJETIVIDADE E CONTEMPORANEIDADE – 60H

EMENTA:

O corpo como território subjetivo. O disciplinamento das práticas corporais. O processo de comunicação de massa e os ideais de corpo no contemporâneo. Corpo, sofrimento e sintoma. Corpo como espaço de criação.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

FOUCAULT, M. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes, 2004.

LE BRETON, D. Adeus ao Corpo. Campinas: Papirus, 2003.

LIPOVETSKY, G. O império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas. São Paulo: Cia das Letras, 2009.

Complementar:

HARAWAY, D. Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano. São Paulo: Autêntica, 2009.

GREINER, C. Corpo: pistas para estudos indisciplinados. São Paulo: Ananblume, 2005.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica: Cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005.

FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO – 60H

EMENTA:

Abordagem geral sobre a psicologia como ciência e profissão. Principais correntes teóricas da psicologia contemporânea e os desafios da psicologia. Papéis do psicólogo no universo das relações de trabalho da sociedade atual. Áreas de atuação e investigação do psicólogo; práticas emergentes e inovadoras. A dimensão ética no conhecimento e na prática da ciência psicológica. Psicologia e sociedade. Psicologia e interconexões com outros saberes das humanidades.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BOCK, A. M. et al. *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo: Saraiva, 2002.

FIGUEIREDO, L.C. *Matrizes do pensamento psicológico*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

FIGUEIREDO, L.C. *Psicologia: uma (nova) introdução*. São Paulo: Educ, 2010. Disponível em: <http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/psicologia/Psicologia_uma_nova_introducao.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

Complementar:

BASTOS, A. V. B.; GONDIN, S. M. G. (eds.). *O Trabalho do Psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: ArtMed, 2010.

FREITAS, M. F. Q. *Psicologia: reflexões impertinentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

VIEIRA, Rita de Cássia et al. *História da profissão de Psicólogo no Brasil*. *Psicol. Ensino & Form.*, Brasília, v. 4, n.1, p.125-129, 2013. Disponível

em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612013000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2016.

YAMAMOTO, O. J. & COSTA, A. L. F. (orgs.). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no*

Brasil. Natal: EDUFRN, 2010.

YAMAMOTO, O. H. & GOUVEIA, V. V. (Orgs.). Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GÊNERO, SEXUALIDADE E PODER – 60H

EMENTA:

Introdução aos estudos sobre gênero e sexualidade e poder no entrecruzamento de diferentes escolas teóricas. Masculino e feminino e as identidades de gênero. Parentesco, família, filiação, reprodução e sexualidade. As relações de gênero nas sociedades contemporâneas.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

FOUCAULT, Michel. A História da Sexualidade I: A Vontade de Saber. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

PISCITELLI, Adriana, GREGORI, Maria Filomena e CARRARA, Sérgio (orgs.). Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. Disponível em: <http://garamond.com.br/arquivo/143.pdf>

SAFFIOTI, Heleieth. A mulher na sociedade de classes: mito e realidade. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

Complementar:

BEAUVOIR, Simone de. O Segundo Sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. São Paulo: Bertrand Brasil, 2003.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós estruturalista. Petrópolis: Vozes, 2014.

KULIK, Don. Travesti. Editora Fio Cruz, 2008.

PARKER, Richard. Abaixo do Equador: cultura do desejo, homossexualidade masculina e cultura gay no Brasil. Contraluz, 2002.

TEMAS CONTEMPORÂNEOS SOBRE DIVERSIDADE SEXUAL – 60H

EMENTA:

A diversidade sexual como tema para as Ciências Humanas. A questão dos direitos humanos e a diversidade sexual. Diversidade sexual, movimentos sociais e inclusão social.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BENTO, B. O que é transexualidade. São Paulo: Brasiliense, 2003.

FACCHINI, R. Sopa de letrinhas. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

PELUCIO, L.; MISKOLCI, R. Discursos fora da ordem: sexualidade, saberes e direitos. São Paulo: Annablume, 2012.

Complementar:

KULICK, D. Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SALIH, S. Judith Butler e a teoria Queer. São Paulo: Autêntica, 2012.

SILVA, A. S. Luta, resistência e cidadania. Curitiba: Juruá, 2008.

GROSSI, M.; UZIEL, A. P.; MELLO, L. (Orgs.). Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1236/grossi_conjugalidadesparentalidades.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. Acesso em: 11 ago. 2015.

VENTURI, G. (Org.) Diversidade sexual e homofobia no Brasil. Rio de Janeiro: Perseu

Abramo, 2011.

TÓPICOS ESPECIAIS EM PSICOLOGIA E PSICANÁLISE – 60H

EMENTA:

Temas e pesquisas em andamento enfocando tópicos de estudos em Psicologia e psicanálise contemporâneas.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BIRMAN, Joel org [et al.]. Amar a si mesmo e amar o outro: narcisismo e sexualidade psicanálise contemporânea, São Paulo: Editora Zagodoni, 2016

FARIA, Michele Roman. Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais. São Paulo: Toro, 2016.

GOMES, Isabel Cristina; Fernandes, Maria Inês Fernandes; Levisky, Ruth Blay orgs. Diálogos psicanalíticos sobre família e casal, São Paulo: Editora Escuta, 2016

Complementar:

BUCHER, Richard; Almeida, Sandra F. C. de (organizadores). Psicologia e psicanálise: desafios. 2. ed. (rev.) Brasília: Ed. da Unb, 1994.

POLIOTZER, Georges. Crítica dos fundamentos da psicologia: a psicologia e a psicanálise. Piracicaba: Unimep, 1998.

SILVA, Marianna da Gama. TDAH: contribuições da psicanálise. São Paulo: Escuta, 2016.

SIMON, Ryad; Yamamoto, Kayoko; Levinzon, Gina Khafif, orgs. Novos avanços em psicoterapia psicanalítica, São Paulo: Editora Zagodoni, 2016.

WEINBERG, C. (Org.). Psicanálise de transtornos alimentares: CEPPAN 15anos. São Paulo: Primavera, 2016.

SUBJETIVIDADE E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO – 60H

EMENTA:

Constituição do sujeito e processos de subjetivação. Teorias contemporâneas de constituição do sujeito: Behaviorismo, Psicanálise, Fenomenologia, Teoria Histórico-Cultural. Processos de identificação e de constituição de identidades. Subjetividade e Intersubjetividade. Individualismo e Individuação. Dispositivos de construção da subjetividade e da individualidade. Processos de subjetivação na produção do cuidado.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BIRMAN, J. Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

FIGUEIREDO, L. C. M. As Matrizes do Pensamento Psicológico. Petrópolis: Vozes, 1991. Disponível em :<<https://www.passeidireto.com/arquivo/2236561/matrizes-do-pensamento-psicologico>>

GONZÁLEZ, R. F. L. Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. Tradução: Raquel Souza Lobo Guzzo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003, 290 p.

Complementar:

FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. & BOCK, Ana Maria Mercês et al. Psicologias: uma introdução ao estudo da Psicologia. São Paulo: Saraiva, 2001. Disponível em:

<https://docs.google.com/file/d/0B_UpzuaKL16MdXdzUXV5cjFPZjA/view?pref=2&pli=1>

FIGUEIREDO, L. C. M. A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação (1500-1900). 2. ed. São Paulo: Escuta, 1994. Disponível em:

<<https://www.passeidireto.com/arquivo/5574242/a-invencao-do-psicologico---quatro-seculos-de-subjetivacao-1500-1900---luis-clau/4>>

MERLEAU- PONTY, M. O visível e o invisível. 4a.ed.São Paulo: Perspectiva, 2009

Molon, S. I. (2003). Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky. Petrópolis, RJ: Vozes.

SKINNER, B.F. Sobre o Behaviorismo. São Paulo: Cultrix, 1974. Disponível em:

<<https://www.passeidireto.com/arquivo/1596512/livro---sobre-o-behaviorismo---skinnerbf->>

BASES HISTÓRICAS E EPISTEMOLÓGICAS DAS PSICOLOGIAS – 60H

EMENTA:

Bases históricas e epistemológicas da Psicologia – Sistemas filosóficos e suas conexões com o surgimento do saber psicológico. História da psicologia como ciência e profissão no Brasil; transformações: novas formas do saber psicológico e práticas emergentes e inovadoras.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

JAPIASSU, H. A Psicologia dos psicólogos. Rio de Janeiro: Imago editora LTDA, 1979.

FIGUEIREDO, L. C. M. Matrizes do pensamento psicológico. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, Arthur Arruda Leal; PORTUGAL, Francisco Teixeira (org.). História da psicologia: rumos e percursos. Rio de Janeiro: Nau Ed., 2006. 598 p.

Complementar:

BOCK, A.M.B. Aventuras do Barão de Münchhausen na Psicologia. São Paulo: Cortez Editora, 1999.

ANTUNES, M. A. M. (1999). A psicologia no Brasil. São Paulo: Unimarco Editora e Educ.

SCHULTZ, D. História da Psicologia Moderna. São Paulo: Cultrix, 2002. CHAÚÍ, Marilena de Sousa. Convite à filosofia. 12. ed. São Paulo, SP: Ática, 1999. 440.

BLOCO TEMÁTICO PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PVS)

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE – 60H

EMENTA:

Pressupostos conceituais e metodológicos da Educação Popular em Saúde (EPS). Concepções da EPS, sociedade, cidadania e participação social. A política de educação popular em saúde. EPS, SUS, território e comunidade.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224 p.: il. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf>. Acesso em: 4 mar. de 2015.

FREIRE P. Educação como Prática da Liberdade. São Paulo: Paz e Terra; 1974.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa. 49. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2014.

Complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

- Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

CENDALES, L.; MARIÑO, G. Formação Pedagógica. Educação não - formal e Educação Popular: para uma pedagogia do dialogo cultural. Formação de Educadores Populares. Edição 1, São Paulo: Ed. Loyola. 2009.

FREIRE, P. Extensão ou Comunicação? Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 2014.

GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C.; PENA, C. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2006 – 166p.

VANCONCELOS, E. M. (Org.); CRUZ, P. J. S. C. (Org.) Educação Popular na Formação Universitária. Reflexões com base em uma experiência. João Pessoa, Hucitec, Ed. Universitária da UFPB. RJ:2013. 420p. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_popular_formacao_universitaria.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.

EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – 60H

EMENTA:

Modelos conceituais de comunicação e educação. Educação, comunicação, promoção da saúde e SUS. Abordagens teóricas e metodológicas da educação e comunicação em saúde. Educação popular em saúde. Comunicação de risco. Educação e comunicação em saúde: linguagens, meios e produtos. Pesquisa em educação e comunicação em saúde: diferentes abordagens teórico-metodológicas. Planejamento, execução e avaliação de ações e práticas de educação e comunicação em saúde em territórios.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

CAMPOS, G.W.S. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. Revista & Aumentada. Hucitec Editora, 2012.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa. 49. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2014.

PAIM, J.S. ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

Complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.156 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>.

GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C.; PENA, C. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2006 – 166p.

RANGEL, M.L.; GUIMARÃES, J.M.M; BELENS, A. J. (Orgs.). Saberes em Saúde, Ciência e Comunicação. Salvador: Edufba, 2016. v. 1. 203p.

VANCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Org.) Educação Popular na Formação

Universitária. Reflexões com base em uma experiência. João Pessoa, edição 1, Ed. Hucitec, Ed. Universitária da UFPB. RJ:2013. 420p.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_popular_formacao_universitaria.pdf

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE – 60H

EMENTA:

Ciclo das Políticas Públicas e o Papel do Planejamento na criação de Valor Público. Breve histórico do Planejamento em Saúde na América Latina, com destaque para o Planejamento com Enfoque Estratégico. A função Planejamento no SUS. Fundamentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus. Metodologia do Planejamento Estratégico e Participativo. Momento Explicativo do PES/Análise da Situação de Saúde. Momento Normativo e Momento Estratégico do PES/Desenho do Plano. Momento Tático-Operacional do PES/Programação e Gestão Estratégica do Plano. O ato de governar. A gestão negociada da mudança. Processo decisório em saúde.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARDOSO JR, J.C.; CUNHA, A. S. Planejamento e avaliação de políticas públicas. Brasília; Ipea, 2015.

http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_ppa_vol_1_web.pdf

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

Complementar:

TEIXEIRA, C. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiência. EDUFBA, Salvador, 2010, pp 161.

CARDOSO, A.J.C. Seminário Integrador 1 (Lições 3 e 4). Brasília, UNASUS/UnB, 2013, pp. 23-42. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1789?show=full>. Acesso em: 27 ago. 2015.

CARDOSO, A.J.C. Seminário Integrador 2. Brasília, UNASUS/UnB, 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1790?show=full>. Acesso em: 27 ago. 2015.

PAIM, J.S. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4:243 – 248. 1999.

RIVERA, F.J.U; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.15 nº 5 (2265 – 2284), 2010.

SAÚDE DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE – 60H

EMENTA:

O Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família: princípios e bases conceituais, históricas organizacionais. Implantação e funcionamento da Estratégia Saúde da Família nos municípios. O trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família. Cuidado Integral, Família e relações familiares.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de

Janeiro: Medbook, 2014.

ANDRADE, S. M., SOARES, A. S., JUNIOR, L. C. Bases da Saúde Coletiva. Editora UEL, 2001. CAPÍTULO 2-A organização do sistema de saúde no Brasil p. 27-60.

SOUZA, M. F. MENDONÇA, A. V. M, FRANCO, M. S. Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Editora saberes, 2014.

Complementar:

GARUZI, M. et al., Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. Rev. Panam Salud Publica 35(2), 2014. <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>;

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Memórias da Saúde da Família no Brasil, 2010.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf.

FIGUEIREDO, E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos.

Disponível http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf

Figueiredo, E. N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf

VIGILÂNCIA EM SAÚDE – 60H

EMENTA:

Estudo teórico-prático sobre a Vigilância em Saúde. Parte teórica: Conceito da Vigilância em Saúde e a organização do Sistema Nacional da Vigilância em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Epidemiologia e sua aplicação na vigilância em Saúde. Sistemas de vigilância em saúde: vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e controle de zoonoses, vigilância sanitária e vigilância em Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde na Atenção Básica. Sistemas de Informação de vigilância em saúde. Parte prática: os estudantes analisarão o funcionamento dos serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador nos municípios da Região Sul e Extremo Sul da Bahia.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. cap. 6. p.301-337.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/saude_brasil2004_capitulo6.pdf

PAIM, J.S. ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

Complementar:

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde – Parte 1. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS – V. 5. Brasília: CONASS, 2011, pp. 10-17.

http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação

em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416p. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 228p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://www.prosaude.org/pub/diversos/livro_nova_vigilancia_web.pdf>. Acesso em 14 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006, 76p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>> Acesso em 10 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em 11 mar. 2016.

VIGILÂNCIA AMBIENTAL E CONTROLE DE ZONOSSES– 60H

EMENTA:

Meio ambiente, sustentabilidade da vida humana e saúde das populações humanas. Epidemiologia, controle das doenças zoonóticas e a biologia dos vetores. Vigilância Ambiental em Saúde: conceito, divisões e campos de ação. Acidentes ambientais e proteção da saúde pública. Poluição atmosférica e saúde. Poluição sonora e saúde. Poluição do solo e água. Metodologias de trabalho em vigilância ambiental em Saúde. Sistemas de informação. Saúde Ocupacional. Gerenciamento dos resíduos. Vigilância no gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde. Vigilância de poluentes e risco ambiental químico (toxicologia ambiental). Consciência ambiental, ecoeficiência e sustentabilidade operacional (gestão pública ecoeficiente).

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. cap. 6. p.301-337. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>>. Acesso em: 6 jun. 2015.

Complementar:

CÂMARA V. M. (2002). Noções de Vigilância ambiental em saúde. In: Textos de Epidemiologia para Vigilância Ambiental em Saúde. MS / FUNASA. Brasília: 19 – 38.

HERCULANO, S.; PORTO, M.F.S.; FREITAS, C.M. Qualidade de Vida e Riscos Ambientais. Ed UFF, Niterói: Rio de Janeiro, 2000. 334p.

FUNASA (2001). O Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde. Brasília: 29 p. http://www.who.int/neglected_diseases/2010report/NTD_2010report_embargoed.pdf.

PAIM, J.S. E-book O Que É o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. v. 1. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 5 jun. 2015

ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA-FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Medsi. 2003, 6. ed., p. 708.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA E CONTROLE DE DETERMINANTES – 60H

EMENTA:

Constituição da Vigilância Sanitária (VISA) no Brasil e perspectivas atuais. Regulamentação: normas e suas repercussões para o sistema de Vigilância Sanitária. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: o papel da Agência, dos estados e municípios. VISA: descentralização; ações e reponsabilidade das três esferas. A rede de laboratórios e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O Financiamento do setor saúde e das ações de Visa. A Visa na Atenção Básica. Recursos humanos em VISA. Risco individual e populacional: princípios da prevenção e da precaução em saúde pública. Regulação sanitária e gerenciamento do risco sanitário. Tecnologias de intervenção em VISA.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.

PAIM, J.S. ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

ROZENFELD, S. (Org.). Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

Complementar:

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de risco e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. In: Seminário Temático Permanente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1., 2000. Brasília: ANVISA, 2000. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13870/1/Almeida%20Filho%20N.%20O%20CONCEITO%20DE%20SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 5. mar. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde – Parte 1. Coleção Progestores –Para entender a gestão do SUS– V. 5. Brasília: CONASS, 2011, pp. 10-17. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf. Acesso em: 05 mai. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Portaria 1.052 de 08 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2007. Diário Oficial da União, quarta-feira, 09 de maio de 2007, p. 33. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052_08_05_2007.html. Acesso em: 04 mar. 2015.

COSTA, E.A. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 2004.

ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA-FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Medsi. 2003, 6. ed., p. 708.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE AGRAVOS – 60H

EMENTA:

História e conceitos da Vigilância Epidemiológica (VE) no Brasil e no mundo. Situação atual e princípios do controle e prevenção das doenças transmissíveis (DT) e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estratégias de VE: inquéritos populacionais; estudos de demanda dos serviços; análise e cruzamento de bases de dados. Vigilância-Sentinela. Doenças de Notificação Compulsória (SINAN).

BIBLIOGRAFIA:**Básica:**

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.

PAIM, J.S. ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

ROUQUAYROL, M.Z.& ALMEIDA-FILHO, N. Epidemiologia & Saúd. Rio de Janeiro: Ed. Medsi. 2003, 6. ed., p. 708..

Complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: OPAS, 2005. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. cap. 6. p.301-337.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 08 jun. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde – Parte 1. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS – V. 5. Brasília: CONASS, 2011, pp. 10- Disponível em: <17. http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ESTATÍSTICA PARA AS CIÊNCIAS – 60H**EMENTA:**

Organização, resumo e apresentação de dados estatísticos. Estatística Descritiva. Noções de probabilidade. Variáveis aleatórias discretas e contínuas. Distribuições probabilísticas. Distribuições amostrais. Intervalos de confiança. Teste de hipótese. Correlação e Regressão linear. Aplicações às Ciências e Engenharia.

BIBLIOGRAFIA:**Básica:**

BUSSAB, E. O. e MORETTIN, P. A., Estatística Básica. 8. ed., Editora Saraiva, 2013.
DEVORE, J. L., Probabilidade e Estatística para engenharia e ciências. Tradução da 8ª edição americana, Cengage Learning, 2015.
PINHEIRO, R., CUNHA, G., Estatística Básica: a arte de trabalhar com dados. Editora *Campus*, 2008.

Complementar:

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J.C. & MARTÍNEZ, F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2004. 255p.
FARIAS, A.A.; SOARES, J.F. & CÉSAR, C.C. Introdução à estatística. 2. ed., Rio de Janeiro: LTC, [2003]. 340p.
FERREIRA, D. F. Estatística básica. Lavras: UFLA, 2005.
LEVINE, D. M.; BERENSON, M. L.; STEPHAN, D. Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft® Excel em Português. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.
WILD, C. J.; SEBER, G. A. F. Encontros com o acaso: um primeiro curso de análise de dados e inferência. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

GESTÃO PÚBLICA E SOCIAL – 60H

EMENTA:

Administração pública, gestão pública e gestão social: evolução de um campo de práticas e dos conceitos que o sustentam. Crise e transformação do papel do Estado no final do século XX. Governo e governança. Co-produção do bem público, sujeitos públicos não estatais. Nexos com a virada paradigmática nas ciências sociais; necessidades de uma nova visão de ciência para uma prática de gestão emancipatória, inclusiva e sustentável.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

ANTERO, S. A.; SALGADO, V. A. B. (Orgs.). Democracia, Direito e Gestão Pública: textos para discussão. Editora IABS, Brasília-DF: 2012. Disponível em:
<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/segep/modernizacao_gestao_bra_esp/vol_6_parti>. Acesso em: 25 mar. 2015.
NOGUEIRA, M. A. Um Estado para a sociedade civil. Cortez Editora, São Paulo: 2011.
KEINERT, Tânia M. Administração Pública no Brasil: crises e mudanças de paradigmas. Anablume, 2007.

Complementar:

ABRUCIO, F. L. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: BRESSER PEREIRA, L.C. SPINK, P.K. Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. FGV Editora, Rio de Janeiro
BOULLOSA, R. F.; SCHOMMER, P. C. Gestão social: caso de inovação em políticas públicas ou mais um enigma de Lampedusa? In: Gestão Social e Políticas Públicas de Desenvolvimento: Ações, Articulações e Agenda. Recife: UNIVASF, 2010.
SANTOS, Boaventura de Sousa. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
TENÓRIO, G.G., Descentralização Política Administrativa, Gestão Social e Participação Cidadã. In: DALLABRIDA, V. R. (org). Governança territorial e Desenvolvimento. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2011.

TERRITÓRIO, POLÍTICAS PÚBLICAS E PARTICIPAÇÃO – 60H

EMENTA:

Declinações do conceito de território e abordagem territorial. Elementos de definição das políticas públicas: racionalidades, sujeitos e poderes; visão estadocêntrica ou sociocêntrica. Emergência das instâncias participativas no planejamento, políticas públicas, gestão do território. Princípios, conceitos, paradoxos e desafios.

BIBLIOGRAFIA:**Básica:**

AVRITZER, L. Sociedade Civil e participação social no Brasil. Belo Horizonte: DCP/UFMG, 2006. Disponível em: <http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/10915_Cached.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

SAQUET, M. Abordagens e concepções de território. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SPINK, M.J. (Org.). A Cidadania em Construção: uma reflexão transdisciplinar. São Paulo. Cortez Editora, 1994.

Complementar:

FARAH, M. F. S. Administração pública e políticas públicas. Rev. Adm. Pública. Jun 2011, vol. 45, n.3, p.813-836.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. Rev. Adm. Pública 42:3, 2008.

RIBEIRO, M. T. F.; MILANI, C. R. S. (Orgs.). Compreendendo a complexidade sócio-espacial contemporânea: O Território como categoria do Diálogo Interdisciplinar. EDUFBA, Salvador: 2009.

SAQUET, M. Por uma geografia das territorialidades e das temporalidades: uma concepção multidimensional voltada para a cooperação e para o desenvolvimento territorial. São Paulo: Outras Expressões, 2011.

SILVA P. S. A Abordagem Territorial no Planejamento de Políticas Públicas e os Desafios para Uma Nova Relação entre Estado e Sociedade no Brasil. Cadernos de Gestão Pública e Cidadania, v. 17, n. 60, 2012.

QUESTÕES SOCIOAMBIENTAIS CONTEMPORÂNEAS – 60H**EMENTA:**

Desenvolvimento socioeconômico, mediações socioculturais, interculturalidade e sustentabilidade. Valores ambientais e estratégias das diferentes populações na conservação e gestão ambiental. Consumo e fatores de risco e vulnerabilidade socioambiental.

BIBLIOGRAFIA:**Básica:**

APPADURAI, A. Dimensões Culturais da Globalização. Lisboa, Editorial Teorema, 1996. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/81573003/Dimensoes-Culturais-da-Globalizacao-ARJUN-APPADURAI>>. Acesso em 18 ago. 2015.

DOUGLAS, M.; WILDAVSKY, A. Risco e Cultura: Um ensaio sobre a seleção de riscos tecnológicos e ambientais. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

FERRY, L. A nova ordem ecológica: a árvore, o animal e o homem. São Paulo: Ensaio, 1994.

Complementar:

CAMPBELL, C. Ética romântica e o espírito do consumismo moderno. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

DEAN, W. A Ferro e fogo: a história e a devastação da Mata Atlântica brasileira. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DOUGLAS, M.; ISHERWOOD, B. O mundo dos bens: para uma antropologia do consumo. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

SAHLINS, M. Cultura e razão prática. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
FABIN, A (org.). Evolução: Sociedade, Ciência e Universo. Bauru: Edusc, 2003.

DIREITO E ECOCOMPLEXIDADE – 60H

EMENTA:

Ecocomplexidade e sociedade pós-industrial (ou globalizada); Sociedade do risco e direito ao futuro; Responsabilidade ambiental e responsabilidade coletiva: o pensamento de Hans Jonas; O(s) discurso(s) ambientalista(s); A noção de desenvolvimento sustentável.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

ALENCASTRO, M. S. Hans Jonas e a proposta de uma ética para a civilização tecnológica. Desenvolvimento e Meio Ambiente, n. 19, p. 13-27, jan./jun. 2009. Editora UFPR. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/made/article/viewFile/14115/10882>>. Acesso em 18 ago. 2015.

PORTO-GONÇALVES, C. W. A globalização da natureza e a natureza da globalização. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

DOMINGUES, J. M.; PONTUAL, A. C. Responsabilidade ambiental e esfera pública na América Latina. In: DOMINGUES, José Maurício. Aproximações à América latina: desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

Complementar:

FERNANDES, E. A. Meio Ambiente e Direitos Humanos: o deslocamento de pessoas por causas ambientais agravadas pelas mudanças climáticas. São Paulo: Juruá, 2014. LEFF, Enrique. Saber ambiental. Petrópolis: Vozes, 2004.

GIDDENS, A. As consequências da modernidade. São Paulo: UNESP, 2007.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

RAMMÊ, R.S.; AZEREDO, R. L. B. Direito ambiental reflexivo e redução da ecocomplexidade: uma análise a partir da teoria dos sistemas de Niklas Luhmann. Revista de direito ambiental e sociedade. v. 1 n.1. p. 409-430.

LIBRAS – 60H

EMENTA

Introdução aos aspectos históricos e conceituais da cultura surda e filosofia do bilinguismo. Processos cognitivos e linguísticos. O cérebro e a língua de sinais. Apresentar o ouvinte à Língua de Sinais Brasileira (Libras) e a modalidade diferenciada para a comunicação (gestual- visual). Ampliação de habilidades expressivas e receptivas em Libras. Vivência comunicativa dos aspectos sócio-educacionais do indivíduo surdo. Conceito de surdez, deficiência auditiva (DA), surdo-mudo, mitos, SignWriting (escrita de sinais). Legislação específica. Prática em Libras – vocabulário.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

GESSER, A. **Libras? Que língua é essa?** São Paulo, Editora Parábola: 2009.

PERLIN, G. Identidades surdas. In: SKLIAR, C. (org.) **A surdez: um olhar sobre as diferenças.** Porto Alegre: Mediação, 1998.

QUADROS, R. M.; KARNOPP, L. B. **Língua Brasileira de Sinais: estudos linguísticos.** Porto Alegre: Artmed, 2004

Complementar:

GOLDFELD, M. **A criança surda: Linguagem e cognição numa perspectiva sociointeracionista.** 2. ed. São Paulo: Plexus, 2002.

LACERDA, C. B. F. **A prática pedagógica mediada (também) pela língua de sinais: trabalhando com sujeitos surdos.** Cadernos Cedes, ano XX, n. 50, 2000.

OLIVEIRA, R. F.; OLIVEIRA, F. F.; BORGES, R. M. O. **Apostila de Libras I, II, III, IV.**

Associação dos Surdos de Goiânia. Goiânia, 2006.

GÓES, M. C. R. **Linguagem, surdez e educação**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 1999.

QUADROS, R. M. **Estudos Surdos I: Série de Pesquisas**. Editora Arara Azul. Petrópolis, 2006.

MÓDULO TEMÁTICO: DOR – 180 HORAS

Morfologia e semiologia dos sistemas nervoso periférico e osteoarticular. Semiologia do paciente com dor aguda e crônica. Saúde da criança, da mulher e do adulto com enfoque na fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção das principais doenças que cursam com dores. Princípios de radiologia, radiografia e ultrassonografia. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade. Fisiopatologia da dor e princípios de farmacologia, introdução ao estudo da radiografia, fisiopatologia da queimaduras, analgésicos, AINES, analgésicos opioides, introdução ao estudo da ultrassonografia, fisiopatologia das doenças articulares. Aspectos éticos e legais do exercício da medicina.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

1. BRUNTON, Laurence L. (Org.). As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.
2. GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.
3. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 1.145 p.
4. KASPER, Dennis L. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017. 2 v.
5. SOBOTTA, atlas de anatomia humana. 24. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 3 v.

Complementar:

1. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
2. AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
3. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
4. DI FIORE, Mariano S. H. Atlas de histologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
5. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
6. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
7. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins, patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
8. LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo (Org.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São

Paulo: Sarvier, 2007.

9. LENT, Roberto. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. xxvi, 770 p.
10. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
11. SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Tratado de anestesiologia SAESP. 6. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 2

MÓDULO TEMÁTICO: DOR ABDOMINAL, DIARRÉIA, VÔMITOS E ICTERÍCIA – 180 HORAS

Morfologia e semiologia dos sistemas vascular, respiratório e renal. Semiologia do paciente com as principais doenças que cursam com dispnéia, dor trácica e edemas. Saúde da criança, da mulher e do adulto com enfoque na fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção das patologias do Sistema cardiopulmonar e renal. Relação do ambiente com as principais infecções comunitárias. Exames complementares de função cardíaca, renal e pulmonar: ECG, radiografia de tórax, gasometria arterial e exames hematológicos, oximetria de pulso, exame físico das extremidades. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade. Radiografia de torax com principais patologias pulmonares obstrutivas, beta 2 agonistas, broncodilatadores, fisiopatologia das doenças pulmonares obstrutiva crônica, ECG: patologias isquêmicas, drogas anti-anginosas e anti-arrítmicas, fisiopatologia da iam, farmacologia na insuficiência renal crônica, equilíbrio ácido-básico. Aspectos éticos e legais do exercício da medicina.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

1. CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; SILVA, Luciana Rodrigues; BORGES, Wellington (Org.). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017. 2 v.
2. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 1.421 p.
3. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016. 2 v.
4. PORTO, Celmo Celso. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
5. TORTORA, Gerard J.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christine L.. Microbiologia. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 935 p.

Complementar:

1. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
2. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
3. BROOKS, Geo. F. Microbiologia médica de Jawetz, Melnick e Adelberg. 26. ed. Porto Alegre: 2014.
4. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
5. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
6. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
7. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016.
8. MARCADANTE, Karen J.; KLIEGMAN, Robert M. Nelson princípios de pediatria. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

9. MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
10. NEVES, David Pereira. Parasitologia humana. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.
11. PORTO, Celmo Celso. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
12. REY, Luís. Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
13. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MÓDULO TEMÁTICO: FEBRE, INFLAMAÇÃO E INFECCÃO – 180 HORAS

Semiologia do paciente com febre, inflamação e infecção. Saúde da criança, da mulher e do adulto com enfoque na fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção da febre, inflamação e infecção. Morfologia dos sistemas imunológico e linfático. Semiologia do coração e pulmões. Antissepsia e assepsia, anamnese, sinais vitais, ectoscopia, semiologia do aparelho respiratório, radiografia de tórax, semiologia do aparelho cardiovascular. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade. Principais doenças infecciosas do trato respiratório. Radiografia de torax. Principais doenças infecciosas do trato urinário. Anti-inflamatórios hormonais. Infecções de pele e feridas infectadas. Anti-sépticos penicilinas. Principais doenças infecciosas do trato cardiovascular. Imaginologia do coração (ecocardiograma). Principais doenças infecciosas do trato gastrointestinal. Aspectos éticos e legais do exercício da medicina.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

1. BRUNTON, Laurence L. (Org.). As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.
2. GOLDMAN-CECIL Medicina. 25. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. 2 v.
3. PORTO, Celmo Celso. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Complementar:

1. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
2. AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
3. ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
4. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
5. BROOKS, Geo. F. Microbiologia médica de Jawetz, Melnick e Adelberg. 26. ed. Porto Alegre: 2014.
6. CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; LOPEZ, Fabio Ancona (Org.). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

7. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
8. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
9. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
10. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
11. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016.
12. MARCADANTE, Karen J.; KLIEGMAN, Robert M. Nelson princípios de pediatria. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
13. MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
14. MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
15. NEVES, David Pereira. Parasitologia humana. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.
16. PORTO, Celmo Celso. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
17. REY, Luís. Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
18. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
19. TORTORA, Gerard J.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christine L. Microbiologia. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MÓDULO TEMÁTICO: SAÚDE DA MULHER, SEXUALIDADE HUMANA E PLANEJAMENTO FAMILIAR – 180 HORAS

Morfologia e semiologia do sistema reprodutor feminino. Semiologia da gestação, parto e puerpério. Fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção das principais doenças que acometem as mulheres e das gestações de alto risco, das complicações do parto e puerpério. Fisiologia do ciclo menstrual, da puberdade e da lactação. Hormônios de crescimento e tireoidianos no crescimento e desenvolvimento pós-natal. Fatores intervenientes no desenvolvimento e saúde da mulher: puberdade, adolescência, menarca, gestação e climatério. Anamnese ginecológica e obstétrica, prática de exame físico de vulva, vagina e colo uterino, assistência ao trabalho de parto. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade. Propedêutica por imagem em ginecologia, anticoncepcionais, patologia do colo uterino, propedêutica por imagens em obstetrícia, tratamento farmacológico das DST e drogas utilizadas em obstetrícia, patologia de doenças da mama, interpretação de mamografia e USG de mama. Aspectos éticos e legais do exercício da medicina.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

1. BEREK, Jonathan S. Berek e Novak: tratado de ginecologia. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1166 p.
2. BRUNTON, Laurence L. (Org.). As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

3. GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.
4. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 1.145 p.
5. KASPER, Dennis L. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017. 2 v.
6. SOBOTTA, atlas de anatomia humana. 24. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 3 v.

Complementar:

1. AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
2. ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
3. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
4. CORRÊA, Mário Dias. Noções práticas de obstetrícia. 14. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.
5. DI FIORE, Mariano S. H. Atlas de histologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
6. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
7. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
8. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
9. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins, patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
10. LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo (Org.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier, 2007.
11. MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Rezende: obstetrícia fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
12. MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
13. NEME, Bussâmara. Obstetrícia básica. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005.
14. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MÓDULO TEMÁTICO: PERDA DE SANGUE – 180 HORAS

Aspectos relacionados a competências na resolução de problemas clínicos e cirúrgicos que requerem intervenção imediata. Situações e patologias que constituem riscos agudos à integridade física e/ou mental dos indivíduos e que requerem imediata intervenção médica. Urgências e emergências: politraumatismo, intoxicação exógena; cetoacidose diabética; síndrome coronariana aguda; acidente vascular cerebral; Doença pulmonar obstrutiva crônica e asma (descompensação aguda); parada cardio-respiratória nos diversos ritmos (assistolia, atividade elétrica sem pulso, fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso). Influência do ambiente nas principais emergências. Anestésicos locais, prática de infiltração, técnica de retirada de pequenas lesões, técnicas de sutura de fechamento por planos. IOT, RCP, acidentes com animais peçonhentos, intoxicação exógena. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade. Emergência pediátricas, Insuficiência renal aguda, drogas usadas em reanimação, gasometria arterial, insuficiência renal crônica, PCR, choque, reposição volêmica. Aspectos éticos e legais do exercício da medicina. Comunicação de más notícias. Certidão de óbito.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

1. GOLDMAN-CECIL Medicina. 25. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. 2 v.
2. KASPER, Dennis L. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017. 2 v.
3. PORTO, Celmo Celso. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
4. TOWNSEND JR., Courtney M.. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 2 v.

Complementar:

1. AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
2. AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. 123 p. (Temas em Saúde).
3. BARLOW, David H.. Psicopatologia: uma abordagem integrada. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017. 752 p.
4. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
5. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
6. DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
7. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
8. EIZIRIK, Cláudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira (Org.). O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 255 p.
9. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

10. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
11. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins, patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
12. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016.
13. MALLOY-DINIZ, Leandro F. (Org.). Avaliação neuropsicológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
14. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MÓDULO TEMÁTICO: FADIGA, PERDA DE PESO E ANEMIAS – 180 HORAS

Semiologia do paciente com as principais doenças que cursam com fadiga, perda de peso e anemias. Saúde da criança, da mulher e do adulto com enfoque na fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção em doenças que cursam com sinais e sintomas de fadiga, perda de peso e/ou anemia. Fatores biopsicossociais que influenciam a fadiga, perda de peso e anemias. Relação do ambiente com as parasitoses que cursam com a fadiga, perda de peso e anemias. Hematopoiese e hemocaterese. Fisiologia da coagulação. Distúrbios da Hemostasia. Principais causas de sangramentos. Mecanismos compensatórios locais e sistêmicos da perda de sangue. Semiologia das anemias, exame físico de pele e mucosas, técnicas de palpação de fígado e baço, práticas de interpretação de hemograma e mielograma, técnica de mielograma e interpretação de do Leucograma. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade. Tratamento medicamentoso das anemias e distúrbios da série vermelha, fisiopatologia das doenças da série vermelha: talassemias, policitemias, anemias idiopáticas, análise e interpretação de leucograma e tratamento medicamentoso dos distúrbios da série branca, fisiopatologia das leucemias e doenças da série branca. Fisiopatologia dos distúrbios de coagulação. Tratamento medicamentoso dos distúrbios de coagulação. Aspectos éticos e legais do exercício da medicina.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

1. CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; SILVA, Luciana Rodrigues; BORGES, Wellington (Org.). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017. 2 v.
2. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 1.421 p.
3. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016. 2 v.
4. PORTO, Celmo Celeno. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
5. TORTORA, Gerard J.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christine L.. Microbiologia. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 935 p.

Complementar:

1. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
2. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
3. BROOKS, Geo. F. Microbiologia médica de Jawetz, Melnick e Adelberg. 26. ed. Porto Alegre: 2014.
4. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas deatenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
5. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
6. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
7. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016.
8. MARCADANTE, Karen J.; KLIEGMAN, Robert M. Nelson princípios de pediatria. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
9. MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
10. NEVES, David Pereira. Parasitologia humana. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.
11. PORTO, Celmo Celeno. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
12. REY, Luís. Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
13. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2015.

**MÓDULO TEMÁTICO: TRANSTORNOS MENTAIS E DE
COMPORTAMENTO – 180 HORAS**

Semiologia do paciente com as principais doenças que cursam com os principais transtornos mentais e de comportamento. Saúde da criança, da mulher e do adulto com enfoque na fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção dos principais transtornos mentais e de comportamento. Influência do ambiente nos principais transtornos mentais e de comportamento. Saúde do trabalhador e as principais doenças ocupacionais. Acidente do trabalho: Definição, tipos, custos, controle. Doença de Alzheimer, transtornos do movimento, epilepsia, exame físico ortopédico. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade. Autismo, TDH, cefaléias, psicofármacos, depressão/ansiedade, transtorno bipolar e TOC.

Aspectos éticos e legais do exercício da medicina.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

1. BRUNTON, Laurence L. (Org.). As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

2. GOLDMAN-CECIL Medicina. 25. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. 2 v.
3. KASPER, Dennis L. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017. 2 v.
4. PORTO, Celmo Celso. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Complementar:

1. AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
2. AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. 123 p. (Temas em Saúde).
3. BARLOW, David H.. Psicopatologia: uma abordagem integrada. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017. 752 p.
4. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
5. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
6. DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
7. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
8. EIZIRIK, Cláudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira (Org.). O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 255 p.
9. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
10. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
11. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins, patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
12. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016.
13. MALLOY-DINIZ, Leandro F. (Org.). Avaliação neuropsicológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
14. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MÓDULO TEMÁTICO: DISTÚRBIOS SENSORIAIS, MOTORES E DA CONSCIÊNCIA – 180 HORAS

Morfologia e semiologia dos sistemas nervoso central e sensorial. Semiologia do paciente com os principais distúrbios sensoriais, motores e da consciência. Saúde da criança, da mulher e do adulto com enfoque na fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção dos principais distúrbios sensoriais, motores e da consciência. Relação do ambiente com os principais distúrbios sensoriais, motores e da consciência. Meningite, punção lombar, interpretação de LCR, exame do nível de consciência e estado mental, exame dos nervos cranianos 1 e exame dos nervos cranianos 2, exame da motricidade, exame de sensibilidade. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade.

Tomografia computadorizada do crânio, tratamento medicamentoso das lesões raquimedulares e cranioencefálicas, fisiopatologia dos traumas raquimedulares e cranioencefálicos, estudo do líquor, fisiopatologia das meningites, eletroencefalograma, anticonvulsivantes e antiepilépticos, sono. Aspectos éticos e legais do exercício da medicina.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

1. BRUNTON, Laurence L. (Org.). As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. 2.079 p.
2. FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Ed.). Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
3. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 1.421 p.
4. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016. 2 v.
5. PORTO, Celmo Celeno. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Complementar:

1. AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
2. AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. 123 p. (Temas em Saúde).
3. BARLOW, David H.. Psicopatologia: uma abordagem integrada. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017. 752 p.
4. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
5. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
6. DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
7. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
8. EIZIRIK, Cláudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira (Org.). O ciclo da

vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 255 p.

9. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
10. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
11. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins, patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
12. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016.
13. MALLOY-DINIZ, Leandro F. (Org.). Avaliação neuropsicológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
14. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MÓDULO TEMÁTICO: DISPINEIA, DOR TORÁCICA E EDEMAS – 180 HORAS

Morfologia e semiologia dos sistemas vascular, respiratório e renal. Semiologia do paciente com as principais doenças que cursam com dispneia, dor trácica e edemas. Saúde da criança, da mulher e do adulto com enfoque na fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção das patologias do Sistema cardiopulmonar e renal. Relação do ambiente com as principais infecções comunitárias. Exames complementares de função cardíaca, renal e pulmonar: ECG, radiografia de tórax, gasometria arterial e exames hematológicos, oximetria de pulso, exame físico das extremidades. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade. Radiografia de torax com principais patologias pulmonares obstrutivas, beta 2 agonistas, broncodilatadores, fisiopatologia das doenças pulmonares obstrutiva crônica, ECG: patologias isquêmicas, drogas anti-anginosas e anti-arrítmicas, fisiopatologia da iam, farmacologia na insuficiência renal crônica, equilíbrio ácido-básico. Aspectos éticos e legais do exercício da medicina.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

1. GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.
2. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 1.145 p.
3. KASPER, Dennis L. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017. 2 v.
4. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016. 2 v.
5. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C.. Robbins e Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 1.421 p.

Complementar:

1. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
2. AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
3. BROOKS, Geo. F. Microbiologia médica de Jawetz, Melnick e Adelberg. 26. ed. Porto Alegre: 2014.
4. CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; LOPEZ, Fabio Ancona (Org.). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.
5. CORRÊA, Mário Dias. Noções práticas de obstetrícia. 14. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.
6. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
7. FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Ed.). Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
8. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
9. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
10. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016.
11. MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. Anatomia orientada para a clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
12. PORTO, Celmo Celeno. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
13. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MÓDULO TEMÁTICO: DESORDENS NUTRICIONAIS E METABÓLICAS – 180 HORAS

Semiologia do paciente com os principais distúrbios metabólicos e nutricionais. Saúde da criança, da mulher e do adulto com enfoque na fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção dos principais distúrbios metabólicos e nutricionais. Programa HIPERDIA (Diabetes e Hipertensão). Sistema de Vigilância Nutricional. Exames laboratoriais e complementares de função nutricional e endocrinológica. Relação do ambiente com as principais desordens nutricionais e metabólicas. Morfologia e semiologia do sistema endócrino. Anamnese pediátrica e exame físico, crescimento e desenvolvimento, alimentação, imunização e saúde oral. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade. Diabetes, dislipidemias, obesidade, desnutrição, síndrome metabólica. Clínica pediátrica: exame físico, crescimento e desenvolvimento, alimentação, imunização e saúde oral. Aspectos éticos e legais do exercício da medicina.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

1. CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; LOPEZ, Fabio Ancona (Org.). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3.

- ed. Barueri, SP: Manole, 2014. 2 v.
2. CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; SILVA, Luciana Rodrigues; BORGES, Wellington (Org.). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017. 2 v.
 3. GOLDMAN-CECIL Medicina. 25. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. 2 v.
 4. MARCADANTE, Karen J.; KLIEGMAN, Robert M. Nelson princípios de pediatria. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 762 p.
 4. PORTO, Celmo Celso. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Complementar:

1. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
2. AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
3. ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
4. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
5. BROOKS, Geo. F. Microbiologia médica de Jawetz, Melnick e Adelberg. 26. ed. Porto Alegre: 2014.
6. CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; LOPEZ, Fabio Ancona (Org.). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.
7. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
8. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
9. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
10. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
11. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016.
12. MARCADANTE, Karen J.; KLIEGMAN, Robert M. Nelson princípios de pediatria. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
13. MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
14. MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
15. NEVES, David Pereira. Parasitologia humana. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.
16. PORTO, Celmo Celso. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
17. REY, Luís. Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos

- trópicos ocidentais. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
18. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
18. TORTORA, Gerard J.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christine L. Microbiologia. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MÓDULO TEMÁTICO: MANIFESTAÇÕES EXTERNAS DAS DOENÇAS E IATROGENIAS – 180 HORAS

Morfologia e semiologia dos sistemas tegumentar e genital masculino. Saúde da criança, da mulher e do adulto com enfoque na fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção das principais manifestações externas das doenças e iatrogenias. Relação do ambiente com lesões externas. Semiologia da pele e anexos. Semiologia do sistema reprodutor masculino. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade. Doenças exantemáticas. Infecções fúngicas da pele e anexos. Farmacodermias e lesões alérgicas. LES e lesões autoimunes. Queimaduras. Fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção dos principais problemas de saúde do homem. Aspectos éticos e legais do exercício da medicina.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

1. BRUNTON, Laurence L. (Org.). As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.
2. GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade:** princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.
3. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 1.145 p.
4. KASPER, Dennis L. **Medicina interna de Harrison.** 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017. 2 v.

Complementar:

1. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
2. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia celular e molecular. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
3. AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
4. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
5. BROOKS, Geo. F. Microbiologia médica de Jawetz, Melnick e Adelberg. 26. ed. Porto Alegre: 2014.
6. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
7. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
8. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins, patologia básica.

9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
9. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016.
 10. MARCADANTE, Karen J.; KLIEGMAN, Robert M. Nelson princípios de pediatria. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
 11. MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Rezende: obstetrícia fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
 12. MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
 13. MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
 14. NEME, Bussâmara. Obstetrícia básica. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005.
 15. NEVES, David Pereira. Parasitologia humana. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.
 16. PORTO, Celmo Celeno. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
 17. REY, Luís. Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
 18. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
 19. TORTORA, Gerard J.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christine L. Microbiologia. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MÓDULO TEMÁTICO: EMERGÊNCIAS – 180 HORAS

Aspectos relacionados a competências na resolução de problemas clínicos e cirúrgicos que requerem intervenção imediata. Situações e patologias que constituem riscos agudos à integridade física e/ou mental dos indivíduos e que requerem imediata intervenção médica. Urgências e emergências: politraumatismo, intoxicação exógena; cetoacidose diabética; síndrome coronariana aguda; acidente vascular cerebral; Doença pulmonar obstrutiva crônica e asma (descompensação aguda); parada cardio-respiratória nos diversos ritmos (assistolia, atividade elétrica sem pulso, fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso). Influência do ambiente nas principais emergências. Anestésicos locais, prática de infiltração, técnica de retirada de pequenas lesões, técnicas de sutura de fechamento por planos. IOT, RCP, acidentes com animais peçonhentos, intoxicação exógena. Saúde da criança, do adulto e da mulher na atenção primária com ênfase no treinamento para o estudante para executar o atendimento médico na Medicina de Família e Comunidade. Emergência pediátricas, Insuficiência renal aguda, drogas usadas em reanimação, gasometria arterial, insuficiência renal crônica, PCR, choque, reposição volêmica. Aspectos éticos e legais do exercício da medicina. Comunicação de más notícias. Certidão de óbito.

BIBLIOGRAFIA

Básica:

1. BRUNTON, Laurence L. (Org.). As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.
2. CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; SILVA, Luciana Rodrigues; BORGES, Wellington (Org.). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri, SP: Manole,

2017. 2 v.

3. KASPER, Dennis L. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017. 2 v.
4. TOWNSEND JR., Courtney M.. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 2 v

Complementar:

1. AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
2. ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
3. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G. Bates, propedêutica médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
4. BROOKS, Geo. F. Microbiologia médica de Jawetz, Melnick e Adelberg. 26. ed. Porto Alegre: 2014.
5. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
6. FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Ed.). Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
7. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
8. HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
9. KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins, patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
10. LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo (Org.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier, 2007.
11. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: RocaRoc 2016.
12. MALLOY-DINIZ, Leandro F. (Org.). Avaliação neuropsicológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
13. MARCADANTE, Karen J.; KLIEGMAN, Robert M. Nelson princípios de pediatria. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
14. MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
15. PORTO, Celmo Celeno. Semiologia médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
16. REY, Luís. Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
17. SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

INTERNATO: GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA (ÁREAS V E XII)**EMENTA:**

stágio curricular sob a forma de treinamento em serviço, sob supervisão docente e com responsabilidade progressiva na grande área de ginecologia e obstetrícia, para o aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes obtidos ao longo do curso de graduação nesta área, com vistas à formação do médico generalista.

BIBLIOGRAFIA:**Básica**

1. BEREK, Jonathan S.. Berek e Novak: tratado de ginecologia. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1166 p.
2. MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Rezende: obstetrícia fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 1.002 p.
3. NEME, Bussâmara. Obstetrícia básica. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005. 1.379 p

Complementar

1. CORRÊA, Mário Dias. Noções práticas de obstetrícia. 14. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2011. 1044 p.
2. FREITAS, Fernando. Rotinas em obstetrícia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 680 p.
3. FREITAS, Fernando. Rotinas em ginecologia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 584 p.
4. CABAR, Fábio Roberto. Principais temas em obstetrícia para residência médica. São Paulo: Medcel, 2016. 271 p
5. CABAR, Fábio Roberto. Principais temas em obstetrícia para residência médica. São Paulo: Medcel, 2016. 264 p.
6. GESTAÇÃO de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 301 p.
7. BRASIL. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 51 p.

INTERNATO: ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE MENTAL, SAÚDE COLETIVA E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (AREAS I e VIII)**EMENTA:**

stágio curricular para o desenvolvimento de competências e habilidades em clínica ampliada/integralidade em saúde e com responsabilidade progressiva na grande área de saúde coletiva em cenários de atenção primária à saúde/ estratégia de saúde da família, sob a preceptorial de profissional e supervisão docente (educação permanente) em consonância com os princípios consagrados pelo sistema nacional de saúde (SUS).

BIBLIOGRAFIA:**Básica**

1. GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v
2. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
3. GUYATT, Gordon; MEADE, Maureen O.; RENNIE, Drummond; COOK, Deborah J.. Diretrizes para utilização da literatura médica: manual para prática clínica da

medicina em evidências. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 704 p.

Complementar

1. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
2. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
3. GOLDMAN, L.; BENNETT, J.C. (Ed.), CECIL: Tratado de Medicina Interna. 21ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
4. PEREIRA, Maurício Gomes. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

INTERNATO: CLÍNICA MÉDICA (ÁREAS II e IX)

EMENTA:

stágio curricular sob a forma de treinamento em serviço, sob supervisão docente e com responsabilidade progressiva na grande área da clínica médica, para o aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes obtidos ao longo do curso de graduação nesta área, com vistas à formação do médico generalista.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

1. DUNCAN, Bruce B. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
2. GOLDMAN-CECIL Medicina. 25. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
3. GUYATT, Gordon; MEADE, Maureen O.; RENNIE, Drummond; COOK, Deborah J.. Diretrizes para utilização da literatura médica: manual para prática clínica da medicina em evidências. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 704 p.

Complementar:

1. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
2. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
3. GOLDMAN, L.; BENNETT, J.C. (Ed.), CECIL: Tratado de Medicina Interna. 21ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
4. PEREIRA, Maurício Gomes. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

INTERNATO: SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (ÁREAS III E X)

EMENTA:

stágio curricular sob a forma de treinamento em serviço, sob supervisão e com responsabilidade progressiva na atuação em medicina de urgência, para o aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes no atendimento a vítimas de trauma e de urgências clínicas e cirúrgicas.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

1. FERNANDES, C. R., ARAÚJO, F. R. Emergências Médicas: guia de condutas para o generalista, 1ª edição. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2017.
2. American College of Surgeons Committee on Trauma (2012) Advanced Trauma Life Support ATLS Student Course Manual, 9ª edição. American College of Surgeons, Washington, DC.
3. MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; SCALABRINI NETO, A.; VELASCO, I. T. Emergências Clínicas: abordagem prática, 11ª edição. São Paulo: Atheneu, 2016.
4. MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M. C. T.; AWADA, S. B. Pronto Socorro: Medicina de Emergência, 3ª edição. São Paulo: Manole, 2013.

Complementares

1. PHTLS: O Atendimento Pré Hospitalar ao Traumatizado. 8ª edição. Porto Alegre: ArtMed, 2011.
2. BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. BRASIL. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; jun 29.
4. SILVA T. Serviço de urgência e emergência: modelos de gestão com acolhimento e classificação de risco em hospitais brasileiros. Universidade Estadual de Londrina; 2011.

INTERNATO: CIRURGIA GERAL (ÁREAS IV e XI)

EMENTA:

stágio curricular sob a forma de treinamento em serviço, sob supervisão docente e com responsabilidade progressiva na grande área da cirurgia, para o aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes obtidos ao longo do curso de graduação, buscando ampliar e aplicar de forma integrada os conhecimentos adquiridos nesta área com vistas à formação do médico generalista.

BIBLIOGRAFIA:

Básica:

1. TOWNSEND JR., Courtney M.. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 2 v.
2. SAVASSI-ROCHA, P.R.; SANCHES, S.R. A.; SAVASSI-ROCHA, A. Cirurgia de Ambulatório. Rio de Janeiro: Medbook. 2013.

3. SAAD JÚNIOR, R. et al. Tratado de Cirurgia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. São Paulo: Atheneu, 2009.

Complementares:

1. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
2. GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris. Prática clínica baseada em evidências: livro de exercícios. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
3. GOLDMAN, L.; BENNETT, J.C. (Ed.), CECIL: Tratado de Medicina Interna. 21ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
4. PEREIRA, Maurício Gomes. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

INTERNATO: PEDIATRIA (ÁREAS VI e XIII)

EMENTA:

stágio curricular sob a forma de treinamento em serviço, sob supervisão docente e com responsabilidade progressiva na grande área da pediatria, para o aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes obtidos ao longo do curso de graduação, buscando ampliar e aplicar de forma integrada os conhecimentos adquiridos nesta área com vistas à formação do médico generalista.

BIBLIOGRAFIA:

Básica

1. CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; LOPEZ, Fabio Ancona (Org.). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2014. 2 v.
2. CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; SILVA, Luciana Rodrigues; BORGES, Wellington (Org.). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017. 2 v.
3. MARCADANTE, Karen J.; KLIEGMAN, Robert M. Nelson princípios de pediatria. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 762 p.

Complementar

1. DE LAMARE, Rinaldo. A vida do bebê. 41. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002. 765 p.
2. MARTINS, Fernanda; AMARAL, Cassia Maria Abrantes do; AMARAL, Vivian. Principais temas em pediatria. São Paulo: Medcel, 2017. 152 p.
3. LOMBARDI, Adriana Prado. Principais temas em pediatria para residência médica. São Paulo: Medcel, 2016. 280 p.

INTERNATO: LIVRE (ÁREAS VII e XIV)

EMENTA:

stágio curricular sob a forma de treinamento em serviço, sob supervisão docente, para o aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes em qualquer área do conhecimento médico.



Emitido em 16/12/2020

DESPACHO Nº 2866/2020 - CFS (11.01.07.01)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 16/12/2020 10:48)

SEBASTIAO RODRIGO FERREIRA

1322722

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sig.ufsb.edu.br/documentos/> informando seu número:
2866, ano: **2020**, tipo: **DESPACHO**, data de emissão: **16/12/2020** e o código de verificação: **0a54152bf3**



Emitido em 26/04/2021

PROJETO DE CURSO Nº PPC/2021 - CFS (11.01.07.01)
(Nº do Documento: 8)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 26/04/2021 13:00)
WILLIAM RODRIGUES DE FREITAS
DIRETOR
1965070

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sig.ufsb.edu.br/documentos/> informando seu número:
8, ano: **2021**, tipo: **PROJETO DE CURSO**, data de emissão: **26/04/2021** e o código de verificação: **f6591928bf**