PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA[1]

Documento-proposta resultante de Consultoria Técnica Especializada em curso, sob demanda da Universidade Federal do Sul da Bahia

Centro de Formação em Saúde

Campus Teixeira de Freitas

Bahia

Abril de 2014

[1] Minuta (versão 4.0) do Documento Preliminar.

EQUIPE TÉCNICA:

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

Antonio Alberto Lopes

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

Antonio 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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1. CONTEXTO DO SUL DA BAHIA

1.2. DEMANDA SOCIAL POR EDUCAÇÃO

1.3. PORQUE PRECISAMOS REINVENTAR A EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

1.3.1. Educação médica no Brasil

1.3.2. Educação médica na Bahia

1.3.3. Bases histórico-institucionais do Sistema Único de Saúde

2. JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA

2.1. DEMANDA SOCIAL POR SAÚDE

2.2. DÍVIDA HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE

2.3. RAZÕES ACADÊMICAS A FAVOR DE UMA PROPOSTA PEDAGÓGICA INOVADORA

2.3.1. Demandas-desafios do SUS à Universidade

2.3.2. Problemas do ensino superior em Saúde no Brasil

2.4. MODELOS AVANÇADOS DE FORMAÇÃO MÉDICA

2.4.1. Macmaster University

2.4.2. Universidade Maastricht

2.4.3. Oxford University

2.4.4. Harvard Medical School

2.4.5. Universidad de Ciências Médicas de la Habana

2.4.6. Faculdade de Medicina da USP

2.4.7. Perspectivas do Regime de Ciclos e da EMBC

3. MARCO LEGAL

4. ELEMENTOS ESTRUTURANTES DO PROJETO

4.1. OBJETIVOS DO CURSO
4.2. PERFIL DO EGRESSO
4.3. VALORES E COMPETÊNCIAS GERAIS
4.4. VALORES E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICOS
4.5. SOBRE O CONCEITO DE COMPETÊNCIAS

5. ESTRUTURA CURRICULAR
5.1. PRIMEIRO CICLO DO CURSO MÉDICO
5.1.1. Eixo Ético-Político-Humanístico
5.1.2. Áreas de Concentração em Saúde
5.1.3. Critérios de progressão para o Segundo Ciclo
5.2. SEGUNDO CICLO DO CURSO MÉDICO
5.2.1. Competências e Eixos de Formação
5.2.2. Eixo Técnico-Científico
5.2.3. Eixo Prático-Cognitivo
5.3. PERSPECTIVAS DO CURSO MÉDICO EM REGIME DE CICLOS BASEADO NA COMUNIDADE

6. PROPOSTA PEDAGÓGICA
6.1. PRINCÍPIOS BÁSICOS
6.1.1. **Aprendizagem significativa**
6.1.2. Sistema Integrado de Aprendizagem Compartilhada
6.1.3. Aprendizagem Orientada por Problemas Concretos
6.2. O POPE COMO INSTRUMENTO DE APRENDIZADO
6.2.1. Apresentação do POPE
6.2.2. Aplicação do POPE

7. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM
7.1. AVALIAÇÃO DO EDUCANDO
7.2. AVALIAÇÃO DOS EDUCADORES E DO CURSO
7.3. INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO CRÍTICA DA PRÁTICA
7.3.1. Prescrição Educacional
7.3.2. Perguntas Avaliadas Criticamente
7.3.3. Outros Instrumentos de Avaliação

8. IMPLANTAÇÃO DO PROJETO E GESTÃO DO CURSO

8.1. RECURSOS MATERIAIS

8.1.1. Infraestrutura Física

8.1.2. Infraestrutura Acadêmica

8.2. QUADRO DE PESSOAL DOCENTE

8.3. ABERTURA DE VAGAS E FUNCIONAMENTO

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS:

QUADRO GERAL DE COMPONENTES CURRICULARES

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

EMENTÁRIO E BIBLIOGRAFIA BÁSICA

APRESENTAÇÃO

O documento em tela apresenta o Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso de Medicina a ser implantado no Centro de Formação em Saúde do Campus de Teixeira de Freitas (CFS) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). A matriz teórica, a arquitetura curricular e o referencial metodológico pretendem se articular 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 estão prontos 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 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 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 atrativas aos profissionais (perspectivas de futuro). 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 Projeto em tela, se aprovado pelas instâncias deliberativas da instituição proponente – a UFSB, e homologado pelos organismos reguladores da educação superior em saúde, poderá 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 Projeto propõe a adoção de modelos pedagógicos ativos e abertos, além de aplicar novas tecnologias de ensino-aprendizagem, disponíveis e testadas em vários momentos da nossa história e em distintos contextos. Desse modo, o novo curso desenvolverá e colocará 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 nesses 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.

Os trabalhos para implantação da quarta universidade federal na Bahia, a UFSB, encontram-se em fase final. A UFSB está sendo 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 terá *campi* nos municípios de Itabuna (sede da Reitoria), Teixeira de Freitas e Porto Seguro. Prevê-se entrada geral e única 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, Saúde. Para superação de importante lacuna no cenário educacional da região e do Estado, a UFSB também ofertará 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 ofertará 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 funcionarão preferencialmente em turno noturno, em instalações da rede estadual de Ensino Médio. Cada ponto da Rede contará com um pacote de equipamentos de tele-educação de última geração, conectados a uma rede digital de alta velocidade.

O ingresso na UFSB se dará pelo ENEM/SISu, de duas maneiras: (a) diretamente em quatro opções de BI ou (b) na Área Básica de Ingresso (ABI), com posterior opção de conclusão para o BI ou LI. Haverá reserva de vagas 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, 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 e professores do ensino básico, mediante convênios especiais com instituições públicas da área educacional.

Essa etapa da formação geral será 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).
Concluintes da Formação Geral que optarem por graduação mais rápida, com acesso imediato ao mundo do trabalho, poderão escolher terminalidade mais curta, na modalidade *Curso Superior Tecnológico* (CST). Nesse caso, à Formação Geral concluída com aproveitamento na Rede Anísio Teixeira ou nos *campi*, o estudante acrescentará, por livre escolha, atividades de ensino-aprendizagem em práticas e estágios de caráter profissionalizante em instituições parceiras, enfatizando noções de empreendedorismo.

Concluintes de BI e LI que desejarem ingressar no Segundo Ciclo, visando à formação em carreiras profissionais, serão avaliados com base no aproveitamento no Primeiro Ciclo. Os cursos de Segundo Ciclo serão 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 do 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 compreenderá prioritariamente programas de Residência *(*Médica e Multiprofissional*)* e Mestrado Profissional, de oferta própria ou conveniada com instituições parceiras. Serão articulados a programas de estágio ou treinamento em serviço, sob a forma de Residência, complementados com módulos de Metodologia da Pesquisa, com supervisão/orientação de trabalhos de conclusão de curso, abordando problemas concretos da prática da organização, instituição ou rede envolvida. Colégios Universitários situados em municípios de maior porte serão campo de prática para alguns desses programas, aproveitando infraestrutura de EAD implantada e operante, particularmente a Residência Multiprofissional em Políticas Públicas e a Residência Pedagógica.

A gestão institucional e acadêmica da UFSB será 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 serão 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 Tecnociências & Inovação (CFCTI)
- Centro de Formação em Ciências e Tecnologias Agrárias (CFCTA)
- Instituto Jorge Amado de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC)
- Rede CUNI Itabuna

Campus Sosígenes Costa em Porto Seguro

- 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 Porto Seguro

Campus Teixeira de Freitas

- Centro de Formação em Saúde (CFS)
- Instituto Paulo Freire de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC)
- Rede CUNI Teixeira de Freitas

A UFSB produzirá materiais e 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 serão pactuados entre educandos-educadores em cada etapa/módulo dos processos formativos, materializados em um "Compromisso Pedagógico", com direitos, deveres e responsabilidades. Em todos os cursos, serão oferecidas três opções metodológicas ao estudante: presencial (aulas, seminários, oficinas etc.); metapresencial e aprendizagem autoprogramada (Método Keller).

As práticas pedagógicas serão estruturadas pelos seguintes formatos:

- *Aprendizagem Orientada por Problemas Concretos* (AOPC), ajustadas ao contexto e objetivos do curso;
- *Equipes de Aprendizagem Ativa* (EAA): grupos de 2 a 3 estudantes de cada ano do curso, atuando em todos os níveis de prática;
- *Estratégias de Aprendizagem Compartilhada (EAC)*, em que estudantes de cada ano de um curso serão tutores de colegas do ano anterior;
- *Oficinas de Avaliação de Evidências* (OAE) para coordenação e supervisão da análise crítica da produção avaliativa de tecnologias de cuidado em saúde.

A Universidade Federal do Sul da Bahia será uma instituição federal de educação superior de porte médio. Com a implantação desta Universidade, amplia-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 terão início em 2014, oferecendo em Primeiro Ciclo modalidades de BI, nos IHACs e na Rede CUNI. Com pleno funcionamento previsto para 2020, serão oferecidos Certificados de Formação Geral em todos os 48 municípios da Região, 12 Bacharelados Interdisciplinares-BI nas quatro grandes áreas Humanidades, Artes, Ciências, Saúde; cinco Licenciaturas Interdisciplinares-LI (Ciências da Natureza e suas tecnologias; Ciências Humanas e Sociais e suas tecnologias; Matemática, Computação e suas tecnologias; Linguagens e Códigos e suas tecnologias; Artes e suas tecnologias), 15 Cursos Superiores Tecnológicos, (em cotitulação com instituições parceiras: IFBaiano, IFBA, SEBRAE, SESI, SESC, Ceplac), 30 cursos de graduação profissionalizante, 10 Residências, 19 Mestrados e nove Doutorados.

No final do período de implantação previsto, nos dois ciclos de graduação, projeta-se uma oferta de 9 100 vagas no Primeiro Ciclo (7 000 na Rede CUNI e 2 600 na modalidade LI), 1 000 vagas presenciais em Segundo Ciclo, com mais 700 vagas em PG, totalizando aproximadamente 11 000 entradas. Prevê-se um total geral de matrículas de aproximadamente 20 000 estudantes regulares, somando-se todos os níveis de ensino.

As atividades acadêmicas do segundo ciclo do Curso de Saúde terão inicio em 2016, em caráter experimental, com abertura de 24 vagas discentes em 8 EAA, inicialmente com 4 residentes e 2 preceptores. Objetiva-se, com esta turma

experimental formar a primeira coorte de estudantes-tutores oriundos de outras IFES participantes de um consórcio interinstitucional. Nos anos seguintes, serão 32 vagas em 16 equipes, com 8 residentes e 4 docentes-preceptores. Em 2018, a primeira turma de egressos do BI-Saúde da UFSB terá acesso a 64 vagas em 32 EAA, com 16 residentes e 8 preceptores. Finalmente, a partir de 2020, a cada ano entrarão 128 estudantes em 64 EAA, com o total de residentes, preceptores e docentes-supervisores previstos no modo pleno de funcionamento.

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 CFS/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 a proposta, 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). Em complemento, apresentamos os instrumentos para Avaliação Crítica da Prática, incluindo a Prescrição Educacional e o modo de Pergunta Avaliada Criticamente. 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 necessários à *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 se está construindo 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.

Esta Minuta foi elaborada com base em dados parciais e informações ainda preliminares sobre contexto e demanda, mas incorpora contribuições coletadas numa série de audiências públicas realizadas nas sedes municipais nas quais se prevê a implantação dos *campi* da nova universidade:

Itabuna (em 10/11/2011 e 23/03/2012),

Porto Seguro (em 11/11/2011),

Teixeira de Freitas (em 11/11/2011 e 24/04/2012).

Além disso, inclui indicações e sugestões colhidas em reuniões de apresentação da proposta às instituições de educação superior atuantes na Região e às secretarias estaduais de governo (respectivamente em 1/08/2012 e 6/08/2012).

Sua redação, até o momento, incorpora também contribuições de diversos membros da Comissão de Implantação designada pelo Ministro da Educação, e representantes das instituições parceiras, em sucessivas reuniões de trabalho (15/8/2012; 22/08/2012; 5/09/2012; 10/09/2012; 26/09/2012; 31/09/2012, 17/10/2012).

Conceitos gerais e fundamentos metodológicos e pedagógicos resultam do trabalho dedicado da Comissão de Implantação (Portaria 108/2012 SESu/MEC) composta por Joana Guimarães, Clarissa Bittencourt de Pinho e Braga e outros, com sugestões de Juliana Spínola, Marcelo Embiruçu, Elias Lins Guimarães, Luiz Carlos dos Santos, Rosângela Sales, José Albertino Lordêlo, Roseli Sá, Álamo Pimentel, Inês Carvalho, Poty Lucena, Felipe de Paula, Carlos Wagner Costa Araújo, Luiz Rogério Leal e Dirceu Martins.

A parte específica do Projeto referente ao ensino médico foi resultado do trabalho de Consultoria da Comissão nomeada acima, com o apoio de colaboradores internacionais de instituições parceiras em potencial.

Esta Minuta estará aberta em Consulta Pública às comunidades acadêmicas das instituições parceiras, às organizações sociais e entidades representativas da sociedade civil, às administrações municipais da Região Sul da Bahia, bem como aos órgãos e Secretarias do Governo Estadual e organismos do Governo Federal que vêm apoiando o processo de implantação da UFSB.

Finalmente, foi discutida por ocasião do Seminário de Formação Profissional em Saúde, realizado em 6-10 de maio de 2014, em Porto Seguro, numa promoção ABRASCO, ISC-UFBA e UFSB.

1. 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).

Essa ampliação da demanda por mais e melhores profissionais capacitados para trabalhar em comunidades pobres e em áreas distantes das metrópoles teve grande impacto sobre os sistemas de ensino superior em saúde, em geral representados por cursos estruturados de modo disciplinar, ministrados em faculdades tradicionais, tendo como base modelos elitistas de formação em pequena escala, orientados para crescente especialização e superdependentes de tecnologia de alta densidade. Como resposta, modelos curriculares com melhor custo-efetividade, orientados pela – e baseados na – prática dos serviços de saúde foram desenvolvidos, testados e implementados em centros universitários na América do Norte e na Europa.

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).

O perfil predominante do egresso dos cursos atuais de graduação em saúde revela um profissional com as seguintes características: pouco conhecimento sobre o SUS, e consequente alheamento em relação aos aspectos da gestão da saúde; ajuntamento mecanicista do seu trabalho em equipe multiprofissional; desconhecimento do que pode ser uma prática qualificada de integração interdisciplinar; fraca formação humanística (psicológica, sociológica e filosófica). Tal perfil aponta duas vertentes igualmente danosas: por um lado, profissionais despreparados e imaturos para promover a saúde e os aspectos positivos da vida individual e coletiva; por outro, pouco aparelhados para diagnosticar 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 preparado para assumir seu papel em relação aos aspectos culturais, políticos e sociais da saúde e pouco ou nada conhecem da realidade dos serviços e da comunidade, permanecendo resistente às mudanças e defendendo o *status quo* vigente. Em suma, profissionais formados nessa perspectiva individualista e alienada ignoram seu potencial transformador como agentes de promoção da saúde.

Nas condições atuais do trabalho em saúde no Brasil, o recém-graduado não está de modo algum 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, na melhor das hipóteses, 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 subservidas, 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 do Programa de Saúde da Família (PSF) requer a abertura de novas opções curriculares, pois numerosos problemas do sistema público de assistência à saúde vêm sendo interpretados como conseqüência 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, para promover no campo específico do ensino médico uma compreensão política e social do mundo como um sistema complexo interligado, onde todos são corresponsáveis pela vida e pelo ambiente e, assim, explorar potenciais e possibilidades para modificar o meio institucional e social onde vive e atua o profissional de saúde, bem como suas atitudes em relação ao ambiente, à cultura e à sociedade. E, numa vertente pragmática, para formar um profissional com competências asseguradas tanto na esfera biológica quanto em relação às complexas redes de determinações ambientais, comportamentais e sociais da vida humana, produzindo saúde e também enfermidades.

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 cientifica 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.

1.1. 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 40 384 km2, 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 lingüístico, 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-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 de fundamental importância 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.

1.2. 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 e médio de ensino.

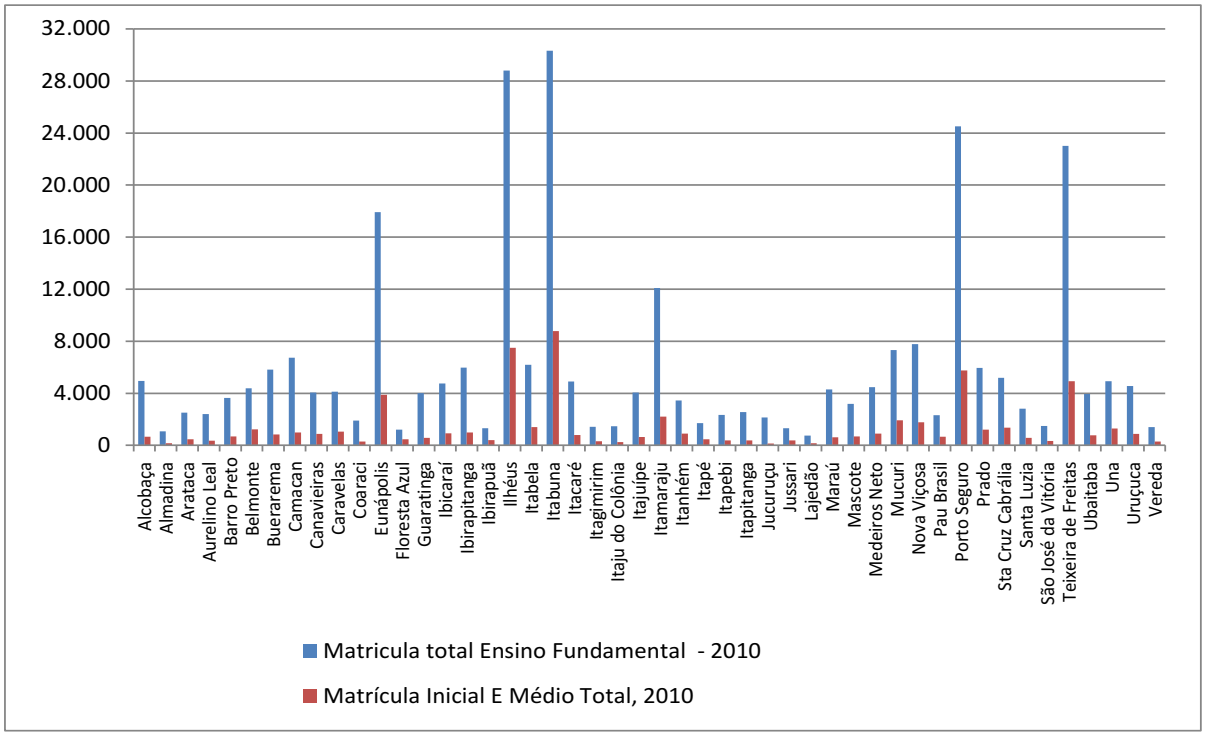


Gráfico 1: Matrículas na Educação Básica por Município. Região Sul da Bahia, 2010.

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%.

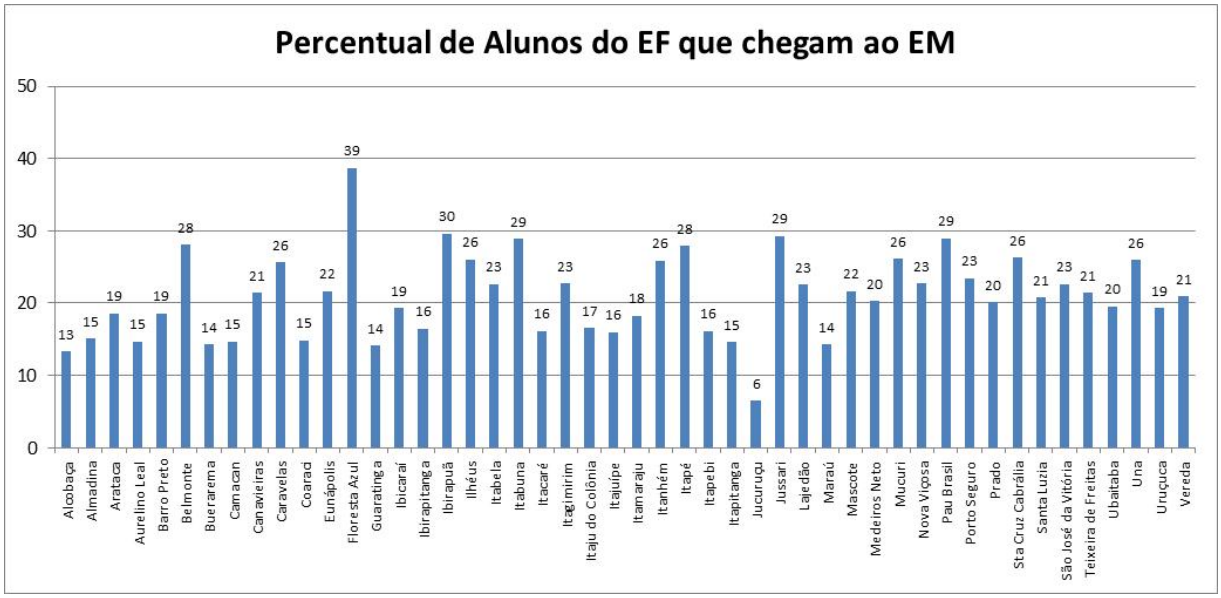


Gráfico 2: Taxa de acesso do Ensino Fundamental ao Ensino Médio por Município. Região Sul da Bahia, 2010.

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).

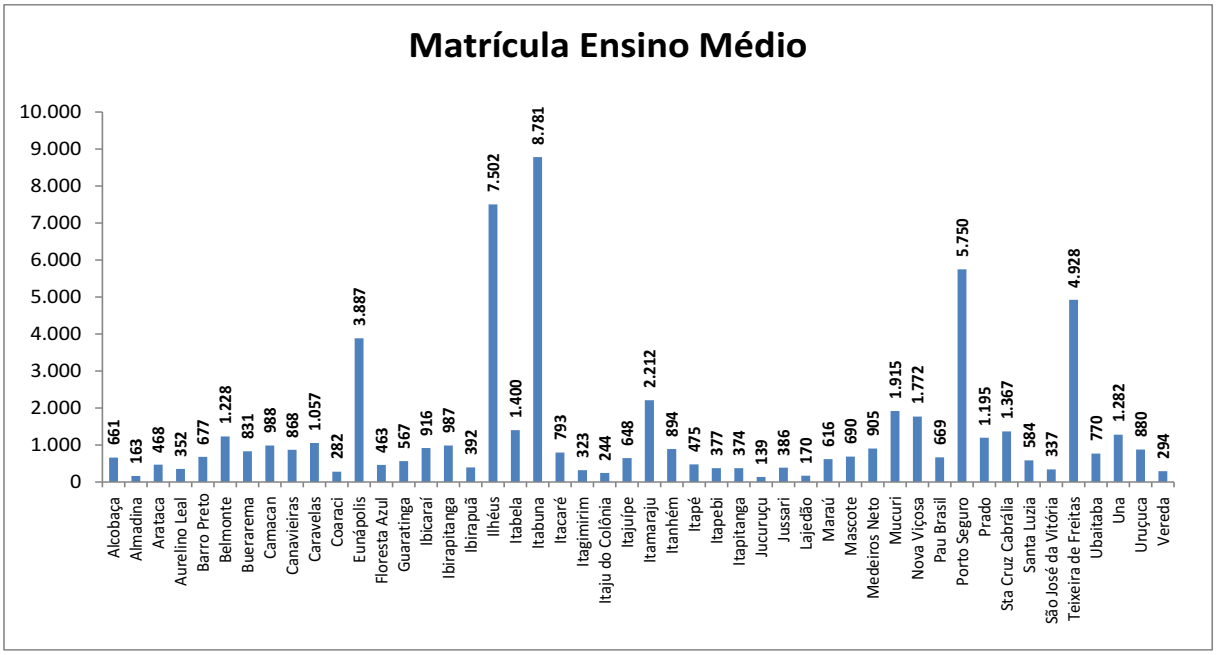


Gráfico 3: Matrículas no Ensino Médio por Município. Região Sul da Bahia, 2010.

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.

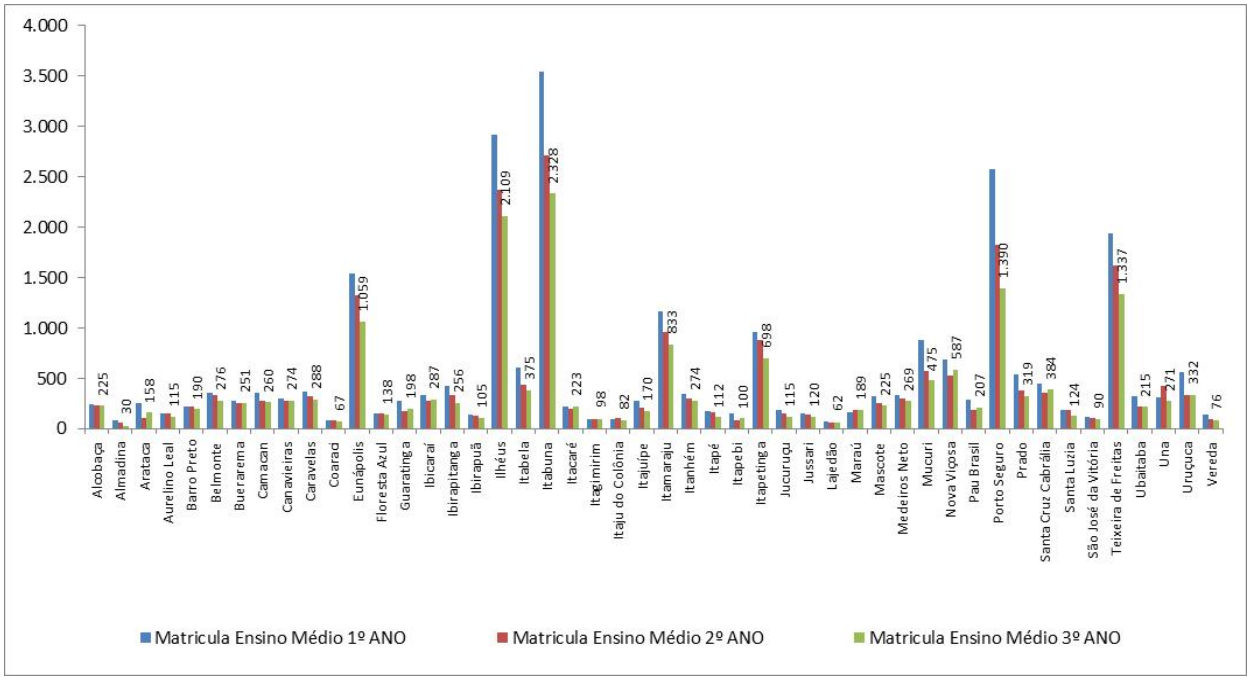


Gráfico 4: Matrículas no Ensino Médio por Série e Município. Região Sul da Bahia, 2010.

Entretanto, conforme o Gráfico 5, mais que a evasão, os percentuais de aprovação muito contribuem para os totais 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, Canavieiras, Caravelas, Coaraci, Ibicaraí, Itanhém, Medeiros Neto, Una e Uruçuca) graduam em torno de 200 estudantes a cada ano.

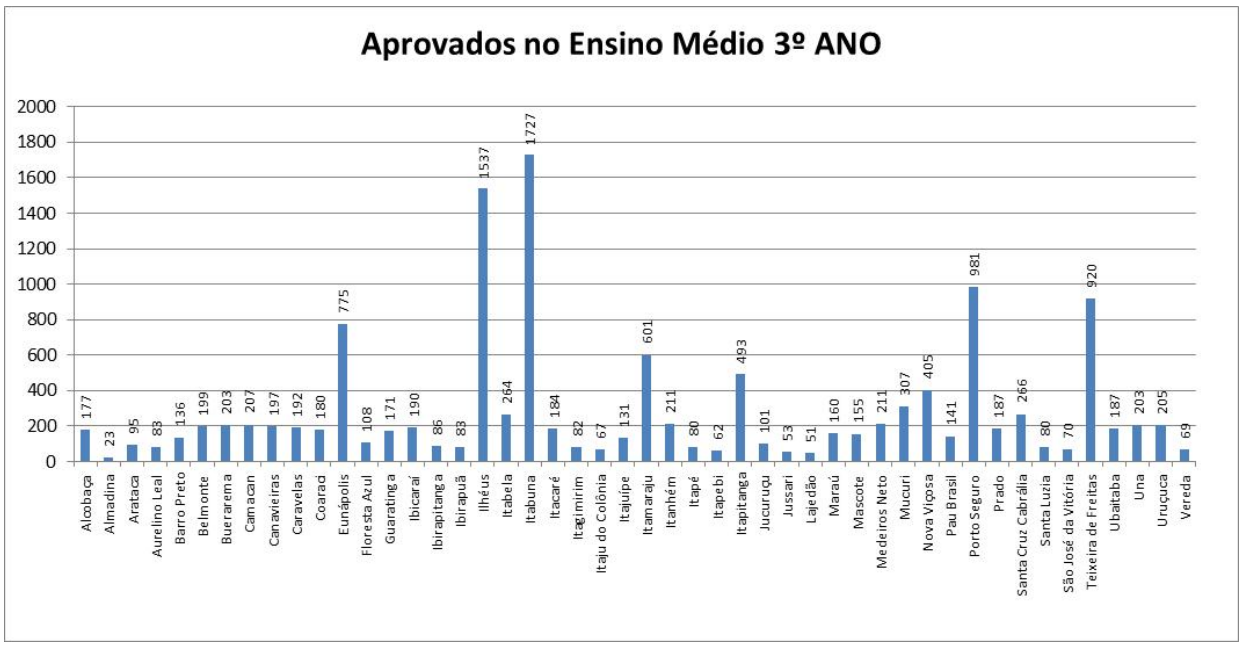


Gráfico 5: Aprovados no último ano do Ensino Médio por Município. Região Sul da Bahia, 2010.

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 num único campus, na rodovia Ilhéus-Itabuna, a área geoeducacional 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 desde cursos de nível médio, até à 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 IF Baiano 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.

De fato, o setor privado 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 compõe-se de 11 estabelecimentos de ensino, cobrindo praticamente todo o território de abrangência da UFSB. No total, oferecem mais de 9 300 vagas presenciais, em 76 cursos de graduação. Não obstante,

considerando a reduzida articulação inter-institucional, 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.

Tabela 1 – Distribuição da oferta de ensino superior privado na Região Sul da Bahia.

MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	CURSOS	VAGAS
Itabuna	FTC	9	800
	UNIME	9	1 210
Ilhéus	Centro de Ensino Superior de Ilhéus	6	940
	Faculdade Madre Thaís	5	600
Ibicaraí	Faculdade Montenegro	4	440
Eunápolis	Unisulbahia	9	900
Cabrália	Faculdade Ciências Médicas da Bahia	1	120
Porto Seguro	Instituto Nossa Senhora de Lourdes	6	700
Itamarajú	Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas	4	550
Teixeira de Freitas	Faculdade do Sul da Bahia - FASB	12	1 520
	Faculdade Pitágoras	11	1 540
Região Sul	**Totais**	**76**	**9 320**

Fonte: SEC/Estado da Bahia.

Do lado da oferta, a rede institucional oferece um total de 10 725 vagas de ensino superior, sendo apenas 1 475 dessas vagas em cursos regulares no setor público de ensino.

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, o porte reduzido dessa instituição universitária dificulta a entrada e oferta de vagas públicas aos jovens do território do Litoral Sul da Bahia.

Nos territórios meridionais da Região, a situação é ainda mais dramática, com insuficiente cobertura de educação superior pública. A Universidade do Estado da Bahia, em Eunápolis e em Teixeira de Freitas, oferece apenas 375 vagas em cursos regulares de graduação. O Ifba disponibiliza apenas 230 vagas de nível superior, em Eunápolis e em Porto Seguro.

Tabela 2 – Distribuição da oferta de ensino superior público na Região Sul da Bahia, 2013.

MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	CURSOS	VAGAS
Ilhéus	Universidade Estadual de Santa Cruz	44	800
Teixeira de Freitas	Universidade do Estado da Bahia	6	235
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**

Fonte: SEC/Estado da Bahia.

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 demandarão 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 polo de referencia em termos de assistência médica e promoção da saúde e o território da Costa do Descobrimento como polo 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, cria-se a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

1.3. 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.

1.3.1 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 medico 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 anatomoclínica, profundamente influenciada pelo modelo germânico de ensino médico. Não obstante a reação inicial, a liderança da clínica retórica tradicional seria superada com a implantação dos primeiros hospitais-escola no Brasil, nas décadas de 1930 e 1940, com financiamento da Fundação Rockefeller (Marinho, 2001).

A agenda de reforma do ensino médico foi retomada entre nós, na década de 1950, numa vertente pouco reconhecida como parte da Reforma Flexner – a Medicina

Preventiva. Apesar das expectativas e investimentos de organismos e fundações internacionais, na América Latina, o único efeito desse movimento parece ter sido a implantação de departamentos acadêmicos de medicina preventiva em países que, já na década de 1960, passavam por processos de reforma universitária. No caso do Brasil, propostas de renovação da prática clínica foram implementadas aproveitando o potencial de articulação do modelo preventivista de Leavell-Clark como "guarda-chuva" da prática médica mediante os conceitos de prevenção secundária e terciária.

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 America do Sul, o seminal estudo coordenado por Juan Cesar Garcia em 1967-1968, intitulado *La Educación Medica en America Latina* (Garcia, 1972): no Brasil, a reforma universitária promovida pelo regime militar, resultante do Acordo MEC/Usaid de 1967 e da Lei 5.540 de 1968. Nesse contexto, Flexner foi retomado como agente reformador do ensino médico. Entretanto, uma rápida revisão da literatura recente sobre educação médica e formação profissional em saúde permite identificar o predomínio de uma construção discursiva anti-flexneriana (Almeida-Filho, 2010). Vários autores identificam no Relatório Flexner elementos conceituais (mecanicismo, biologismo, especialismo, individualismo, cientificismo e tecnicismo) que conformariam um paradigma de ensino médico e de prática assistencial chamado de modelo biomédico flexneriano. Enfim, a versão brasileira da medicina flexneriana reforçaria a separação entre individual e coletivo, biológico e social, curativo e preventivo, privado e público. Sobretudo, 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 5540, promulgada em 28 de novembro de 1968, porém seus efeitos se desdobraram por quase uma década. Concretamente, buscava-se reorganizar a instituição universitária, dotando-a de "uma estrutura

orgânica com base em departamentos reunidos ou não em unidades mais amplas; [...] e racionalidade de organização, com plena utilização dos recursos materiais e humanos" (Cunha, 2007). Essa departamentalização constituía igualmente um simulacro do modelo norte-americano, ajustado mediante uma aliança com a oligarquia acadêmica nacional.

O saldo positivo da implantação de um modelo de pós-graduação capaz de, nas décadas seguintes, promover uma plataforma dinâmica de pesquisa não 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 lugar para estudos mais gerais, necessários para promover uma ampla visão humanista das doenças e dos cuidados de saúde pelos profissionais de saúde. Em terceiro lugar, currículos fechados, projetados para a exclusividade na formação, tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando assim segmentos profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe.

Em 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 como primeiro ciclo de formação: o Bacharelado Interdisciplinar (BI).

1.3.2. 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 senso estrito. 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 julho de 2010, após visita técnica, o Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB) recomendou a suspensão do vestibular no campus de Jequié e a transferência dos estudantes ali matriculados para Vitória da Conquista, devido a irregularidades que comprometeriam a formação dos futuros médicos.

A partir de 2005 teve início o segundo curso de Medicina ofertado por instituição privada, o da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), na cidade de Salvador. Em janeiro de 2009, a Universidade do Salvador (UNIFACS), instituição privada, teve aprovada sua proposta de abertura de um curso de Medicina pelo Conselho Estadual de Saúde.

Em 2012, foi aberta a primeira turma do recém-criado curso de Medicina da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), no campus da capital. Com um total de 30 vagas ofertadas para cada quadrimestre, o curso teve, em seu processo seletivo, uma concorrência quatro vezes mais alta do que o curso de Medicina da USP, evidenciando a imensa demanda reprimida. Entre os inscritos para o primeiro vestibular, a concorrência informada foi de 215,83 candidatos por vaga; para o segundo semestre foi de 106,53 candidatos por vaga – na USP há 51,18 candidatos por vaga. Esse dado é indicativo da carência de profissionais e da enorme demanda por ensino médico em nosso Estado.

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

cursos estão em vias de implantação, objeto de planejamento institucional orientado pela SESu/MEC para atender à carência de profissionais para o SUS no Estado da 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, encontramo-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.

1.3.3. 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.

2. JUSTIFICATIVA DO PROJETO

A justificativa para o projeto político-pedagógico de um Curso Médico em bases radicalmente renovadas 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.

2.1 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, detêm 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 profissinais 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.

2.2 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). Póvoa (2006) mostra ainda no seu estudo 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.

2.3 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 referencias 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.

2.3.1. Demandas-desafios do SUS à Universidade

Ao preconizar a saúde como "direito de todos e dever do Estado", a Constituição Federal estabeleceu a visão que fundamenta o SUS – o projeto de uma Nação na qual cada um e todos os seus cidadãos têm o mesmo direito à saúde, independentemente de renda, classe, origem ou cor, por reconhecer 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.

Recentemente, entretanto, foi apresentada pela SESu/MEC uma "Proposta de Expansão de Vagas do Ensino Médico nas IFES" 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 do Programa 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 pelos atuais currículos das escolas médicas, não se traduz em competência e bons resultados na prática profissional (McManus, 1993).

Presente na construção histórica das universidades brasileiras, o isolamento das faculdades e de seus 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.

2.3.2. 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 (p. ?).

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 subjstividade 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 vêem com pessimismo o futuro da profissão (Nogueira-Martins, 2003). Entidades representativas da classe têm buscado um resgate da imagem deste profissional, rotulado inclusive pelos meios de comunicação como alguém descompromissado com o sofrimento da população. Uma das causas apontadas para o sentimento de frustração da classe médica é a idealização da profissão, pelo estudante de medicina, que, por si só, leva a altos níveis de ansiedade. Quando da sua efetiva entrada na profissão, o acadêmico se confronta com baixa remuneração, excesso de horas de trabalho e elevada expectativa de resultados. Esse cenário contribui para os índices ascendentes de depressão, consumo de álcool, drogas, adoecimento, distúrbios conjugais e profissionais nesses trabalhadores (Nogueira-Martins, 2003).

O ensino médico, até o momento, não aborda com clareza tais problemas, contribuindo 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?

2.4 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.

2.4.1 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.

2.4.2 Universidade Maastricht

A Universidade de Maastrich 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, sem 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).

2.4.3 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-clinico, 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 inter-relação entre os aspectos dos conhecimentos pré-clínicos e clínicos do currículo médico são continuamente valorizados pela universidade (University of Oxford, 2011).

2.4.4 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 que 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 CCs como Base Molecular e Celular da Medicina, Genética 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).

2.4.5 Universidad de Ciências 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 distancia (apesar de ainda com baixa densidade tecnológica) com avaliações presenciais e atividades auto-dirigidas, tendo a figura do tutor como facilitador da aprendizagem. Conforme Blanco (2007), as 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 Universidade", com destaque para o modelo da rede de Sedes 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 Ciências 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[2] 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).

[2] Conforme: http://instituciones.sld.cu/ucmh/estudios-academicos-autofinanciados/sintesis-del-plan-de-estudio-de-la-carrera-de-medicina/.

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.

2.4.6 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 (Rios et al, 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).

2.4.7 Súmula da Prospecção e Perspectivas

Em síntese, conforme o Quadro 2.4, 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.

Quadro 2.4. Quadro comparativo de Universidades selecionadas, quanto a regime curricular e tempo de duração da graduação em medicina

Instituição de ensino	Regime de ciclos	Duração primeiro ciclo	Duração segundo 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	7 anos
Maastricht	Sim	3 anos	3 anos	6 anos
UCMH-Cuba	Não	Não	Não	6 anos
USP	Não	Não	Não	6 anos

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 cônscio de sua vocação e de sua posição em um movimento maior pela produção de saúde na população a que assiste.

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 em saúde, principalmente na educação médica (como veremos na seção seguinte), o regime de ciclos inegavelmente apresenta inúmeras vantagens:

- Evita precocidade nas escolhas de carreira;
- Implica modularidade na estrutura curricular (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.

3. 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). Estes documentos foram utilizados para definição do perfil do egresso, objetivos do curso e competências e habilidades gerais e específicas. 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, pala Organização para a Educação, a Ciência e a Cultura das Nações Unidas (UNESCO). No documento final dessa conferência, há o reconhecimento da demanda por diversificação na educação superior, bem como da sua importância para o desenvolvimento sociocultural e econômico. Agregam-se a isso, desafios para as instituições de ensino superior, dentre estes, o de prover um espaço aberto de oportunidades, 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, consequentemente, 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;
- ensino-aprendizagem com ampla liberdade de integralização curricular;
- 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 inicio 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 apóiam a proposta do Pró-Saúde, bem como as imagens objetivo definidas na proposta do programa apontam para necessidade de um processo formativo em saúde capaz de conhecer 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 30% 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.

4. ELEMENTOS ESTRUTURANTES DO PROJETO

Neste Capítulo, no sentido de fornecer subsídios para 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 CFS/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 4.1 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, formação específica do CMed/UFSB, destacando organização de CCs, eixos e módulos de formação, quadro de atividades e descrição das estratégias pedagógicas cotidianas.

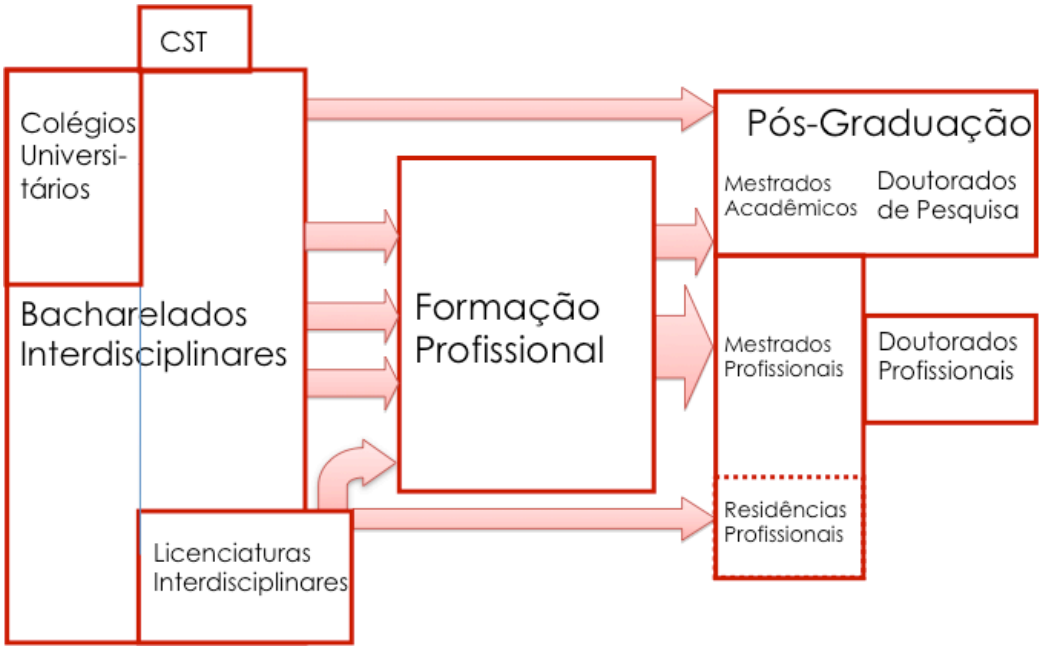


Figura 4.1. Esquema do regime de ciclos aplicado à formação em Saúde

4.1. OBJETIVOS DO CURSO

Os objetivos do programa de formação proposto são:

1. Formar um profissional capacitado a prestar atenção integral à Saúde, com plena capacidade científica e técnica, ética, atualização tecnológica e científica e num conceito ampliado de cidadania.

2. Possibilitar, no primeiro ciclo, uma formação geral em cultura humanística, artística e científica, articulada a saberes concernentes ao campo da saúde, com vistas ao desenvolvimento de uma consciência cidadã, numa perspectiva pedagógica de Autonomia, Participação, Cooperação e Responsabilidade.

3. Oferecer, no segundo ciclo, uma formação específica para o profissional médico, 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.

4.2. 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 atuar em 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, portanto:

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;
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;
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;
4. Hábil nas relações interpessoais, no trabalho em equipe e nas interações com a comunidade e demais atores sociais;
5. Competente em acolher, escutar, dialogar e cuidar de cada paciente de forma humanizada, sensível e empática, sem preconceitos ou juízos de valor;
6. Um profissional cuja conduta pessoal e técnica seja norteada por princípios éticos e valores humanos;
7. Um cidadão genuinamente comprometido com a vida, a saúde e a justiça social, consciente de sua responsabilidade perante o bem-estar coletivo;
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;
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;
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;
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 cientificas 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.

4.3. 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 inciativas 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 (empiria);
- 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 com o 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 auto-planejamento 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.

4.4. 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 considerer 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 familiars, registrando os dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível;
- Dominar a arte e a técnica do exame físico (inspeção, apalpação, 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 priorizados, 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 Singulares, 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 biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- 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 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 auto-aprendizado 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 e cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como 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 contra-referência;
  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 no Quadro 4.4.

Quadro 4.4. Macrocompetências Gerais e Específicas conforme Etapa da Formação Médica (Primeiro e Segundo Ciclo)

FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL	FORMAÇÃO PROFISSIONAL
• *Compreender/conhecer a realidade* • *Conhecer as bases Bioecológicas e Socioculturais dos processos Saúde-Enfermidade-Cuidado* • *Atuar em prol da transformação da realidade por meio de práticas interdisciplinares em equipes multiprofissionais* • *Agir com autonomia e auto-organização, comprometendo-se com a educação permanente* • *Desenvolver proficiência em línguas e*	• *Analisar a situação de saúde individual e coletiva* • *Atuar na proteção e promoção da saúde e na gestão eficiente dos serviços de saúde* • *Atuar na prevenção, tratamento e reabilitação dos problemas de saúde humana* • *Atuar na redução do sofrimento e no acompanhamento dos pacientes nos processos de enfermidade, incapacitação e morte*

demonstrar capacidade de comunicação, escuta ativa e empatia	• *Conduzir-se de acordo com os preceitos éticos e deontológicos das profissões de saúde*

4.5. AINDA SOBRE O CONCEITO DE COMPETÊNCIAS

Apesar da longa e detalhada lista de valores, princípios, conhecimentos e competências acima exposta, a abordagem pedagógica adotada neste projeto não está a rigor estruturada a partir do modelo de currículo por competências, no sentido presente na literatura de teoria pedagógica. Contudo, na integralização da matriz curricular do CMed/UFSB buscou-se uma articulação com a matriz teórico-conceitual crítico-emancipatória, na qual há uma demanda por resignificar a noção de competência, conferindo sentido que atenda aos interesses da formação profissional, dos processos de trabalho e da formação em saúde ampliada. Nesse referencial teórico, o conceito de competências torna-se multidimensional envolvendo facetas que vão do nível individual aos planos sociocultural, situacional e processual.

No contexto de crise do capitalismo, no final dos anos 1970, o modelo das competências ganhou destaque no âmbito das empresas transnacionais. No campo da educação, no final dos anos 1980 na Europa, iniciou-se o processo de reformas dos sistemas nacionais de educação profissional e de formação geral tendo como base o enfoque das competências. No Brasil, assumiu-se como concepção orientadora o modelo de competências, por meio de dispositivos legais, como a Lei 9394/96 (LDB) e dispositivos de regulamentação como o Decreto-Lei 2208/9717, que se refere à educação profissional e às Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional.

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

O modelo curricular por competências representa a passagem de um ensino centrado em saberes disciplinares para um ensino definido por objetivos curriculares que visa a produzir efeitos verificáveis em situações e tarefas específicas. Os críticos ao modelo identificam nessa mudança uma perda de profundidade epistemológica e uma oposição entre saberes e competência. Perrenoud (2002) contesta essa afirmação, argumentando que os saberes

constituem o fundamento das competências. Contudo, o autor ressalta que o conteudismo ou saber enciclopédico não é privilegiado nesse modelo, na medida em que, desenvolver competências demanda tempo, o que obriga a concessões quanto à extensão dos saberes ensinados.

Acrescente-se a este rol de críticas a influência de escolas de Psicologia como o behaviorismo e o construtivismo. A primeira afirma que o uso da noção de competências deve-se à necessidade de se expressar claramente os objetivos de ensino em termos de condutas e práticas observáveis no contexto das necessidades econômicas da produção capitalista. Na perspectiva construtivista a formação do adulto relaciona-se com exigências da sua ação social e profissional, nesse caso, a formação deve produzir efeitos necessariamente ligados à atividade futura do profissional (Ramos, 2012).

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

Todavia, conforme assinalam Siqueira-Batista e colaboradores (2013), o modelo de formação por competências encontra-se fortemente relacionado ao sistema produtivo e não se apresenta claramente como balizamento de processos formativos que têm em perspectiva a expansão das potencialidades humanas e a busca de emancipação individual e coletiva. Por isso, acrescentam-se valores e competências capazes de propiciar a futuros médicos agir como cidadãos produtores de serviços eficientes e resolutivos e como atores participativos na sociedade civil, alinhados com princípios éticos e políticos como equidade e democracia.

Considerando esse complexo de condicionantes culturais, sociais e institucionais, a proposta de formação em ciclos, com uma etapa de formação geral e abrangente, permite atender melhor ao conjunto de demandas e exigências da conjuntura contemporânea brasileira e imprimir valor ético e político ao itinerário formativo do estudante de medicina. Em outras palavras, as críticas acima referidas não se aplicam à presente proposta, uma vez que, no primeiro ciclo (BI-Saúde) de seu curso médico, o egresso do CMed/UFSB terá vivenciado uma formação humana e ética, fundamentada na compreensão de um conceito ampliado de saúde – como direito humano e campo de exercício da cidadania. Por conseguinte, no segundo ciclo, o estudante pode dedicar-se ao desenvolvimento de competências e valores específicos da atuação profissional, ao tempo em que consolida os fundamentos ético-políticos e o compromisso social.

5. ESTRUTURA CURRICULAR

O PPP 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 vá criar 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:

I - No Primeiro Ciclo (2 700 horas de Formação Interprofissional):

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

b) Compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas e desportivas;

c) Conhecimento e compreensão crítica de antecedents, 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;

d) Abordagem de temas interdisciplinares, tais como direitos humanos, educação ambiental, ensino de Libras, educação das relações étnico-raciais e história da cultura Afrobrasileira e Indígena;

e) Compreensão e domínio das novas tecnologias de informação e comunicação para acesso e operação de bases remotas de dados;

f) Domínio de, pelo menos uma língua estrangeira;

g) Promoção da Saúde, nos conceitos do Relatório Lalonde e da OMS.

II - No Segundo Ciclo (5 400 horas de Formação Profissionalizante):

a) Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;

b) Abordagem médica do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

c) 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;

d) 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.

Antes, porém, apresentaremos o modelo geral do CMed/UFSB e o regime de ciclos, correspondendo ao Bacharelado Interdisciplinar em Saúde ao Primeiro Ciclo, enfatizando o eixo de formação Ético-Político-Humanístico.

Inicialmente, descreveremos em detalhe sua estrutura curricular, introduzindo os eixos de Formação Científica e o eixo de Práticas e suas respectivas competências.

Na segunda parte desta seção, apresentaremos a proposta da formação profissional específica, baseada na comunidade e com ênfase na atenção primária em saúde, compondo o Segundo Ciclo do Curso Médico.

5.1. PRIMEIRO CICLO: BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

A UFSB ofertará 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 funcionarão preferencialmente em turno noturno, em instalações da rede estadual de Ensino Médio. Cada ponto da Rede contará com um pacote de equipamentos de tele-educação de última geração, conectados a uma rede digital de alta-velocidade.

Haverá entrada geral e única pelos cursos de Primeiro Ciclo, oferecidos 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 ofertará a opção de Licenciatura Interdisciplinar (LI) em primeiro ciclo.

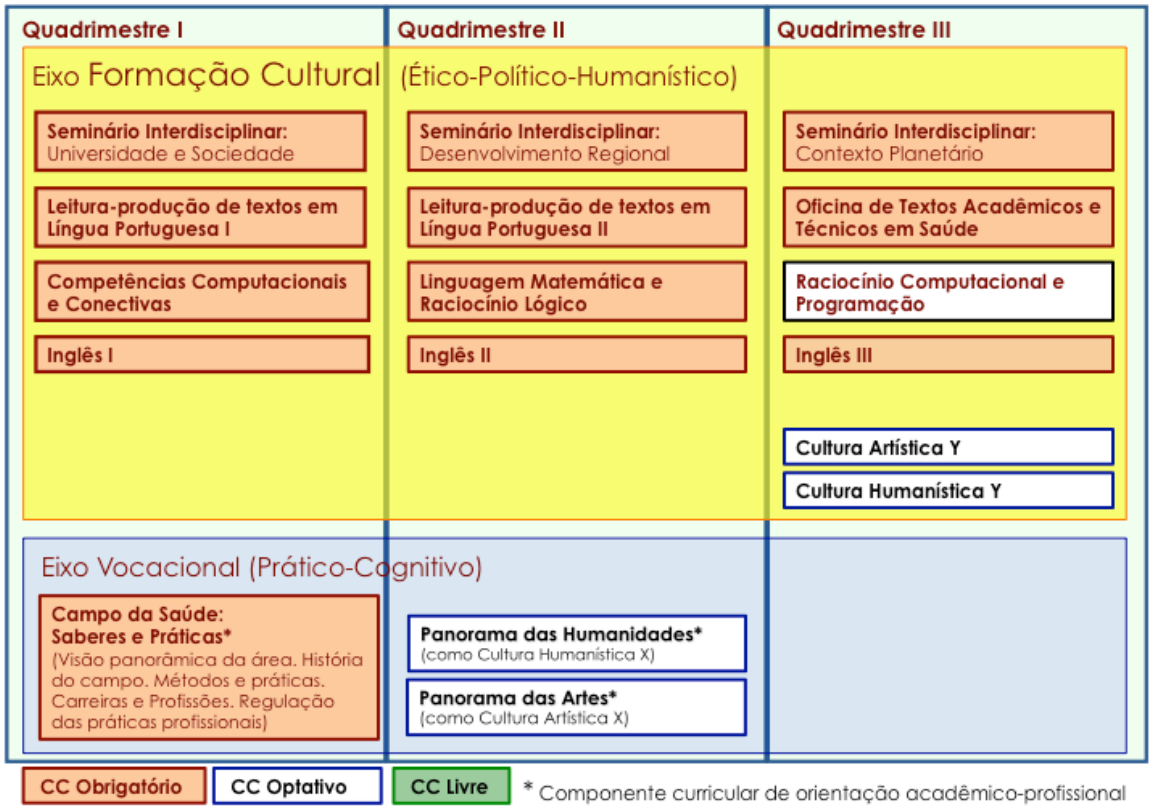
O ingresso na UFSB se dará pelo Enem/SISu, de duas maneiras: (a) diretamente nas quatro opções de BI ou (b) em Área Básica de Ingresso (ABI) com posterior opção de conclusão para os BI ou LI. Haverá reserva de vagas (cotas) para egressos do ensino médio em escola pública, incorporando recorte étnico-racial 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 no Quadro 7.1, 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:

a) Ético-Político-Humanístico: módulos de aprendizado de conteúdos relacionados a desenvolvimento pessoal, profissional e social;

b) Científico: aprendizagem de conteúdos teóricos, metodologia científica, pesquisa bibliográfica, interpretação de trabalhos científicos etc.;

c) Práticas: módulos de desenvolvimento de conhecimentos e habilidades a partir de demandas e vivências práticas.



Quadro 5.1: Matriz Curricular da Formação Geral no BI-Saúde

5.1.1. Eixo Cultural Ético-Político-Humanística

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-*quadrivium*: 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.

5.1.2. 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, 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, profissional ou ocupacional específico. As AC se organizam como campos interdisciplinares do conhecimento, constituídos por CCs, preferencialmente optativos, ministrados em Centros de Formação Profissional e Acadêmica (CF), situados nos respectivos *campi* da UFSB. Dessa forma, são mais do que mera antecipação dos estudos básicos de carreiras profissionais, pois incluem o cumprimento da função propedêutica de etapa inicial de estudos posteriores.

As AC são estruturadas conforme o Projeto Político-Pedagógico de cada curso de graduação, cumprindo quatro critérios fundamentais:

a. estrutura curricular leve, com eixos, blocos e módulos, com um mínimo de pré-requisitos;
b. trajetórias formativas abertas, com CCs livres, à escolha, permitindo mobilidade inter-áreas;
c. otimização de CCs ofertados pelos cursos de graduação;
d. ampliação do foco de formação, com CCs propedêuticos multiprofissionais.

O conceito de AC implica componentes fundamentalmente optativos, de maneira que uma parcela dos estudantes cumpre alguns componentes, outra parte cursa outros módulos, antecipando elementos curriculares do processo de formação profissional desejada. No caso do BI-Saúde, o estudante já pode, nessa fase, cursar bases gerais da formação clínica, dentro da lógica de CCs amplos e multifuncionais, já que muitos dos deles podem ser incorporados ao próprio BI. Alguns CCs do segundo ciclo são específicos da formação profissional como, por exemplo, estágios curriculares na atenção primária em saúde, não podendo ser objeto de antecipação nas áreas de concentração.

Ao concluir o terceiro quadrimestre do BI-Saúde, o estudante poderá 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 Saúde da UFSB, as formações profissionais específicas inicialmente planejadas compreendem as seguintes ACs:

- Estudos em Saúde-Enfermidade-Cuidado.
- Estudos da Subjetividade e do Comportamento Humano.
- Estudos em Saúde Coletiva.

A primeira será preferencial para progressão aos cursos de Enfermagem, Farmácia e Medicina, objeto da presente proposta. A segunda será preferencial para progressão ao Curso de Psicologia e a terceira à Graduação em Saúde Coletiva. Outras áreas de concentração poderão ser, a qualquer momento, agregadas à oferta do 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.

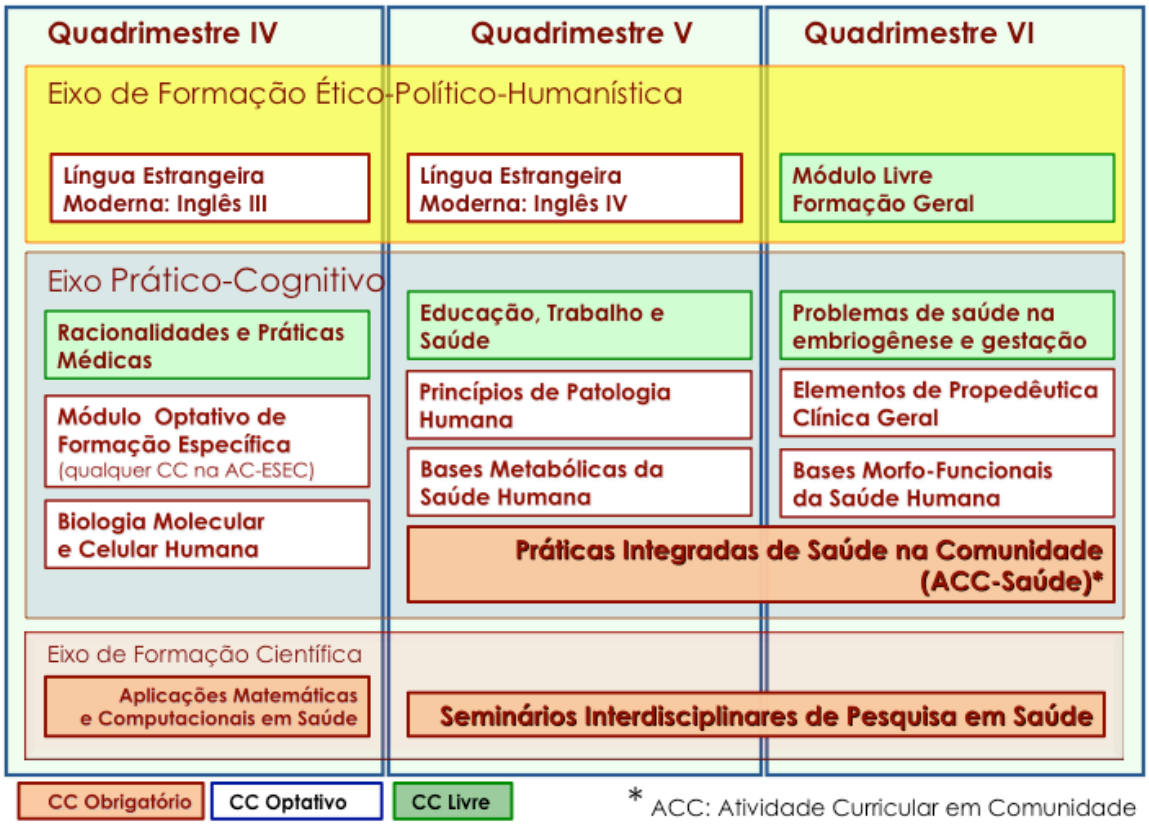
Como primeiro ciclo de formação para o curso médico, colocamos em destaque o BI-Saúde – tal como construído junto às turmas pioneiras de estudantes da UFBA, da UFRB e, agora, da UFSB – focalizando a área de concentração Estudos em Saúde-Enfermidade-Cuidado (ACSEC).

Na ACSEC, o eixo ético-político-humanístico se reduz e a formação nas linguagens completa-se com proficiência instrumental em língua inglesa. Nessa fase, incorporam-se módulos curriculares obrigatórios da grande área Saúde – Políticas e Serviços de Saúde no Brasil–, mas note-se que a maior parte da estrutura curricular permanece de livre escolha. Estuda-se aqui a reconstrução histórica do contexto da saúde na evolução do Estado brasileiro, articulado aos processos sociais e de cidadania, com destaque para a história da luta pela reforma sanitária e pela construção do SUS, bem como sua fundamentação filosófica, jurídica, política e organizacional. Em seguimento, módulos sobre sistemas de saúde e organização de serviços – Racionalidades Médicas; Gestão, Trabalho e Saúde, etc. e outros componentes incluem discussões sobre representações e práticas em saúde/doença; itinerários terapêuticos: cuidado, cura e assistência; problemas sociais contemporâneos, como racismo, violências, relações de gênero e desigualdades em saúde. Enfim, essa vertente da formação visa qualificar as práticas educativas dos profissionais de saúde, a fim de que estes contribuam para a apropriação crítica do significado da saúde enquanto da cidadania.

O eixo de formação científica prossegue com seminários interdisciplinares de pesquisa em saúde e incorpora um sub-eixo de linguagem matemática e computacional aplicada à saúde. Os CCs específicos do processo saúde-enfermidade-cuidado se organizam em dois blocos.

No Bloco Temático Bases Bioecológicas da Saúde Humana, 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 e exame físico e a terapêutica farmacológica.

O Bloco Temático Determinação Sociocultural da Saúde aborda a diversidade de ações e práticas sociais de cuidado à saúde individual e coletiva. Nesse momento, são introduzidos temas referentes à subjetividade, ao comportamento e ao psiquismo e suas correlações com a Saúde. Aborda-se ainda as relações entre desenvolvimento sustentável e saúde ambiental, inclusão social, violência e saúde num contexto de busca de maior qualidade de vida. Nesse cenário, inclui-se o enfoque epidemiológico, com técnicas de análise da situação de saúde e de georreferenciamento para estudar a determinação social de enfermidades em populações.



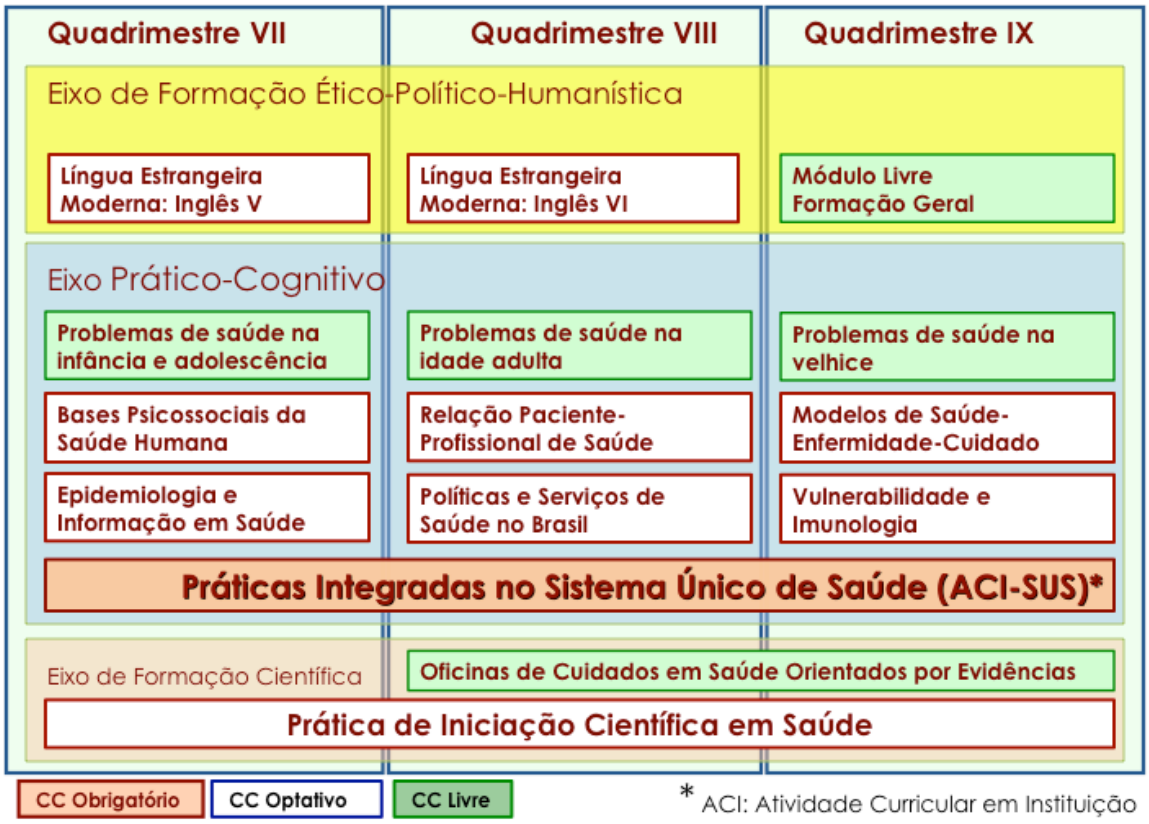
Quadro 5.2: Matriz curricular da Formação Específica do BI-Saúde (Ano 2)

Componentes curriculares da ACSEC relacionados ao eixo de formação prática terão lugar no segundo ou terceiro ano do BI-Saúde. Esse eixo revela compromisso explícito com o Sistema Único de Saúde, com módulos pertinentes às Práticas Integradas como componentes axiais do curso. Temas referentes à subjetividade e ao psiquismo são nesse momento introduzidos em Processos Psicossociais da Saúde ou através de CCs livres. Busca-se desse modo a formação de sujeitos comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS, voltados ao desenvolvimento de ações e projetos de promoção da saúde em comunidades e a partir de suas necessidades e demandas.

Nessa fase, os estudantes terão acesso ao Bloco Temático Integração de Competências Propedêuticas, onde poderão cursar componentes curriculares contemplando introdução à propedêutica da atenção e dos cuidados básicos em saúde, onde 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. Discentes e docentes realizarão no final de cada quadrimestre um Seminário Integrativo pertinente ao bloco curricular respectivo, tendo como objetivo divulgar os trabalhos interdisciplinares desenvolvidos pelos educandos, além de estimular a cultura científica e sua difusão junto à comunidade.

Na etapa final da ACSEC, os estudantes participarão, como membros temporários e sob orientação docente, das equipes de aprendizagem do segundo ciclo, realizando atividades de saúde coletiva, elaborando prontuários comunitários, aplicando conhecimentos de epidemiologia, como risco, vulnerabilidade e custo-

benefício, às questões de saúde da comunidade. Acompanhando equipes do PSF, os estudantes da ACSEC desempenharão atividades relacionadas à pesquisa de evidências científicas sobre temas da APS, com análise crítica de metodologia e resultados dos principais ensaios clínicos orientadores das atuais condutas.



Quadro 5.3: Matriz curricular da Formação Específica do BI-Saúde (Ano 3)

No último ano do BI-Saúde, mostrado no Quadro 5.3, o eixo de formação ético-humanístico se reduz mas não necessariamente desaparece, o eixo de formação prática se amplia, o de formação técnico-científica prossegue e, em todos os eixos, predominam CCs livres. As atividades complementares são obrigatórias, e visam 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 como um todo. Formas de aproveitamento de estudos e experiências realizadas pelo estudante serão complementares à integralização curricular, a ser realizada ao longo do curso.

5.1.3. 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 5.1.

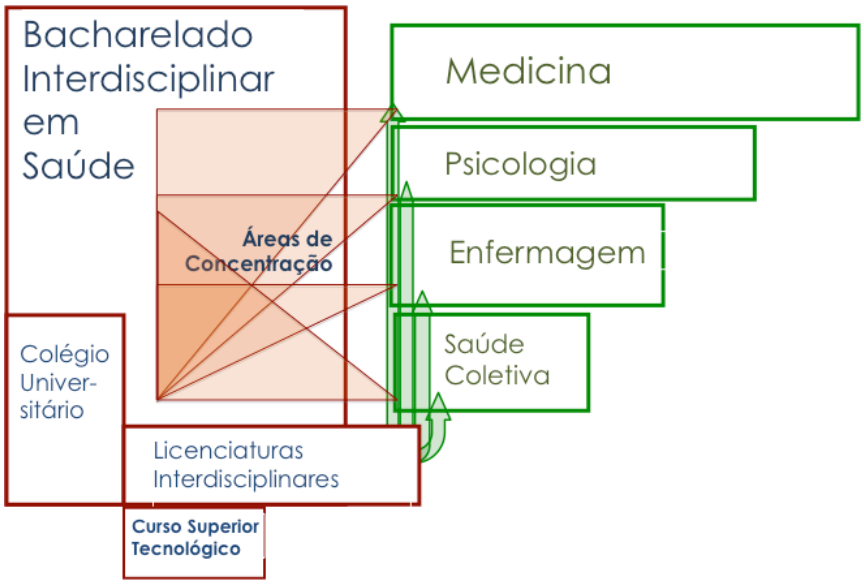


Figura 5.1: Formação Profissional em Saúde no regime de ciclos

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 daí 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 ACSEC constitui pré-requisito para a entrada do estudante no CMed/UFSB. Os seguintes critérios específicos serão empregados no processo de seleção:

1. Coeficiente de Rendimento Geral no BI;
2. Coeficiente de Rendimento Específico na área de concentração Estudos em Saúde-enfermidade-cuidado;
3. Competências sociais, interpessoais e éticas nas práticas comunitárias multiprofissionais (avaliadas pela Equipe de Aprendizagem, nela incluído o docente-supervisor);

4. Proficiência instrumental de Inglês e Informática aplicada à saúde constituirão critérios adicionais de seleção.
5. Exame de Progresso ou testes de seleção de âmbito nacional, permitindo maior mobilidade dos estudantes entre instituições participantes de consórcios do BI-Saúde.

Para avaliação de competências sociais, interpessoais e éticas nas atividades práticas, os estudantes terão uma nota da equipe de aprendizagem acerca de sua participação na equipe no último ano do BI-Saúde. Considera-se pertinente permitir ao estudante participar de mais de um processo seletivo simultaneamente.

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 optativos. 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. Acreditamos que a possibilidade de emergência do "novo" no ensino em saúde requer muito mais do que modificações nas estratégias pedagógicas ou atualizações curriculares num modelo de ensino superado. É preciso renovar estrutura institucional e processos de ensino-aprendizagem mediante uma nova arquitetura curricular, com base em ciclos, eixos, blocos e componentes num modelo educacional flexível e aberto.

5.2. SEGUNDO CICLO: FORMAÇÃO MÉDICA

Nesta subseção, destacaremos primeiro os aspectos temáticos dos eixos de formação, apresentando a organização de conteúdos em ciclos de vida em vez da tradicional repartição disciplinar, fragmentadora do sujeito em sistemas, órgãos e

patologias. Em seguida, mostramos a estrutura do eixo prático-cognitivo 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 que perpassa todo o segundo ciclo de formação. 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.

5.2.1. 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 Figura 5.2, adiante.

Como se pode verificar, em contraste com o fluxograma curricular aberto que define o primeiro ciclo, com predominância de módulos 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).

A ênfase nas atividades do científicas e práticas passa a fazer parte praticamente de todo o conjunto de atividades curriculares, em que um bloco de componentes cognitivos (em amarelo na Figura 7.2) gradativamente se incorporam, pela aplicação em situações concretas, às atividades de práticas supervisionadas (em verde na Figura 7.2). Inclui-se aqui um eixo curricular específico para Competências Tecnicas, com foco em Competências Propedêuticas.

No início do CMed/UFSB (ou na fase final da área de concentração do BI-Saúde), o estudante deverá cursar o CC Propedêutica Clínica Geral, que compreende conhecimento das interrelações entre processos morfofuncionais e fisiopatológicos, articulado à compreensão dos modelos de saúde-enfermidade, e sua correlação com sinais e sintomas de importância para o diagnóstico clínico. Compreende uma visão geral da propedêutica médica nas vertentes clínica, cirúrgica, psiquiátrica, pediátrica, ginecológica e obstétrica, enfatizando-se a complexidade do cuidado em saúde, visto não apenas como aplicação de tecnologia para uma dada doença, mas sim como cuidado de um paciente que é um sujeito social, tem família e vive em comunidade. O momento propedêutico será, portanto, valorizador do diálogo, do acolhimento e da percepção do ambiente que cerca o sujeito doente.

Durante todo o segundo ciclo também devem ser cursados pelos estudantes quatro CCs optativos e quatro CCs livres, interagindo com os demais cursos da saúde, dando conta do eixo de formação Ético-Político-Humanístico. Na escolha desses

componentes, sob orientação de preceptores, mentores e tutores, haverá forte ênfase nas questões éticas e na relação médico-paciente, incluindo discussões sobre mercado de trabalho médico, modalidades de atividades e vínculos, qualidade da assistência prestada, expectativas dos indivíduos e da sociedade. Os estudantes também deverão realizar atividades complementares, participando de atividades de pesquisa e extensão, encontros, congressos e simpósios entre outras.

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, e preparado para acolher a dor e o sofrimento, manejar e/ou resolver suas implicações biológicas, e dar suporte às implicações psicossociais da sua prática (Ayres et al, 2013).

5.2.2. Eixo Científico

Embora Medicina não seja uma ciência, a boa prática médica precisa do apoio do conhecimento científico validado de diversas áreas do conhecimento. Nesta fase será dada grande ênfase à prática de **Cuidados em Saúde Baseado em Evidências** (CSBE). O CSBE compreende uma abordagem interdisciplinar e consiste no uso criterioso da melhor evidência disponível de forma integrada com a experiência clínica e os valores do pessoa (Lopes, 2000). No contexto do CSBE o estudante deverá desenvolver as seguintes competências:

1) elaborar questões aplicadas para a prática médica seguindo o modelo PPR, no qual o primeiro P identifica o problema, o segundo P o fator de predição e o R o resultado almejado; [3]

[3] O fator de predição pode ser um dado para o diagnóstico, intervenção terapêutica, uma estratégia de rastreamento (screening), fator de risco ou fator de prognóstico. O resultado pode ser qualquer evento clínico relevante, como a qualidade de vida, sobrevida, hospitalização, o diagnóstico (afastar ou afirmar), cura e prevenção de doença ou de complicações de doença

2) planejar e executar uma pesquisa da literatura baseada na questão elaborada no modelo PPR utilizando instrumentos eficientes de pesquisa extensa de fontes primarias do conhecimento como o PUBMED e de consulta eficiente e rápida como o UPTODATE;

3) selecionar a melhor fonte de evidência para responder a questão;

4) avaliar criticamente a qualidade da evidência no que se refere a validade interna, significado dos resultados e aplicabilidade.

Os estudantes irão adquirir conhecimento das ferramentas de análise crítica de evidências e usar o conhecimento em discussão de casos clínicos em reuniões de grupos e nos cuidados aos pacientes. A ênfase em CSBE será importante no processo de educação médica continuada dos egressos do curso de Medicina da Universidade Federal do Sul da Bahia por promover a integração da experiência clínica com a capacidade de pesquisar, selecionar, avaliar e aplicar racionalmente a informação científica para melhorar as práticas em saúde (Lopes, 2007.)

Em termos práticos, completando sua formação no Eixo Técnico-Científico, os estudantes frequentarão semanalmente **Oficinas de Cuidados à Saúde Baseado em Evidências**, onde se estimulará análises críticas de artigos científicos, a partir de discussão aprofundada, com os docentes, da abrangência de novas publicações e sua aplicabilidade no cotidiano da prática médica. Além disso, durante todo o segundo ciclo, Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde abordarão temas atuais de política de ciência e tecnologia em saúde, destacando problemas, prioridades, linhas e grupos de pesquisa em atividade a fim de avaliar o estado da arte em termos da produção científica recente no campo da saúde no Brasil e na Bahia.

Isso implica constante apropriação de conceitos epidemiológicos, métodos diagnósticos e terapêuticos, avaliando eficácia e efetividade das intervenções em saúde, prospectando as evidências científicas mais atuais, sua aplicabilidade prática e adequação às particularidades regionais. Compreende discussões semanais com a equipe docente e com outros estudantes da área da saúde (nutrição, enfermagem e psicologia), convidando para os debates a equipe profissional de atendimento das unidades de saúde, promovendo assim melhor integração escola-serviço. As evidências científicas serão confrontadas com questões éticas, pressões do mercado, segurança no ambiente de trabalho para o doente e os profissionais, cultura, sociedade e mídia, todas elas influenciando na decisão terapêutica diária.

5.2.3. Eixo Competências Técnicas

O Eixo Competências Técnicas compreende componentes curriculares que articulam questões propedêuticas, diagnósticas, epidemiológicas, preventivas e terapêuticas dos problemas de saúde considerados como alterações patofisiológicas e clínicas dos ciclos de vida, classificados em quatro etapas (Barreto & Almeida-Filho, 2011):

1) embriogênese e gestação,

2) infância e adolescência,

3) idade adulta,

4) velhice.

Esta divisão se justifica exclusivamente como artifício pedagógico, sem perder a visão global do sujeito, da comunidade e da sociedade como parte de um universo complexo e em constante interação. Sobre todas as fases da vida, integram-se conhecimentos de clínica médica e de cuidados em saúde baseados em evidências, sendo que no estudo da gestante há maior ênfase nas áreas de ginecologia e obstetrícia, na abordagem da criança e do adolescente observam-se as particularidades da pediatria, e assim por diante, mantendo-se sempre, em todos os módulos, conteúdos pertinentes ao campo da saúde coletiva.

A etapa inicial deste eixo (Bloco Temático Integração de Competências Propedêuticas) compreende estratégias e procedimentos da propedêutica clínica e cirúrgica, incluindo anamnese, exame físico, exames laboratoriais e de imagem, com a discussão dos principais problemas de saúde nos ciclos de vida, com ênfase na importância da abordagem do paciente como sujeito social, sempre enfatizando as particularidades da realidade brasileira. Esse bloco prossegue com a abordagem diagnóstica dos principais problemas de saúde da população, analisando criticamente as evidências científicas para a identificação de agravos e enfermidades mais prevalentes. Inclui-se aqui a discussão dos diversos métodos diagnósticos e seu custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional, sempre com ênfase nos ciclos de vida. Avalia-se ainda o papel de questões culturais e sociais e a influência da relação médico-paciente no processo diagnóstico. Para concretizar o processo ensino-aprendizagem nesta fase, o estudante trará casos de sua atividade prática para discussão das condutas exploratórias e diagnósticas adequadas.

Os componentes curriculares propedêuticos e diagnósticos, também disponíveis para os estudantes da área de concentração Estudos em Saúde-Enfermidade-Cuidado do BI-Saúde, organizam-se da seguinte maneira, sem requerer uma ordem de pré-requisitos na sequência dos quadrimestres:

Propedêutica/Diagnóstico de problemas de saúde na Embriogênese e na Gestação

Propedêutica/Diagnóstico de problemas de saúde na Infância e na Adolescência

Propedêutica/Diagnóstico de problemas de saúde na Idade Adulta

Propedêutica/Diagnóstico de problemas de saúde na Velhice

O segundo bloco deste eixo (Integração de Competências Preventivas) aborda estratégias de prevenção, controle e tratamento dos diversos problemas de saúde, doenças e agravos, com ênfase naqueles mais prevalentes na população brasileira. Inclui-se aqui a apresentação e discussão das possibilidades terapêuticas clínicas e cirúrgicas para as diversas doenças, enfatizando seu custo-efetividade. Compreende, ainda, análise das concepções de saúde e doença e sua interface com a terapêutica clínica e cirúrgica, abordando aspectos socioculturais e seu efeito na adesão individual e comunitária a medidas de controle e prevenção e aos

tratamentos, destacando a influência da relação médico-paciente na eficácia da terapêutica.

Os componentes curriculares desse bloco organizam-se da seguinte maneira, novamente sem requerer uma ordem fixa de pré-requisitos na sequência dos quadrimestres:

Prevenção/Controle de problemas de saúde na Embriogênese e na Gestação

Prevenção/Controle de problemas de saúde na Infância e na Adolescência

Prevenção/Controle de problemas de saúde na Idade Adulta

Prevenção/Controle de problemas de saúde na Velhice

O Bloco Temático Integração de Competências Interventivas compreende o estudo das possibilidades terapêuticas para as diversas doenças, com ênfase nas mais prevalentes na população brasileira, no respectivo ciclo de vida. Inclui ainda apropriação de conhecimentos básicos das especialidades médicas que todo profissional deve dominar, com treinamento breve, porém estruturado o suficiente para habilitar o estudante a identificar e encaminhar corretamente os principais problemas de saúde de cada especialidade, fornecendo orientação inicial e acompanhamento resolutivo e responsável. Finalmente, abordam-se os problemas relativos a efeitos secundários iatrogênicos de medidas de controle e terapêuticas intervencionistas, enfatizando os aspectos éticos e sociais relacionados.

Os componentes curriculares desse bloco organizam-se da seguinte maneira:

Tratamento/Reabilitação de problemas de saúde na Gestação

Tratamento/Reabilitação de problemas de saúde na Infância e na Adolescência

Tratamento/Reabilitação de problemas de saúde na Idade Adulta

Tratamento/Reabilitação de problemas de saúde na Velhice

Conhecimentos básicos nas especialidades médicas

Terapêutica intervencionista e iatrogenias

Durante as atividades de todos os componentes curriculares, os estudantes serão encorajados a trazer casos das suas atividades práticas para a discussão das possibilidades diagnósticas e terapêuticas.

5.2.4. Eixo de Práticas (Internato com Imersão Gradual na Rede SUS)

A formação em Medicina incluirá, como componente axial do Segundo Ciclo, estágio curricular obrigatório, em regime de internato, em serviço de saúde que poderá ser próprio, conveniado ou em parceria estabelecida por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto na Lei 12.871/2013.

Para cumprimento do eixo de formação prática, desde o primeiro ano do segundo ciclo do CMed/UFSB, do primeiro ao último quadrimestre, os estudantes serão

incorporados a *Equipes de Aprendizagem Ativa* (EAA), compostas por dois estudantes de cada ano do segundo ciclo. As equipes cumprirão programas e protocolos orientados, utilizando técnicas de problematização alternadas por momentos de co-elaboração de sínteses de competências. Cada EAA terá um Residente como supervisor, por sua vez supervisionado por Docentes-preceptores. Os estudantes continuarão como membros da sua respectiva EAA durante toda a duração do curso, desempenhando atividades práticas em graus crescentes de complexidade. Mais detalhes sobre o conceito de aprendizagem em equipe (TBL – *team-based learning*) e equipe de aprendizagem ativa encontram-se no capítulo seguinte.

Durante todo o segundo ciclo, os estudantes do CMed/UFSB estarão engajados em estágios supervisionados de práticas nos três níveis de atenção – primário, secundário e terciário – da rede SUS.

No primeiro ano do curso (Quadrimestres I a III), os estudantes se engajarão em Práticas Integradas em Saúde da Família I, onde receberão responsabilidades relacionadas ao exame clínico (anamnese e avaliação física) e desempenharão atividades de práticas em saúde coletiva nas comunidades atendidas pela equipe do PSF à qual sua EAA se vincula. A carga horária de atividades práticas nesse primeiro ano será de 720 horas, ou 240 horas quadrimestrais (16 horas semanais: incluindo supervisão das EAA).

No segundo período do curso (Quadrimestres IV a VI), os estudantes continuarão no estágio de Práticas Integradas em Saúde da Família II, onde terão responsabilidades relacionadas ao diagnóstico de problemas de saúde dos usuários do PSF. Além disso, integrando a respectiva EAA, darão continuidade às práticas em saúde coletiva no PSF das comunidades que acompanham. Nos serviços de média complexidade da região, os estudantes iniciarão atividades nas Práticas Integradas em Média Complexidade I, frequentando unidades de atendimento nas quatro grandes áreas de assistência (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia e CAPS), com estágios de três semanas em cada uma delas, acompanhando pacientes em referência e contra-referência da sua EAA, sendo treinado como profissional responsável e comprometido com seu paciente. A carga horária anual de atividades no eixo prático-cognitivo nessa fase será de 900 horas, ou 300 horas quadrimestrais (20 horas semanais: incluindo supervisão das EAA).

No terceiro ano, estudantes do sétimo ao nono quadrimestres continuarão suas atividades no PSF, agora em Práticas Integradas em Saúde da Família III, e nas unidades da Rede SUS, agora em Práticas Integradas em Média Complexidade II, agora recebendo responsabilidades relacionadas à terapêutica, nas suas respectivas EAA. Iniciarão uma nova atividade prática em Atendimento de Urgência e Emergência I, nas UPAs ou em outros serviços de urgência atendidos pela sua EAA. Nessa etapa da formação médica, farão treinamento prático em procedimentos cirúrgicos básicos, como suturas, drenos, intervenções menores, acesso venoso periférico e tratamento de feridas complexas, juntamente com avaliação dessas técnicas. Pretende-se nessa fase dar ao estudante uma visão ampliada da intervenção médico-cirúrgica, com abordagem das principais questões relacionadas ao tratamento cirúrgico das patologias mais prevalentes,

suas vantagens, limitações e complicações. Ênfase especial será dada à terapêutica baseada em evidências, com permanente avaliação das bases científicas que norteiam a conduta terapêutica médica, incluindo análises de custo-benefício e de qualidade de vida (Lopes, 2000). O total anual de carga horária no eixo prático-cognitivo nessa fase será de 1 140 horas, variando de 360 a 390 horas quadrimestrais (24 horas semanais: incluindo supervisão das EAA).

Nos últimos quadrimestres do CMed/UFSB, os estudantes cumprirão atividades eminentemente práticas, sendo responsáveis pela coordenação das atividades de suas respectivas EAA. Neste período do curso, o estudante cumprirá estágio de Práticas Integradas em Alta Complexidade, em ambiente hospitalar. Ainda assim, continuarão como membros das respectivas equipes de aprendizagem, mantendo atividades de Práticas Integradas em Saúde da Família IV no PSF, com enfoque na prática em saúde coletiva, nas Práticas Integradas em Média Complexidade III, e no Atendimento em Urgência e Emergência II nos serviços atendidos pela sua EAA.

Em todos os três níveis de complexidade, nessa etapa conclusiva da formação, os estudantes terão aprendizado e participação nas áreas de clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, saúde mental e pediatria, cabendo à equipe docente do curso a divisão e supervisão de atribuições das EAA entre os diversos serviços da rede hierarquizada do SUS. Suas responsabilidades envolvem todo o espectro de competências da formação médica geral, desde diagnóstico, prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes à promoção da saúde da comunidade que assiste.

A carga horária no eixo de formação prática nessa etapa final do curso será de 1 380 horas, variando de 450 a 480 horas quadrimestrais (32 a 36 horas semanais: incluindo supervisão das EAA).

A supervisão dos estudantes será realizada por Residentes nos respectivos níveis de complexidade do SUS. O programa de preceptoria dos Residentes será conduzido por profissionais dos serviços de saúde devidamente treinados e supervisionados por docentes do quadro próprio da IES. Os preceptores serão reconhecidos pela instituição como membros do quadro docente complementar, na qualidade de Professores Credenciados (conforme Art. 8o. do Estatuto da UFSB).

5.3. CARGA HORÁRIA E DURAÇÃO

A carga horária total do Curso de Medicina da UFSB será de, no mínimo, 8 100 horas, sendo 2 700 horas no BI-Saúde e 5 400 no Segundo Ciclo. Sua duração será portanto de, no mínimo, sete anos letivos ou 21 quadrimestres (9 no primeiro ciclo e 12 no segundo ciclo).

O Quadro 5.4 apresenta os quantitativos de Carga Horária do CMed/UFSB, classificados por eixos de formação e blocos de componentes. Extrapolando os parâmetros das DCN atuais e em conformidade com valores, objetivos e modelo pedagógico do curso, atividades curriculares práticas, em todos os eixos de formação, cobrem quase 70% da carga horária do segundo ciclo e o Eixo de Práticas (Internato com Imersão Gradual na Rede SUS) corresponde a 40% da carga horária total do curso.

A carga horária total dedicada ao Internato será de 3 240 horas; desse total, 1 980 horas (portanto 56% da carga horária prevista) serão destinadas à Medicina Geral de Família e Comunidade na Atenção Básica do SUS (1 440 horas) e aos Serviço de Urgência e Emergência (360 horas). O restante (44%) da carga horária do internato incluirá, necessariamente, aspectos essenciais das práticas em Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental que se realizam na Atenção Secundária e Terciária.

Quadro 5.4: Distribuição Percentual de Eixos e Blocos Curriculares

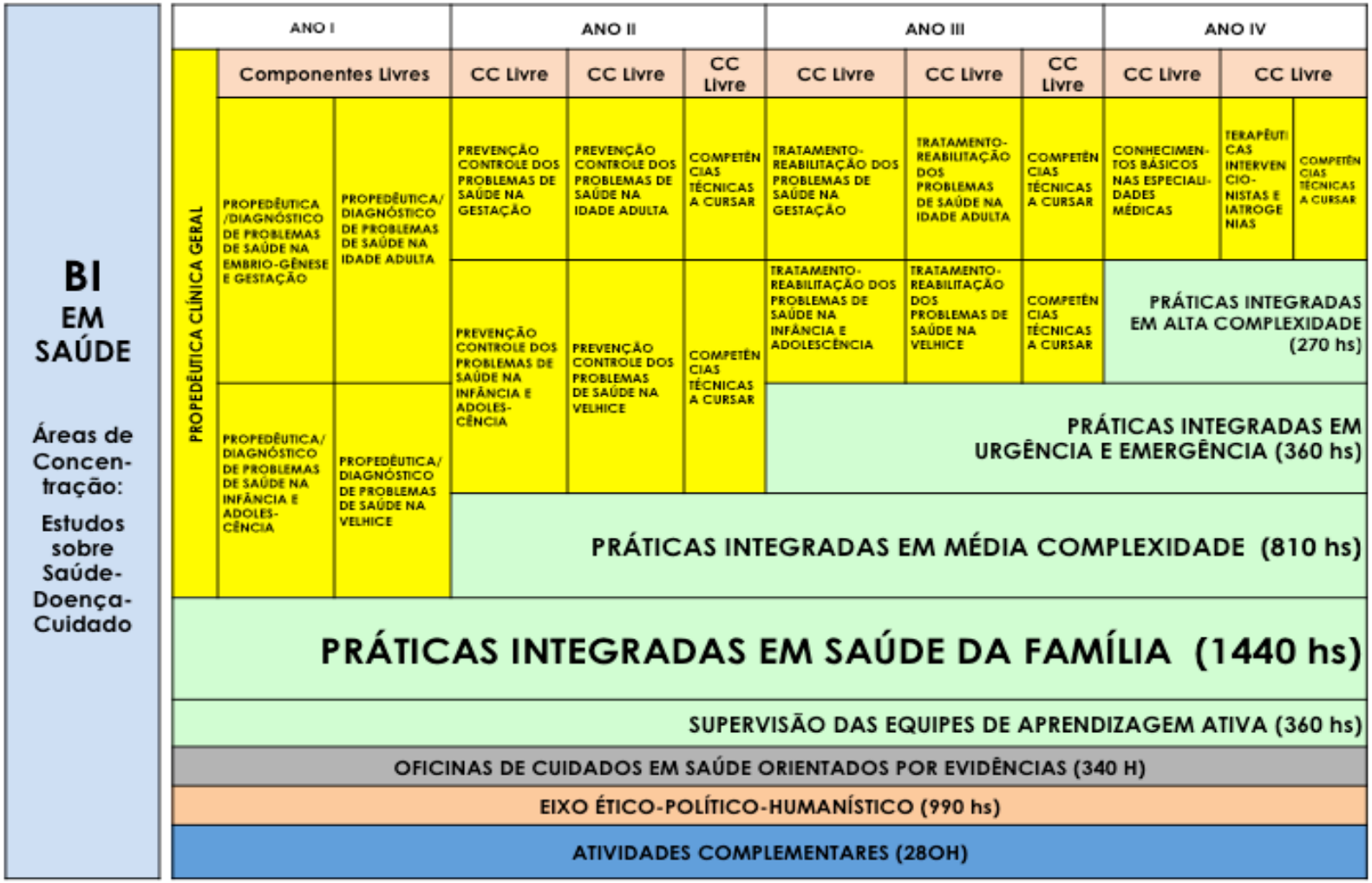
No Eixo de Formação Científica, mais de 1 700 horas (21% do total) serão distribuídas de modo equilibrado entre o primeiro e o segundo ciclos de formação. Os estudantes integralizarão ainda 1 320 horas no Eixo de Competências Técnicas (16% do total), sendo um terço dessa carga horária destinada a componentes curriculares obrigatórios pertinentes aos aspectos propedêuticos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos dos problemas de saúde qualificados de acordo com os ciclos de vida. Para o eixo Ético-Político-Humanístico, serão destinadas 990 horas (12% do total), predominantemente alocadas em atividades curriculares simultâneos e integrados à formação prática no segundo ciclo de formação médica. 840 horas (10% do total do curso) estarão reservadas para componentes curriculares e atividades complementares com plena liberdade de escolha dos estudantes. Finalmente, pode-se verificar que a Formação Geral no Bacharelado Interdisciplinar, com carga horária distribuída equitativamente nos eixos de formação científica e ético-político-humanista, corresponde a 5% do total da formação médica.

No Quadro 5.4, podemos observar a distribuição de atividades semanais de uma EAA padrão por turno, dia e ano. Trata-se de uma simulação com parâmetros concretos de carga horária que permite verificar as possibilidades de integração das Equipes de Aprendizagem Ativa e o padrão de concentração de atividades práticas na medida em que o estudante avança no programa de formação, ocupando-se também o turno noturno e os sábados. Componentes curriculares do Eixo Científico e do Eixo de Competências Tecnicas (nesse caso, somente aqueles referentes a Propedêutica/Diagnóstico) terão sido cursados ainda no BI-Saúde, na área de concentração pertinente. Assim, o estudante poderá antecipar o aprendizado de componentes desse bloco sem ordem de pré-requisitos. A rigor, portanto, somente os estágios curriculares na modalidade Práticas Integradas seguirão uma sequência temporal pré-fixada, obedecendo níveis crescentes de complexidade no cuidado à saúde. Note-se enfim que, para incorporar atividades curriculares adicionais, sobrará algum tempo no segundo ciclo para complemento da formação em preparação para programas de residência. Nesse caso, o CMed/UFSB poderá ter sua duração estendida a até 8 820 horas.

No geral, duas são as principais características do modelo adotado: Por um lado, há uma ênfase extrema na formação prática, revelada não só nas escolhas metodológicas pedagógicas mas também na conformação da estrutura curricular, sobretudo no segundo ciclo de formação. Por outro lado, verifica-se uma clara opção preferencial pelos níveis de atenção primária à saúde, de fato vinculando o essencial da formação prática à Estratégia Saúde da Família. No total dos dois ciclos de formação, 68% das atividades curriculares são de natureza prática. No

BI-Saúde, pouco mais de metade da carga horária é destinada a atividades práticas, enquanto que no segundo ciclo a formação em contextos reais representa quase 77%. No segundo ciclo, num sistema de ampliação gradual, a proporção de atividades práticas começa em 63% no primeiro ano, aumenta para 68% no segundo ano, no terceiro ano alcança 81% e, no período final de formação, 90% da carga horária de atividades curriculares ocorre em ambientes concretos da rede de atenção à saúde. Em relação ao segundo aspecto, observe-se que quase 50% de todo o tempo do Internato está reservado para estágios de Práticas Integradas na Estratégia Saúde da Família (1 440 horas) e Práticas Integradas na Rede SUS de Urgência e Emergência (360 horas), incluindo supervisão das EAA.

Figura 5.3: Estrutura Curricular do Curso de Medicina em Regime de Ciclos



Quadro 5.4: Carga Horária por eixos e componentes do Segundo Ciclo do Curso Médico da UFSB.

EIXOS E BLOCOS DE COMPONENTES CURRICULARES	N	%
Eixo de Práticas (Internato com Imersão Gradual na Rede SUS):	**3240**	**40%**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família	1440	18%
Práticas Integradas em Média Complexidade	810	10%
Práticas Integradas em Urgência e Emergência	360	4%
Práticas Integradas na Alta Complexidade	270	3%
Supervisão das Equipes de Aprendizagem Ativa (EAA)	360	4%
Eixo de Competências Técnicas	**1320**	**16%**
Eixo Científico	**1710**	**21%**
Eixo Científico na Formação Médica	720	9%
Área de Concentração do BI em Saúde	810	10%
Formação Geral no Bacharelado Interdisciplinar	180	2%
Eixo Cultural (Ético-Político-Humanístico)	**990**	**12%**
Formação Geral no Bacharelado Interdisciplinar	240	3%
Eixo Cultural na Formação Médica	750	9%
Componentes Livres / Atividades Complementares	**840**	**10%**
TOTAL	**8100**	**100%**

Quadro 5.5: Distribuição de Atividades Semanais por turno, dia e ano (simulação de uma EAA padrão).

Ano	Turno	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira	sábado	domingo
Primeiro Ano	Matutino	**Práticas PSF I**	**Práticas PSF I**	Oficina CS Baseados em Evidências	Seminários de Pesquisa	**Práticas PSF I**	ACC	Livre
	Vespertino	Propedêutica Geral	Propedêutica PS A/B	Propedêutica PS C/D	Diagnóstico PS A/B	**Supervisão das EAA**	Livre	Livre
	Noturno	CC Optativos dos Eixos Cultural e Científico				Livre	Livre	Livre
Segundo Ano	Matutino	**Práticas PSF II**	**Práticas Média Complexidade I**	Oficina CS Baseados em Evidências	Seminários de Pesquisa	**Práticas PSF II**		Livre
	Vespertino	Diagnóstico PS C/D	Prevenção e Controle PS A/B	Prevenção e Controle PS C/D	**Práticas PSF II**	**Supervisão das EAA**	ACC	Livre
	Noturno	CC Optativos dos Eixos Cultural e Científico				Livre	Livre	Livre
Terceiro Ano	Matutino	**Práticas PSF III**	**Práticas Média Complexidade II**	Oficina CS Baseados em Evidências	Seminários de Pesquisa	**Práticas PSF III**	**Práticas PSF III**	Livre
	Vespertino	Tratamento PS A/B	Tratamento PS C/D	**Práticas Urgência & Emergência I**	**Práticas Urgência & Emergência I**	**Supervisão das EAA**	**Urgência & Emergência I** (plantão mensal)	Livre
	Noturno	CC Optativos dos Eixos Cultural e Científico				Livre	Livre	Livre
Quarto Ano	Matutino	**Práticas PSF IV**	**Práticas Média Complexidade III**	Oficina CS Baseados em Evidências	Seminários de Pesquisa	**Práticas PSF IV**	**Práticas Média Complexidade III** (plantão mensal)	**Urgência & Emergência II** (plantão mensal)
	Vespertino	CC Obrigatórios restantes		**Práticas Urgência & Emergência II**	**Práticas Alta Complexidade**	**Supervisão das EAA**		
	Noturno	CC Optativos dos Eixos Cultural e Científico				Livre	Livre	

5.4. 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 Ayres et al (2013). O desinteresse dos estudantes pelas chamadas "disciplinas de humanidades" permite ponderar se não ocorrerá no futuro, parafraseando o livro de Arouca (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 encontram-se 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.

6. 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 Orientada por Problemas Concretos;
4. Educação médica baseada na comunidade e orientada pela APS.

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.

6.1. 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.

6.1.1. Aprendizagem significativa

Trata-se de uma relação consensual formalizada entre educandos e educadores com base em critérios, objetivos, métodos e conteúdos implicados 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 co-autores 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 anti-acadêmica.

Em atendimento aos objetivos pedagógicos do *Compromisso de Aprendizagem Significativa*, todos os componentes curriculares da UFSB que não requeiram participação presencial em laboratórios ou estágios deverão oferecer ao estudante, plenamente esclarecido quanto à responsabilidade implicada em cada escolha, três opções metodológicas:

a) Aprendizagem programada presencial (aulas, seminários, oficinas etc.);

b) Aprendizagem meta-presencial, presença voluntária nas práticas pedagógicas com avaliação e acompanhamento presencial;

c) Aprendizagem por passos (Método Keller), com instrução auto-programada e hetero-avaliada.

Em suma, propõe-se uma aprendizagem autônoma e significativa que, na medida do possível, remeterá o conhecimento ao aprendizado experimentado em ato. Isso implica atribuir sentido e valor às ações educativas, com foco em pedagogias ativas. Nessa perspectiva, educar não significa impor nem restringir; por isso, torna-se imperativo pensar em formas abertas, plenas de possibilidades, para educar ampliando diálogos com a comunidade e oferecendo novas concepções de currículo.

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.

Em tal espectro de métodos e técnicas, as avaliações criteriais que visam à auditagem de objetivos de cada componente curricular e respectiva aferição de competências alcançadas representam também importante (mas não exclusivo) elemento do conjunto de estratégias de avaliação para a progressão dos estudantes (Afonso, 2005). Nesse contexto, a avaliação formativa define-se como um dispositivo pedagógico adequado à promoção do sucesso acadêmico tendo equidade e mérito acadêmico como fundamentos político-pedagógicos da proposta.

6.1.2. Sistema Integrado de Aprendizagem Compartilhada

Além das estratégias típicas do primeiro ciclo de formação, os cursos de segundo ciclo serão organizados com foco em duas estratégias pedagógicas específicas: por um lado, coelaboração de conhecimentos, competências e habilidades em *Equipes de Aprendizagem Ativa* (EAA); por outro lado, compartilhamento da vivência pedagógica mediante co-responsabilização dos estudantes em processos de ensino-aprendizagem. Tais estratégias articulam-se num *Sistema Integrado de Aprendizagem Compartilhada*, descrito nesta seção.

Amplo consenso entre teóricos da educação em saúde (Morrison et al, 2010; Sutherland 2013) indica superioridade operacional e maior eficiência

cognitiva de estratégias coletivas de apropriação, produção e construção de conhecimentos, conhecidas como TBL (*team-based learning*). A partir desse fundamento, a estratégia das *Equipes de Aprendizagem Ativa* constituem elemento axial do modelo pedagógico adotado, configurando-se como dispositivo de construção e reconstrução de sínteses provisórias e compartilhadas do conhecimento. Trata-se de um regime de divisão das responsabilidades do processo pedagógico inter-pares, onde cada coorte de educandos também cumpre o papel de educadores para os novos afiliados e para as turmas de estudantes que lhes antecedem na trajetória formativa.

No segundo ciclo de formação, os estudantes participarão intensamente de atividades de ensino em *Equipes de Aprendizagem Ativa* integradas por grupos de todos os anos do respectivo curso de formação profissionalizante. As equipes cumprirão programas e protocolos orientados, por elas continuamente revisados, aplicando técnicas de problematização em momentos de co-elaboração da síntese de saberes. Cada equipe será supervisionada por pós-graduandos das Residências (multiprofissionais, médicas). Assim, no eixo prático, os estudantes continuarão como membros das suas respectivas equipes de aprendizagem durante toda a duração do curso, desempenhando atividades práticas em graus crescentes de complexidade. Simultaneamente ensinantes e aprendizes, durante toda a duração do curso, os estudantes serão tutores de colegas de anos/ciclos anteriores (Weiss & Needlman, 1998).

Um elemento essencial dessa proposta consiste no desenvolvimento de ações em parcerias, internas e externas, operadas em diferentes níveis institucionais com base em espaços de diversidade. Espaços de diversidade serão criados por grupos de cursos, engajados em ações integradas em ambientes produtivos, dentro da própria instituição ou em trabalhos de campo. Os espaços de diversidade são constituídos e ocupados por turmas de diversos cursos, grupos e períodos diferentes, engajados em ações integrativas, dentro da própria instituição ou em trabalhos de campo. Assim, as EAA dos cursos de Saúde (Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia) atuarão conjuntamente na rede SUS. Assim, as EAA de diferentes cursos de Saúde (Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Saúde Coletiva) poderão convergir e atuar de modo articulado em momentos específicos de prática.

No curso de Medicina – que, no regime de ciclos, terá duração mínima de 4 anos após 3 anos de BI em Saúde, as EAA terão 8 estudantes, 2 de cada ano. Os estudantes do quarto ano serão tutores dos estudantes do terceiro ano, que serão tutores dos estudantes do segundo ano que, por sua vez, cumprirão o mesmo papel em relação aos estudantes do primeiro ano. Na base do sistema, cada estudante dos Bacharelados Interdisciplinares nos campi será responsável por 3 a 5 estudantes dos Colégios Universitários, situados nos municípios ligados pela rede digital da UFSB.

Esse modelo fundamenta um sistema integrado de tutoria/monitoria, demonstrado na Figura 6.1, abaixo:

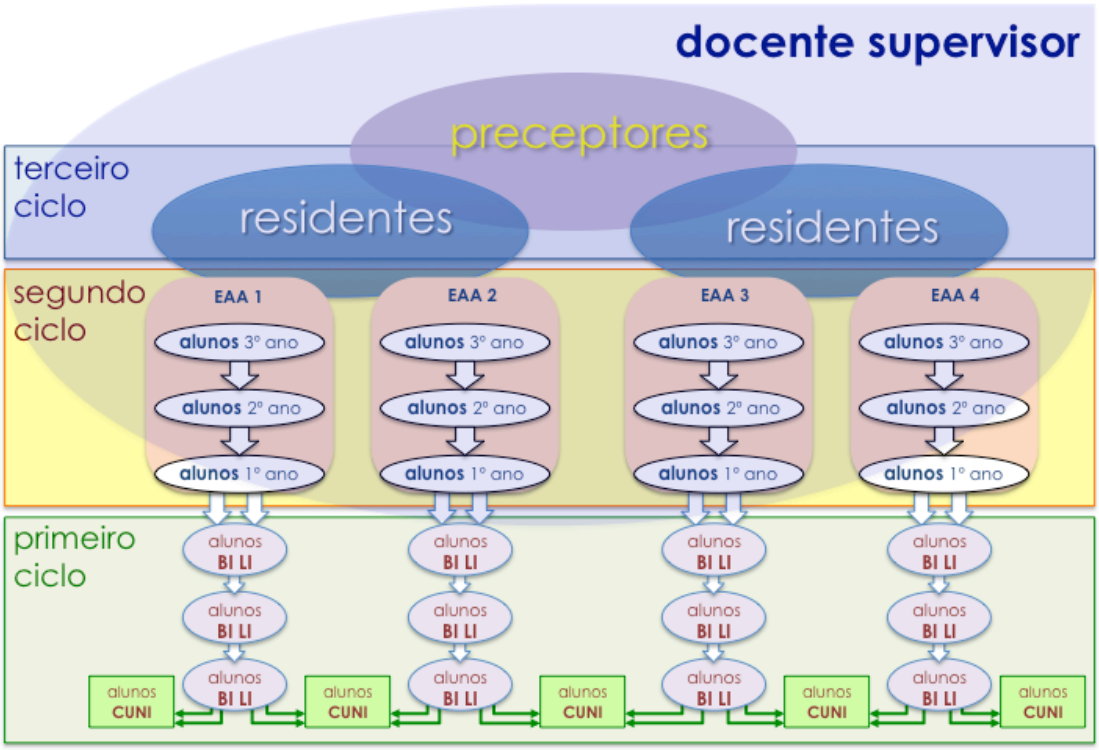


Figura 6.1. Sistema Integrado de Aprendizagem Compartilhada do CMed/UFSB

Ambientes virtuais e dispositivos de autoaprendizagem complementarão atividades em salas de aula, auditórios, bibliotecas, palcos, laboratórios, serviços e espaços de prática. Nesses lugares coletivos, presenciais ou virtuais, o estudante compartilhará a responsabilidade pela formação de seus pares, como mediadores do processo de aprendizagem, com uso intensivo das mídias sociais (Cheston et al, 2013). Assim, a aferição das competências será pautada menos por competição e mais por solidariedade. Em vez de vestibular ou testes pontuais, a progressão às graduações resultará de avaliação continuada, onde a nota de cada estudante será composta por seu aproveitamento individual, pelo desempenho de sua equipe e pelas notas dos colegas por ele tutorados.

A cooperação inter-subjetiva, como princípio e processo pedagógico fundamental, realçando valores e dimensões referentes à avaliação do curso, da aprendizagem e do impacto sobre a formação dos futuros profissionais e trabalhadores de nível universitário, será axial no cenário de gestão compartilhada dos processos formativos a ser implantado na UFSB. Como princípio e como processo, a cooperação faz-se, então, fundamental como aspecto pedagógico nesse cenário de gestão compartilhada dos processos pedagógicos, realçando os aspectos referentes à avaliação do curso, da aprendizagem e do impacto sobre a formação dos futuros profissionais de saúde.

6.1.3. Aprendizagem Orientada por Problemas Concretos

No sentido de alcançar as metas e objetivos do projeto acadêmico proposto (competências, valores e conhecimentos) a abordagem PBL (*Problem-Based Learning*, em Inglês) será ajustada ao contexto e objetivos da UFSB.

A *Aprendizagem Orientada por Problemas Concretos* (AOPC ou, em inglês, cPBL) compreende a construção orientada do conhecimento pela via da problematização, com base em elementos da realidade concreta da prática laboral, tecnológica ou acadêmica em pauta. Essa abordagem submete a percepção da aprendizagem inicial a um processo crítico de constante questionamento, mediado por literatura de referência (acadêmica, científica etc.) para o conjunto de saberes em questão, compilado ou extraído do conhecimento disponível ou herdado. Desse modo, essa etapa do processo educativo visa à elaboração de novas questões a serem continuamente retomadas e superadas pelo educando.

Isso ocorrerá mediante a identificação de problemas gerados por duas fontes: por um lado, induzidos em projetos temáticos de aprendizagem estabelecidos e renovados periodicamente pelas equipes docentes, a depender das estruturas curriculares do cursos programados; por outro lado, definidos contingencialmente pelas práticas vivenciadas nos estágios curriculares e extra-curriculares incorporados nos programas de ensino. Em suma, a primeira opção configura aprendizagem-orientada-por-projetos e a segunda aprendizagem-orientada-por-problemas. O desafio, nesse caso, será conciliar e articular momentos e processos pertinentes numa estratégia pedagógica consistente e convergente.

O modelo AOPC permite também maior interação entre os estudantes contribuindo para o desenvolvimento de atitudes voltadas para o trabalho em equipe. Visando o aprendizado, é fundamental que os estudantes entendam em que consiste a AOPC e os papeis que devem desempenhar. Neste sentido, os estudantes receberão material sobre o próprio método, acostumando-se a dialogar e debater com seus monitores, mediadores, tutores e preceptores (PASLAWSKI, KEARNEY & WHITE, 2013).

Atividades em AOPC envolverão todos os estudantes das EAA. O residente atuará como tutor e facilitador e o docente como supervisor e coordenador. Em uma sessão de AOPC adequadamente conduzida o docente-preceptor idealmente não fará intervenções. Os tutores, por sua vez, poderão intervir sutilmente no sentido de conduzir a atividade para os objetivos da aprendizagem. Eles devem conhecer, no entanto, os objetivos de aprendizagem pré-definidos e observará atentamente as atividades dos estudantes para se certificar de que os objetivos da aprendizagem estão sendo alcançados. O grupo inicia a atividade elegendo estudantes para funcionar como líderes e relatores. O líder tem como atribuição estimular e moderar a discussão, o estudante que desempenhará o papel de relator tem como função registrar as conclusões e decisões do grupo. Um terceiro membro do grupo poderá monitorar o tempo de discussão. O processo ensino-aprendizagem, portanto, será sempre centrado no estudante.

As etapas de uma atividade típica baseada em AOPC são as seguintes:

1. Leitura do caso (a situação) feita pelo líder. É importante deixar claro no inicio o tempo de discussão.
2. Identificação dos problemas pelo grupo.
3. Discussão sobre os conhecimentos que já possuem sobre os problemas. Isto abrange tanto os conhecimentos relevantes da ciência quanto os da aplicação tecnológica ou prática.
4. Sumário dos pontos relevantes da discussão sobre o que os estudantes sabem sobre os problemas. Esta é uma tarefa do Relator, com a participação de todos.
5. Formulação dos objetivos de aprendizagem (o que ainda precisa aprender sobre o assunto).
6. Após identificar o que precisam aprender, os estudantes deverão pesquisar a literatura, ler material, consultar especialistas (*experts*), ou seja o que considerarem necessário para adquirir ou aprofundar o conhecimento.
7. Após isso os estudantes voltam a se reunir novamente para novo debate. Nesta nova sessão de discussão os estudantes apresentam os novos conhecimentos adquiridos referentes as questões que foram levantadas no passo 5 (objetivos do aprendizado).

Identificação de temas, avaliação sistemática e planejamento visando solucionar problemas constituem estímulos para levantamento de questões, seleção adequada de material bibliográfico e o planejamento de estratégias de solução de problemas. Especialmente no segundo ciclo de formação, o modelo pedagógico deve enfatizar ainda mais a perspectiva de compartilhamento da aprendizagem inter-pares, contribuindo para a incorporação significativa de práticas e saberes. Tais estratégias permitirão às equipes atuar, de modo articulado, seguindo programas e protocolos, por elas continuamente revisados, simultaneamente aplicando técnicas de problematização como monitores, mentores, tutores ou orientadores, mas sempre aprendizes.

A cooperação inter-subjetiva, como princípio e processo pedagógico fundamental, realçando valores e dimensões referentes à avaliação do curso, da aprendizagem e do impacto sobre a formação dos futuros profissionais e trabalhadores de nível universitário, será axial nos processos formativos na UFSB. Como princípio e como processo, a cooperação faz-se, então, fundamental como aspecto pedagógico nesse cenário de gestão compartilhada dos processos pedagógicos, realçando os aspectos referentes à avaliação do curso, da aprendizagem e do impacto sobre a formação dos futuros profissionais de saúde.

Ambientes virtuais e dispositivos de autoaprendizagem complementarão atividades em salas de aula, auditórios, bibliotecas, palcos, laboratórios, serviços e espaços de prática. Nesses lugares coletivos, presenciais ou virtuais, cada estudante compartilhará a responsabilidade pela formação de seus pares, atuando como mediadores do processo de aprendizagem.

Assim, a aferição das competências será pautada menos por competição e mais por solidariedade. Em vez de vestibular ou testes pontuais, a progressão às graduações resultará de avaliação continuada, onde a nota de cada estudante será composta por seu aproveitamento individual, pelo desempenho de sua equipe e pelas notas dos colegas por ele tutorados. Enfim, nesse modelo renovado de educação superior, aprender será ensinar, ensinar será aprender.

6.1.4. Educação baseada na comunidade e orientada para a APS

Alem da APC, as experiências exitosas de escolas medicas instaladas em regiões remotas ou subservidas de profissionais médicos compartilham outros dois componentes em seus currículos: educação médica baseada na comunidade (EMBC) e orientada pela APS.

A EMBC é baseada 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), e pressupõe um ambiente de autoaprendizagem, com tutoria, modelagem de situações-problema e congruência entre avaliação e currículo.

O pleno desenvolvimento do Eixo Clínico supõe a superação de desafios complexos como a coordenação de calendários dos serviços de saúde e agendas dos profissionais aos currículos dos vários cursos de saúde e recursos comunitários visando, por um lado, a oferta de atividades de ensino-aprendizagem na rede de saúde e na comunidade e, por outro, um bom desenvolvimento da relação médico-paciente e estudante-preceptor.

O Eixo Institucional, por sua vez, enfrenta, quase sempre, o desafio de superar a tensão e compatibilizar tempos e objetivos educacionais e da pesquisa, de um lado, com os tempos e objetivos assistenciais dos serviços de saúde, de outro. A transformação desta tensão em oportunidade pedagógica e de qualificação dos serviços só e possível se os gestores e professores da escola medica e os gestores e trabalhadores de saúde configurarem todo o sistema saúde-escola como espaço de aprendizagem, com foco na qualidade da atenção e na saúde da comunidade.

O Eixo Social tem o desafio de situar o educando em outra fonte de tensão, entre necessidades e demandas em saúde, de um lado, e leis, políticas de saúde e a oferta de ações e serviços de saúde pelos governos, de outro. O imperativo de se considerar seriamente esse Eixo obriga a educação médica a considerar seriamente o seu papel de ator social estratégico para a superação desta tensão e compreender o bom desempenho desse papel como uma contribuição imprescindível ao desenvolvimento das competências consideradas anteriormente.

Por fim, o Eixo Pessoal trata da necessidade de desenvolvimento integrado de princípios deontológicos e competências profissionais aos valores e praticas pessoais, o que envolve o aprendizado da gestão do tempo consumido entre afazeres pessoais, familiares e profissionais, mas também o desenvolvimento de uma cultura permanente da qualidade na escola e

nos serviços de saúde, bem como de promoção da autonomia progressiva dos educandos, o que nos remete às estratégias de aprendizagem significativa, apresentadas no início deste capítulo.

6.2. O POPE COMO INSTRUMENTO DE APRENDIZADO

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

6.2.1. Apresentação do POPE

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

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

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

Repertórios críticos de competências e valores deverão ser elaborados e continuamente atualizados pela futura equipe docente do CMed/UFSB, com a parceria de consultores especialistas, para definir quais

conhecimentos e competências um médico generalista deverá dominar, a partir de especialidades médicas como a ortopedia, oftalmologia, dermatologia, otorrinolaringologia.

6.2.2. Aplicação do POPE

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

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

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

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

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

As atividades práticas com pacientes deverão fomentar atividades teórico-práticas voltadas para análise crítica da literatura em resposta a questões vivenciadas na prática. No segundo ano a ênfase será em questões no diagnóstico e prevenção e atendimento ao nível ambulatorial e em salas de

urgência e emergência. No terceiro ano a ênfase será em condutas terapêuticas. Uma maior ênfase será dada a atividades em enfermarias e unidades de terapia intensiva.

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

7. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

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

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

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

7.1. AVALIAÇÃO DO EDUCANDO

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

Na relação com colegas, assim como docentes e servidores técnico-administrativos, é fundamental que o discente esteja aberto à interação, ao compartilhar, ao respeito, à diferença, ao desenvolvimento da habilidade de lidar com o outro em sua totalidade, incluindo suas emoções. Entende-se que a experiência de ser universitário deve ser vivenciada em sua plenitude, envolvendo a participação em entidades de categoria,

instâncias decisórias, grupos de pesquisa, projetos de extensão, eventos socioculturais e artísticos, entre outros fóruns de discussão e diferentes atividades.

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

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

A avaliação do rendimento acadêmico ocorrerá mediante a atribuição de notas. Nas avaliações formativas serão atribuídas as notas correntes no Regimento da Universidade e estabelecidos pareceres de acompanhamento, em comum acordo com o educando, indicativos ao educador das UPP subsequentes. Todos os instrumentos de avaliação serão utilizados do início ao final do curso. A aprovação está vinculada ao desempenho satisfatório em todas as atividades curriculares, o que significa o alcance de médias sete, em uma escala de zero a 10, e ao cumprimento de 75% de presença em cada atividade curricular por UPP. A aprovação no curso dará por aprovação em todas as UPP, respeitado o prazo máximo de integralização.

7.2. AVALIAÇÃO DOS EDUCADORES E DO CURSO

Grande parte do êxito dessa proposta dependerá do perfil dos educadores que assumirão o desafio de formar médicos com a visão, qualificação e comprometimento já descritos. Portanto, é essencial que a Universidade dedique especial atenção ao processo de seleção, capacitação e avaliação desses docentes. Recomendamos, inclusive, a revisão do modelo de

concurso implementado pela UFSB, semelhante ao da maioria das universidades brasileiras – muito mais por tradição e inércia de que por mérito – uma vez que o mesmo não permite avaliar dimensões fundamentais do candidato, a exemplo de suas competências interpessoais e habilidades para trabalhar em equipe.

O perfil almejado para o docente do curso médico é de um profissional com boa formação médica e visão epidemiológica, consciente de seu papel como exemplo e modelo na formação dos educandos, principalmente do ponto de vista ético, da responsabilidade social e da tolerância cultural. Deve demonstrar experiência e interesse na atuação como docente na graduação, e compromisso em atuar como tutor e supervisor das práticas, incluindo as indispensáveis reflexões éticas sobre a atuação do médico. Proficiente nas competências humanas e interpessoais, que irão se refletir em suas interações com discentes, colegas docentes do CFS, profissionais de outras áreas, bem como no intenso trabalho em equipe que um curso recém-implantado requer. Seu papel será muito mais de facilitador, mentor e referência ética de que transmissor de conteúdos.

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

A capacidade de análise crítica de trabalhos e evidências científicas e a experiência com Medicina Baseada em Evidências são também relevantes no perfil almejado. Nessa perspectiva, o docente deve desenvolver ações de ensino que impliquem os estudantes como sujeitos ativos e interativos no processo formativo, orientando-os acerca de diferentes caminhos de busca, comparação, escolha e análise das informações. Essa postura mediadora visa construir uma nova relação com o conteúdo abordado, reconhecendo que o contexto da informação, a proximidade com o cotidiano, a aplicação prática, a valorização do saber do estudante e as conexões entre as diversas disciplinas ampliam as potencialidades da formação superior, em uma perspectiva de construção do conhecimento.

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

Diante dessa proposta, faz-se necessário pontuar que, para o adequado desenvolvimento dessas novas atribuições, o educador deve ser inserido em processos formativos, norteados pela valorização da prática cotidiana,

privilegiando saberes já construídos e desenvolvendo possibilidades de refletir sobre a própria prática. Assim, será possível identificar avanços, zonas de dificuldades e nós críticos na relação ensino-aprendizagem, bem como formular caminhos de transformação da docência universitária. Tomar a própria prática como ponto de partida para empreender transformações no cotidiano do ensinar e aprender na Universidade se coloca como eixo estruturante para o processo formativo e de desenvolvimento docente.

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

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

O educador deve buscar desenvolver uma prática educativo-crítica, visto que ensinar é criar possibilidades para a produção/construção do conhecimento e não, apenas, transferir conhecimento. Para alcançar tal intento, é importante aguçar a curiosidade do educando, reforçando sua capacidade crítica e estimulando-o a arriscar-se e aventurar-se. No processo formativo, o saber ingênuo (curiosidade ingênua) deve ser superado pelo saber produzido através do exercício da curiosidade epistemológica, metodicamente rigorosa. Assim, o educando vai sendo inserido no ciclo gnosiológico (Freire, 1996), isto é, estimulado a se apropriar do conhecimento existente e iniciado no processo de produção do conhecimento ainda não existente mediante a participação em pesquisas científicas. Dessa forma, se contribuirá para o desenvolvimento de estilos e estratégias de estudo, pesquisa e socialização do que foi apreendido. Acrescenta-se, também, o esforço em propiciar situações de aprendizagem que sejam mobilizadoras da produção coletiva do conhecimento. Isso implica na escolha de estratégias metodológicas que priorizem a participação, interação e construção compartilhada de conhecimentos.

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

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

7.3. INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO CRÍTICA DA PRÁTICA

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

7.3.1. Prescrição Educacional

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

7.3.2. Perguntas Avaliadas Criticamente

A ferramenta pedagógica chamada Perguntas Avaliadas Criticamente (PAC) compreende tarefas a serem desenvolvidas pelo estudante visando a capacidade de pesquisar e analisar criticamente a literatura em resposta a questões da prática. No Quadro 7 é mostrado um exemplo de como deve ser elaborado a PAC usando uma situação vivenciada por uma estudante de medicina que atendeu uma paciente portadora de hipertensão arterial. A situação apresentada deverá ser cada vez mais frequente na prática médica em que o(a) paciente solicita do médico informação sobre a eficácia do tratamento ou a possibilidade de existir alternativas melhores do que a que vendo adotada. A paciente portadora de hipertensão arterial controlada em uso de diurético tiazídico (clortalidona) gostaria de saber se existe vantagem em utilizar o mesmo medicamento utilizado pelo irmão (um inibidor da enzima conversora da angiotensina) ou um outro anti-hipertensivo mais novo do que a clortalidona. Tomando por base a situação é elaborada uma questão no formato PPR. Como pode ser visto no Quadro 7, a PAC é elaborada como um manuscrito ou mini-artigo, seguindo um modelo estruturado baseado nos seguintes itens: situação, questão no modelo PPR, avaliação crítica da literatura (seleção, fonte, validade interna e resultados) e conclusão (resposta para a questão). No presente exemplo a estudante baseada na avaliação crítica da literatura, ou seja no trabalho que forneceu a melhor evidência, concluiu que não existe vantagem em mudar o esquema de tratamento da paciente. Em verdade a pressão arterial da paciente vem sendo bem controlada com um medicamento de menor custo e eficácia similar na sobrevida e redução de eventos cardiovasculares comparativamente ao medicamento usado pelo irmão. A situação vivenciada pela estudante deverá servir para o

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

aprendizado dos demais estudantes do grupo, incluindo os residentes. Outros estudantes deverão ao mesmo tempo elaborando PACs enfocando outras questões. As PACs deverão ser arquivadas eletronicamente servindo como referência e possibilitando atualizações futuras.

7.3.3. Outros Instrumentos de Avaliação

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

Quadrimestralmente serão utilizadas metodologias quantitativas (questionário estruturado) e qualitativas (conselhos de classe) para implementar uma avaliação dos educadores acerca do curso, assim como identificar o grau de satisfação dos educandos e o que eles pensam e dizem de seus educadores, das suas atitudes, do seu comportamento e da sua capacidade, dos Programas de Aprendizagem, da qualidade das estratégias de ensino, das instalações físicas, da condição das salas de aula, do funcionamento dos laboratórios didáticos e de pesquisa, da atualidade e da disponibilidade do acervo bibliográfico, da articulação entre os módulos do curso, da utilidade do projeto pedagógico para as suas pretensões de formação, entre outras. As notas, que refletem o desempenho dos educandos nas avaliações realizadas, irão permitir que o colegiado do curso realize estudos no sentido de verificar o grau de domínio que esses adquiriram acerca dos diversos saberes e conteúdos previstos em cada Eixo Integrativo do curso. Para os concluintes, será aplicado um questionário com a finalidade de identificar a opinião dos educandos em relação a itens que foram investigados no seu ingresso na universidade (os seus interesses culturais, satisfação em relação ao curso e à *universidade*, sua concepção de universidade, os seus espaços preferidos de convívio, suas imagens de futuro etc.).

Com essa análise, será possível identificar lacunas e dificuldades no processo ensino-aprendizagem, avaliar e planejar coletivamente estratégias de superação. Outra forma de avaliação do curso será a aplicação de uma prova anual que visa obter informações acerca do alcance dos objetivos e competências estabelecidos nesse projeto.

8. IMPLANTAÇÃO DO PROJETO E GESTÃO DO CURSO

Aproveitando a modularidade do regime de ciclos, a implantação do Curso de Medicina da UFSB se dará por etapas. Já em Setembro de 2014, haverá ingresso da primeira turma do BI em Saúde nos Institutos de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) nos campi e na Rede Anísio Teixeira de Colégios Universitários. Nos três campi-sedes, já está em curso a instalação dos respectivos IHACs como unidades de acolhimento dos estudantes do BI e de lotação dos docentes. A abertura do segundo ciclo do Curso de Medicina está prevista para Fevereiro de 2016, juntamente com as Residências (Médica e Multiprofissional) em Saúde da Família, por ocasião da instalação do Centro de Formação em Saúde (CFS/UFSB), no Campus Paulo Freire em Teixeira de Freitas.

Para a elaboração e aperfeiçoamento dos PPC específicos para as diferentes carreiras profissionais, incluindo Medicina, serão realizados Seminários gerais, contando com 80 a 100 participantes. Será uma atividade intensiva, com imersão total, complementada por Colóquios e Oficinas de Trabalho (10 a 15 participantes), liderados por curadores de cada área/tema. Os eventos terão estrutura sincronizada, fomentadora de diálogo e interação sobre temas/áreas correlacionadas, otimizando presença de *scholars* e líderes intelectuais convidados. O Seminário cobre os temas gerais da programação e congrega todos os participantes. Os Colóquios compõem-se de painéis de apresentação e discussão dos subtemas de cada Grupo de Trabalho.

As Oficinas de Trabalho têm como finalidade a discussão de temas/áreas/cursos da nova Universidade e serão coordenadas por curadores designados pelo Conselho da UFSB. Docentes/pesquisadores convidados a compor o quadro da UFSB participam dos debates, Colóquios e Oficinas de Trabalho. As atividades se encerrarão com a relatoria dos curadores, apresentados numa Plenária Geral. O Seminarioficina de Formação Profissional em Saúde, contemplando Medicina, Enfermagem, Psicologia, Saúde Coletiva, Bioengenharias e outras formações inovadoras em saúde, está marcado para Maio de 2014, e será realizado em promoção conjunta com a Abrasco e o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Um seminarioficina especial, com o objetivo de aperfeiçoar o PPC do Curso de Medicina, será realizado em Novembro de 2014.

Confirmando o caráter internacionalizado do programa, um programa de cooperação técnico-científica e pedagógica será fomentado com instituições de classe mundial na educação médica. Para viabilizar a etapa inicial de implantação do segundo ciclo, pretende-se celebrar convênios com a Harvard Medical School e a Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Consultores externos serão convidados a contribuir com observação, palestras e discussões. Considerando o modelo curricular adotado, orientado tanto pela *Alliance for General Health Care* da Universidade de Harvard quanto pela rede de Sedes Universitarias

Municipales do sistema cubano de ensino superior, pretendemos convidar experts destas e de outras instituições.[5]

Em parceria com Ministério da Saúde (Programa Mais Médicos), SESU/MEC, SESAB, CNPq e Fapesb, será implantado um sistema de bolsas de atração de docentes e pesquisadores nas áreas clínicas e cirúrgicas, nos moldes do Ciências sem Fronteiras. Nesse programa, no quadro da UFSB, designaremos 30 vagas docentes para Professores Visitantes. Colaboradores estrangeiros e nacionais de escolas médicas parceiras serão contratados como Professor Associado ou Titular (salário de 12.000 a 14.000 reais), ganhando uma Bolsa Fapesb/MS/SESAB de Pesquisador Visitante Especial (de 6.000 a 11.000 reais).

Em 2016, abriremos as Residências/Mestrados Profissionais necessárias para a formação dos docentes-preceptores, em consórcio UFBA, UFRB, UFOB, Univasf, FIOCRUZ, aberto a novas adesões, aproveitando a Área de Concentração Docência em Saúde da Família já estabelecida no Mestrado Profissional em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, além da estrutura da Rede UNASUS. Esse programa terá formato de rede interinstitucional, similar às redes de formação docente implantadas pela CAPES no padrão PROFMAT, PROFIS e outros. Agregados aos módulos de prática sob a forma de Cursos de Especialização que cumprirão os requisitos iniciais da Residência Médica, trabalhos de conclusão sobre temas de relevância para o SUS permitirão a qualificação dos residentes à titulação de Mestrado Profissional.

Em Fevereiro de 2016, a primeira seleção ao segundo ciclo, exclusivamente para egressos dos BI em Saúde e cursos de Medicina (transferências, vagas residuais, convênios) das universidades consorciadas, poderá ser realizada utilizando-se o Exame de Progresso I, além de outros instrumentos e mecanismos de seleção. Em Setembro de 2017, a primeira turma do BIS da UFSB terá progressão regular ao segundo ciclo do Curso de Medicina. Em 2019, a primeira turma de concluintes do Curso de Medicina da UFSB se graduará.

8.1. RECURSOS MATERIAIS

[5] Eis a lista inicial de consultores internacionais, já conectados com a equipe de implantação da UFSB: Rob Jannett – Department of Clinical Medicine, Harvard Medical School; Byron Good – Department of Social Medicine and Global Health, Harvard Medical School; Mary-Jo Good – Department of Social Medicine and Global Health, Harvard Medical School; Ichiro Kawachi – Department of Health and Social Behavior, Harvard School of Public Health; Gilles Bibeau – Programme d'Anthropologie Médicale, Département d'Anthropologie, Université de Montreal; Alain Coulon – Département de Sociologie, Université de Paris 8; Jean-Marie de Ketele – Laboratoire de Pédagogie Expérimentale, Département d'Éducation, Université Catholique de Louvain; Hugo Mercer – Universidad Nacional de San Martin, Buenos Aires; [a ser completada com os parceiros da Universidad de Ciencias Médicas de la Habana].

Os Institutos de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) dos três campi, onde funcionarão os curso de BI-Saúde, estarão em funcionamento a partir de agosto 2014. Conforme os respectivos projetos, disporão de infraestrutura adequada com sala de aulas, auditórios, biblioteca, ambientes de ensino-aprendizagem, todas equipadas com equipamentos digitais e de conectividade de última geração. Laboratórios multifunção serão implantados nos IHACs, onde também funcionarão outros Bacharelados Interdisciplinares e as Licenciaturas Interdisciplinares de Ciências da Natureza e suas Tecnologias, dispondo de instalações modernas e adequadas aos padrões de segurança e qualidade das respectivas matérias.

8.1.1. Infraestrutura Física

O Centro de Formação em Saúde, encarregado dos programas de segundo ciclo, será localizado no Campus Paulo Freire em Teixeira de Freitas. Ainda se encontra em fase de planejamento da sua estrutura física que, em caráter definitivo, ocupará área contígua ao local do futuro Hospital Regional de Teixeira de Freitas. Representante da comissão de expansão dos cursos de Medicina da SESu/MEC realizou em março visita técnica para fins de reconhecimento das condições de instalação do CMed/UFSB, e pôde avaliar a estrutura provisoriamente destinada às atividades, bem como os serviços de saúde do município-sede (rede hospitalar, serviços ambulatoriais, Rede do PSF, Central de Regulação).

No campus definitivo, em terreno de 56 ha doado pela Suzano Celulose, serão construídos os seguintes equipamentos de ensino-aprendizagem-extensão-pesquisa:

- Centro Administrativo;
- Centro de Serviços e Convivência (com Restaurante Universitário);
- Centro de Esportes e Lazer;
- Complexo de Dormitórios (para estudantes egressos dos Colégios Universitários);
- Biblioteca e Núcleo de Difusão de Informação;
- Centro de Tecnologias de Aprendizagem;
- Centro de Idiomas;
- Pavilhão de aulas com as seguintes especificações: 20 salas de aula de 70m^2; 01 sala de reuniões de 50 m^2; 01 auditório para 200 pessoas.
- Prédio do IHAC de Teixeira de Freitas, com salas de programas de pesquisa e extensão, além de 15 gabinetes de professores;
- Prédio do Centro de Formação em Saúde, com salas de programas de pesquisa e extensão, além de 30 gabinetes de professores;
- Parque Tecnológico com foco em Biotecnologia e Saúde;

- Memorial da Mata Atlântica.

A maquete eletrônica esquemática do estudo preliminar de planejamento físico e ambiental do campus encontra-se na Figura 10.1.

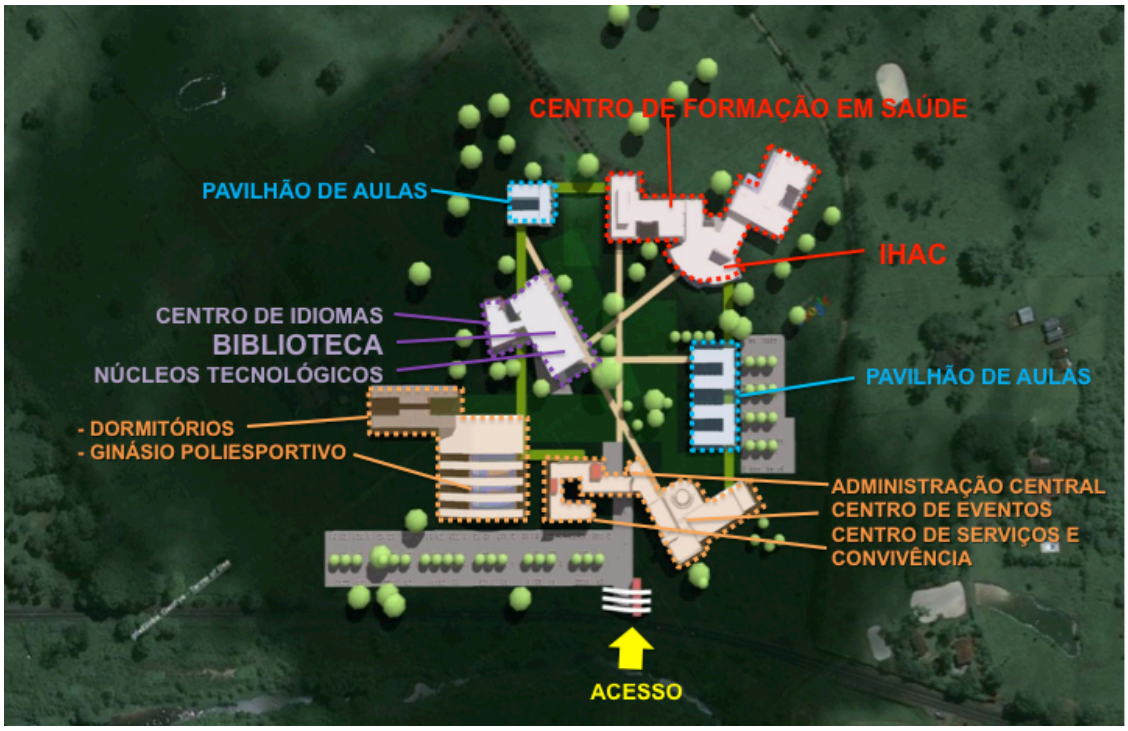


Figura 10.1: Planejamento Fisico e Ambiental do Campus Paulo Freire

8.1.2. Infraestrutura acadêmica

Para a realização das atividades acadêmicas é necessário a construção de um pavilhão de laboratórios multifunção para atender componentes curriculares da área de concentração saúde-enfermidade-cuidado do BI-Saúde, nos IHACs situados nos três campi, e laboratórios específicos para o curso de Medicina no Centro de Formação em Saúde no Campus Paulo Freire.

Laboratórios Compartilhados para o Primeiro Ciclo:

LAB 01 – Laboratório Multifunção de Competências Digitais

Descrição do Espaço Físico: 100 m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, climatizado, 01 pontos de água, 30 tomadas 110V, 07 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas com persianas, porta frontal gradeada, 30 estações de trabalho (tipo ilha) p/ microcomputadores, com bancadas laterais retráteis**.** Instalados em redes locais, com sistemas de qualidade gráfica superior, padrão/nível Macintosh, incluindo equipamentos de projeção/reprodução para uso pedagógico, conectados a rede digital de alta velocidade. Outros equipamentos pertinentes serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

LAB 02 – Laboratório Multifunção de Aprendizagem de Línguas

Descrição do Espaço Físico: 100 m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, climatizado, 01 pontos de água, 30 tomadas 110V, 07 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas com persianas, porta frontal gradeada, 30 estações de trabalho p/ microcomputadores, com bancadas laterais retráteis**.** Instalados em redes locais, com sistemas de qualidade gráfica superior, padrão/nível Macintosh, incluindo equipamentos de projeção/reprodução para uso pedagógico, conectados a rede digital de alta velocidade. Outros equipamentos pertinentes serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

LAB 03 – Laboratório Multifunção de Biologia Molecular

Descrição do Espaço Físico: 80m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, não climatizado, 01 ponto de água, 04 tomadas 110V, 04 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas com e com persianas, porta frontal gradeada, porta lateral de acesso ao laboratório contíguo, bancada lateral com superfície em granito com 04 armários de porta dupla, 06 gavetas, existência de 02 quadros de distribuiçao de energia dentro do laboratório, 01 ponto de internet. Instalados em redes locais, com sistemas de qualidade gráfica superior, padrão/nível Macintosh, incluindo equipamentos de projeção/reprodução para uso pedagógico, conectados a rede digital de alta velocidade. Equipamentos pertinentes serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

LAB 04 – Laboratório Multifunção de Biologia Celular

Descrição do Espaço Físico: 80m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, não climatizado, 01 ponto de água, 04 tomadas 110V, 04 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas com e com persianas, porta frontal gradeada, porta lateral de acesso ao laboratório contíguo, bancada lateral com superfície em granito com 04 armários de porta dupla, 06 gavetas, existência de 02 quadros de distribuiçao de energia dentro do laboratório, 01 ponto de internet. Instalados em redes locais, com sistemas de qualidade gráfica superior, padrão/nível Macintosh, incluindo equipamentos de projeção/reprodução para uso pedagógico, conectados a rede digital de alta velocidade. Equipamentos pertinentes serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

LAB 05 – Laboratório Multifunção de Estruturas Morfofuncionais

Descrição do Espaço Físico: 80 m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, climatizado, 01 pontos de água, 30 tomadas 110V, 07 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas com persianas, porta frontal gradeada, 04 bancada centrais (tipo ilha) p/ microscópios, com superfície em granito e sem armários , bancadas laterais em "L" com superfície em granito com 05 armários (de porta dupla) e 12 gavetas. Instalados em redes locais, com sistemas de

qualidade gráfica superior, padrão/nível Macintosh, incluindo equipamentos de projeção/reprodução para uso pedagógico, conectados a rede digital de alta velocidade. Equipamentos pertinentes serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

LAB 06 – Laboratório Multifunção de Biointeração

Descrição do Espaço Físico: 80m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, não climatizado, 01 ponto de água, 04 tomadas 110V, 04 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas com e com persianas, porta frontal gradeada, porta lateral de acesso ao laboratório contíguo, bancada lateral com superfície em granito com 04 armários de porta dupla, 06 gavetas, existência de 02 quadros de distribuiçao de energia dentro do laboratório, 01 ponto de internet. Instalados em redes locais, com sistemas de qualidade gráfica superior, padrão/nível Macintosh, incluindo equipamentos de projeção/reprodução para uso pedagógico, conectados a rede digital de alta velocidade. Equipamentos pertinentes serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

LAB 07 – Laboratório Multifunção de Fisiologia Humana

Descrição do Espaço Físico: 80m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, não climatizado, 01 ponto de água, 04 tomadas 110V, 04 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas com e com persianas, porta frontal gradeada, porta lateral de acesso ao laboratório contíguo, bancada lateral com superfície em granito com 04 armários de porta dupla, 06 gavetas, existência de 02 quadros de distribuiçao de energia dentro do laboratório, 01 ponto de internet. Instalados em redes locais, com sistemas de qualidade gráfica superior, padrão/nível Macintosh, incluindo equipamentos de projeção/reprodução para uso pedagógico, conectados a rede digital de alta velocidade. Equipamentos pertinentes serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

LAB 08 – Laboratório Multifunção de Bioquímica Aplicada e Farmacologia

Descrição do Espaço Físico: 80 m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, climatizado, 02 pontos de água, 13 tomadas 110V, 08 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas e com persianas, porta frontal gradeada, porta lateral de acesso ao laboratório 03 (Química), bancada central (sem armários) com superfície em granito e com 10 bicos de bunsen fixados, 02 bancadas tipo ilha (para utilização de microscópios) com superfície em granito e sem armários, bancada lateral com superfície em granito com 04 armários (de porta dupla) e 08 gavetas. Instalados em redes locais, com sistemas de qualidade gráfica superior, padrão/nível Macintosh, incluindo equipamentos de projeção/reprodução para uso pedagógico, conectados a rede digital de alta velocidade. Equipamentos pertinentes serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

Laboratórios Específicos para o Segundo Ciclo:

LAB 09 – Laboratório de Informática Médica.

Descrição do Espaço Físico: 100 m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, climatizado, 01 pontos de água, 30 tomadas 110V, 07 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas com persianas, porta frontal gradeada, 30 estações de trabalho (tipo ilha) p/ microcomputadores, com bancadas laterais retráteis**.** Instalados em redes locais, com sistemas de qualidade gráfica superior, padrão/nível Macintosh, incluindo equipamentos de projeção/reprodução para uso pedagógico, conectados a rede digital de alta velocidade. Equipamentos pertinentes, atualizados ao estado-da-arte no período de implantação, serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

LAB 10 – Estação de Práticas em Simuladores Digitais.

Descrição do Espaço Físico: 100 m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, climatizado, 01 pontos de água, 30 tomadas 110V, 07 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas com persianas, porta frontal gradeada, 30 estações de trabalho (tipo ilha) p/ microcomputadores, com bancadas laterais retráteis**.** Instalados em redes locais, com sistemas de qualidade gráfica superior, padrão/nível Macintosh, incluindo equipamentos de projeção/reprodução para uso pedagógico, conectados a rede digital de alta velocidade aos programas da RUTE e da rede Telemedicina. Este laboratório deverá ser equipado com Programas de Realidade Virtual para Prática Cirúrgica, de Realidade Aumentada para Morfologia, de simulação em Telediagnóstico e Teleclínica. Equipamentos pertinentes, atualizados ao estado-da-arte no período de implantação, serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

LAB 11 – Estação de Práticas em Simuladores Táteis.

Descrição do Espaço Físico: 100 m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, climatizado, 01 pontos de água, 30 tomadas 110V, 07 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas com persianas, porta frontal gradeada, bancadas de trabalho, com laterais retráteis**.** Manequins compõem estação de simuladores automatizados, capazes de reproduzir respostas táteis, sonoras e visuais, similares às que os médicos deverão presenciar no contato com pacientes reais, porém de forma passível de ser controlada e modificada pelo operador. Equipamentos pertinentes, atualizados ao estado-da-arte no período de implantação, serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

LAB 12 – Estação de Práticas em Robótica Clínica.

Descrição do Espaço Físico: 100 m² de área, piso em lajota, forro em pvc, paredes em tinta lavável, climatizado, 01 pontos de água, 30 tomadas 110V, 07 tomadas 220V, 06 luminárias com duas lâmpadas cada, janelas gradeadas com persianas, porta frontal gradeada, bancadas de trabalho,

com laterais retráteis**.** O uso de robôs na prática médica (especialmente cirúrgica) e no ensino de medicina oferece aos estudantes e residentes a oportunidade de treinamento em situação de telepresença e de padronização digital. Trata-se de dispositivos automatizados conectados à estação de práticas, capazes de transmitir respostas táteis, sonoras e visuais, similares às que os médicos deverão presenciar no contato com pacientes presenciais, controlados e modificados pelo operador. Equipamentos pertinentes, atualizados ao estado-da-arte no período de implantação, serão especificados pela Curadoria de Implantação do CMed/UFSB.

Laboratórios ou estações de prática-aprendizagem em outras áreas e temas poderão ser implantados e disponibilizados, a depender dos programas e grupos de pesquisa que se instalem no CFS/UFSB.

Rede SUS como Laboratório de Problematização de Práticas Concretas

Para cumprimento do eixo prático-cognitivo, os estudantes estarão engajados em *Equipes de Aprendizagem Ativa* (EAA) desde o primeiro ano do segundo ciclo, cumprindo estágios supervisionados de práticas nos três níveis de atenção – primário, secundário e terciário – da rede SUS. Do primeiro ao último ano do curso, os estudantes se engajarão em Práticas Integradas em Saúde da Família, nas unidades do PSF onde atua sua EAA. Do segundo ao último ano, os estudantes terão atividades nas Práticas Integradas em Média Complexidade. Nos terceiro e quarto ano, os estudantes e suas respectivas EAA cumprirão atividades práticas em Atendimento de Urgência e Emergência, nas UPAs ou em outros serviços de urgência do município-sede. No último período do curso, o estudante cumprirá estágio de Práticas Integradas em Alta Complexidade, em ambiente hospitalar do município-sede.

Isso significa que toda a rede do PSF dos territórios cobertos pela UFSB se constituirá em laboratório de práticas de saúde coletiva, para os estudantes do primeiro ciclo engajados nos componentes Práticas Integradas de Saúde na Comunidade (ACC-Saúde) e Práticas Integradas no Sistema Único de Saúde (ACI-SUS). O mesmo ocorrerá com a rede de serviços de média complexidade do SUS na região, para os estágios de Práticas Integradas em Média Complexidade. Nesse sentido, as Unidades de Atenção Primária em Saúde e unidades de atendimento nas quatro grandes áreas de assistência (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia e CAPS), terão equipamentos de ensino-aprendizagem mediado por tecnologia.

Para viabilização e operacionalização desse conjunto de atividades, a UFSB firmará **Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde** com as Prefeituras Municipais onde estarão sediados os campi que oferecerão os BI-Saúde (principalmente a PM de Teixeira de Freitas, sede do CMed/UFSB) e com a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, já objeto de negociação com os gestores respectivos. Nos termos da Lei 12.871/2013, esse contrato tem a "finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de

serviços de saúde como campo de prática de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica".

O planejamento de adequação de infraestrutura física das unidades da Rede SUS do Município de Teixeira de Freitas, sede do Campus Paulo Freire, já se realiza em articulação com o processo de implantação do Centro de Formação em Saúde da UFSB, conforme a maquete digital na Figura 8.2.

Figura 8.2: Unidade Básica de Saúde adaptada para Práticas Integradas mediadas por Tecnologias (Fonte: SMS Teixeira de Freitas)

8.2. QUADRO DE PESSOAL DOCENTE

Neste momento, em resposta às Chamadas Públicas 01/2013, 02/2013 e 01/2014, doze professores de matérias básicas da formação geral provenientes do quadro docente ativo de outras IFES encontram-se em processo de seleção para redistribuição ou transferência a pedido.

Além disso, o Edital de Concurso 01/2014 oferece 54 vagas docentes para os componentes curriculares da formação geral em todas as opções de BI e LI, sendo seis para a grande área Saúde, especificando o Campo da Saúde: Saberes e Práticas, principal componente do eixo vocacional da formação em saúde. Este contingente formará o quadro docente inicial da Formação Geral do primeiro ciclo, totalizando 120 professores na etapa de formação geral.

O cronograma de seleção e contratação do quadro docente para essa etapa encontra-se na Tabela abaixo:

NÍVEL DE FORMAÇÃO	Ano I 2014	Ano II 2015	Ano III 2016	Totais
Colégios Universitários (36 municípios)	60	--	--	60
Formação Geral (BI + LI – nos 3 campi)	10	30	20	60
Subtotal Formação Geral	**70**	**30**	**20**	**120**

Para a implantação dos Bacharelados Interdisciplinares em Saúde nos três *campi*, 45 docentes serão selecionados por concurso ou redistribuição, para compor a Área de Concentração em Saúde-Enfermidade-Cuidado, trajetória preferencial para a progressão dos estudantes ao segundo ciclo de formação. O cronograma de seleção e contratação do quadro docente, preferencialmente em tempo integral, encontra-se na Tabela abaixo:

COMPONENTES CURRICULARES	Ano I 2014	Ano II 2015	Ano III 2016	To-tais
Campo da Saúde: Saberes e Práticas	6			6
Aplicações Matemáticas e Computacionais em Saúde	3			3
Bases Morfo-Funcionais da Saúde		3		3
Bases Metabólicas da Saúde		3		3
Princípios de Patologia Humana		3		3
Bases Psicossociais da Saúde		3		3
Relação Paciente-Profissional de Saúde		3		3
Modelos de Saúde-Doença-Cuidado		3		3
Vulnerabilidade e Imunologia		3		3
Epidemiologia e Informação em Saúde		3		3
Políticas e Serviços de Saúde no Brasil			3	3
Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde			3	3
Práticas Integradas no Sistema Único de Saúde			3	3
Práticas de Iniciação Científica em Saúde			3	3
Subtotal Grande Área Saúde	**9**	**24**	**12**	**45**

Para a implantação do segundo ciclo do Curso Médico no Centro de Formação em Saúde, no Campus Paulo Freire em Teixeira de Freitas, com articulação das atividades de Equipes de Aprendizagem Ativa na rede do SUS da região e na rede de atenção de média e alta complexidade no município-sede, o corpo docente será selecionado por concurso ou redistribuição.

O cronograma de seleção e contratação do quadro docente, num total estimado de 30 professores, contratados em tempo parcial ou em dedicação exclusiva, encontra-se na Tabela abaixo:

COMPONENTES CURRICULARES	**Ano II 2015**	**Ano III 2016**	**Ano IV 2017**	**Ano V 2018**	**Ano VI 2019**	**To-tais**
Oficina Cuidados em Saúde Orientados por Evidências	2					
Saúde-Doença-Cuidado na Embriogênese e Gestação	3					
Saúde-Doença-Cuidado na Infância e Adolescência	3					
Saúde-Doença-Cuidado na Idade Adulta	3					
Saúde-Doença-Cuidado na Velhice	3					
Atividade Prática em Saúde da Família	2					
Práticas Integradas em Média Complexidade		2				
Atendimento de Urgência e Emergência			2			
Práticas Integradas em Alta Complexidade				2		
Supervisão Residências Mestrados Profissionais		2	2	2	2	
Subtotal	**16**	**4**	**4**	**4**	**2**	**30**
TOTAL	20	16	10	4	2	52

8.3. ABERTURA DE VAGAS E FUNCIONAMENTO

Para compor os módulos de supervisão docente dos estágios de Práticas Integradas com Equipes de Aprendizagem Ativa, considere-se como objetivo para o funcionamento pleno em 2020, o seguinte quadro de equivalências:

8 Professores do quadro docente regular

16 Preceptores do quadro docente credenciado

32 Residentes-Mestrandos supervisores

64 Equipes de Aprendizagem Ativa

128 Estudantes de cada ano (2 por ano)

512 Estudantes em total

Com base nesses parâmetros e respeitando o princípio da gradualidade no processo de implantação da UFSB, planeja-se iniciar as atividades acadêmicas do segundo ciclo do Curso de Saúde, em caráter experimental. Isso se dará em 2016, com abertura de 24 vagas discentes em 8 EAA, inicialmente com 4 residentes e 2 preceptores, com o objetivo de formar a primeira coorte de estudantes-tutores composta por estudantes oriundos de outras IFES participantes em consórcio interinstitucional. Nos anos seguintes, serão 32 vagas em 16 equipes, com 8 residentes e 4 docentes-preceptores. Em 2018, a primeira turma de egressos do BI-Saúde da UFSB terá acesso a 64 vagas em 32 EAA, com 16 residentes e 8 preceptores. Finalmente, a partir de 2020, a cada ano entrarão 128 estudantes em 64 EAA, com o total de residentes, preceptores e docentes-supervisores previstos no modo pleno de funcionamento.

O Curso deverá constituir o Núcleo Docente Estruturante (NDE), atuante no processo de concepção, consolidação e contínua atualização e aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso, com estrutura e funcionamento previstos neste, em que se incluirá, dentre outros aspectos, atribuições acadêmicas de acompanhamento, em consonância com a Resolução CONAES n.° 1, de 17 de junho de 2010.

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 ao melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e da qualidade da assistência a população. Este último sera pactuado junto aos gestores municipais e estaduais de saúde por meio de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

9. 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, com um novo ciclo de organização dos sistemas públicos de saúde em vários países, ampliou a cobertura de serviços e, em conseqüência, 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; Thistlethwaite & 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, consequentemente, 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 XXI", conforme o quadro 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

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 em

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.

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 conseqüência 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.

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-FILHO N. Universidade Nova: Textos críticos e esperançosos. Brasília/Salvador: Editora UnB/EDUFBA, 2007.

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 .

AMÂNCIO FILHO, Antenor; Vieira, Ana Luiza Stiebler; Garcia, Ana Claudia Pinheiro. Oferta das graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. Rev. bras. educ. méd; 30(3): 161-170, set.-dez. 2006.

ANASTASIOU, Léa, das Graças Camargos, Da visão de Ciência à Organização Curricular In: Anastasiou Léa, das Graças Camargos (org) Processo de ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 7 ed. Joinville;SC: UNIVILLE, 2007

ARAUJO, Maria Ercilia de. Educação Superior em Odontologia na perspectiva das Políticas Públicas de Saúde. São Paulo; s.n; 2008. 229 p. CD. (BR).

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, 2010. 256 p. ISBN: 978-85-89737-53-1.

BARROS, MARIA ELIZABETH BARROS; CÉSAR, JANAÍNA MARIANO. Ação formativa no cultivo de um ethos como competência. Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde / Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior, organizadores. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC, 2011. 344 p. ISBN: 978-85-89737-68-5

BATISTA KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. 2011; 20(4):884-99.

BERNHEIM, Carlos Tünnermann. Desafios da universidade na sociedade do conhecimento: cinco anos depois da conferência mundial sobre educação superior / Carlos TünnermannBernheim e Marilena de Souza Chauí. – Brasília : UNESCO, 2008.Disponível em:http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001344/134422por.pdf Acesso: 22/11/11.

BORTOLOTI, Karen Fernanda da Silva, & Cunha, Marcus Vinicius da. (2013). Anísio Teixeira e a psicologia: o diálogo com a psicanálise. História da Educação, 17(41), 59-77.

BRASIL. Ministério da Educação/ Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina.

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf Acesso: 20/11/11

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, l86 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.

COULON, Alain. A Condição de Estudante. Salvador: EDUFBA, 2007.

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

DEL CIAMPO, Luiz Antonio; Del Ciampo, Ieda Regina Lopes. Curso de medicina e ensino de pediatria nas escolas médicas brasileiras / Course of medicine and teaching of pediatrics in brazilian medical schools. Pediatria (São Paulo); 32(1): 9-14, mar. 2010.

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

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

FEIJÓ, Edmar Jorge; Tavares, Claudia Mara de Melo. Distance education in undergraduate nursing in the State of Rio de Janeiro: a sociocultural approach of structural markers - Preview note. Online braz. j. nurs. (Online); 9(1)abr. 2010.

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.

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

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

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

Machado, Maria de Fátima Antero Sousa, Monteiro, Estela Maria Leite Meirelles, Queiroz, Danielle Teixeira, Vieira, Neiva Francenely Cunha, & Barroso, Maria Graziela Teixeira. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2), 335-342.

Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Em R. Pinheiro e R. A. Mattos (Orgs.), Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde (pp.39-64). Rio de Janeiro: UERJ/IMS-Abrasco.

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.

MENDONÇA, Ana Waleska *Anísio Teixeira e a Universidade de educação.* Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.

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

NATAL, Camila; Dalpian, Gustavo; Capelle, Klaus; Silva, Rosana; Silva, Sidney (orgs.). UFABC 5 Anos: um novo projeto universitário para o Brasil. Santo André: Universidade Federal do ABC, 2011.

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

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

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

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

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

SAIPPA-OLIVEIRA, GILSON; KOIFMAN, LILIAN. Os docentes universitários: como transformar a formação? Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde / Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior, organizadores. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC, 2011. 344 p. ISBN: 978-85-89737-68-5

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.

SALIBA NA, Moimaz SA, Garbin CA, Diniz DG. Dentistry in Brazil: its history and current trends. J Dent Educ. 2009 Feb;73(2):225-31.

SANTOS, Boaventura de Sousa; ALMEIDA-FILHO, Naomar. A Universidade no Século XXI - Para uma Universidade Nova. Coimbra: Editora Almedina, 2008.

SEABRA-SANTOS, Fernando; Almeida-Filho, Naomar. A Quarta Missão da Universidade. Coimbra/Brasília: EduCoimbra/EdUNB, 2012.

SIÈCOLA, Marcia. A Concepção de Competência: Reflexões Sobre o Conceito. <Disponível em: http://www.santacruz.br/v3/revistaacademica/12/cap10.pdf> Acesso em: 23/01/201

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo, Gomes, Andréia Patrícia, Albuquerque, Verônica Santos, Cavalcanti, Felipe de Oliveira Lopes, & 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.scielosp.org/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S1413-81232013000100017&lng=en& tlng=pt.10.1590/S1413-1232013000100017.

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

TAVARES, Luis Henrique. História da Bahia. São Paulo/Salvador: Edunesp/Edufba, 2009.

TEIXEIRA, Anísio. Ensino superior no Brasil: análise e interpretação de sua evolução até 1969. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.

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)

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

TRONCON L E A, Figueiredo J F C, Rodrigues M L V, Peres L C, Cianflone A R L, Picinato C E e Colares M F A. Implantação de um programa de avaliação terminal do desempenho dos graduandos para estimar a eficácia do currículo na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Rev Ass Med Brasil; 45(3): 217-24, 1999.

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

ANEXOS

Anexo 1

QUADRO GERAL DE COMPONENTES CURRICULARES

Componentes Curriculares	Carga Horaria	Teórica	Prátic
PRIMEIRO CICLO - BI EM SAÚDE	**2700**	**1330**	**134**
1 - FORMAÇÃO GERAL	**900**	**440**	**43**
1º Quadrimestre	**300**	**100**	**17**
Seminários Interdisciplinares I (Universidade e Sociedade)	60	20	4
Leitura e Produção de Textos em Língua Portuguesa I	60	20	4
Competências Cognitivas e Computacionais	30		3
Língua Estrangeira Moderna: Inglês Instrumental I	30		3
Obrigatória Grande Área: Campo da Saúde: Saberes e Práticas	60	30	3
Optativa Eixo Culturas (Interdisciplina de Cultura Humanística)	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	30	30	
2º Quadrimestre	**300**	**170**	**13**
Seminários Interdisciplinares II (Desenvolvimento Nacional e Regional)	60	20	4
Leitura e Produção de Textos em Língua Portuguesa II	60	20	4
Bases Matemáticas e Pensamento Lógico	30	10	2
Língua Estrangeira Moderna: Inglês Instrumental II	30		3
Optativa Eixo Culturas (Interdisciplina de Cultura Humanística)	30	30	
Optativa Eixo Culturas (Interdisciplina de Cultura Artística)	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	60	60	
3º Quadrimestre	**300**	**170**	**13**
Seminários Interdisciplinares III (Contexto Planetário)	60	20	4
Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde	60	20	4
Raciocínio Computacional e Programação	30	10	2
Língua Estrangeira Moderna: Inglês Instrumental III	30		3
Optativa Grande Área (ex. Racionalidades e Práticas Médicas)	30	30	
Optativa Eixo Culturas (Interdisciplina de Cultura Artística)	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	60	60	
2 - FORMAÇÃO ESPECÍFICA	**1800**	**890**	**91**
4º Quadrimestre	**300**	**140**	**16**
Língua Estrangeira Moderna: Inglês Instrumental IV	30		3
Aplicações Matemáticas e Computacionais em Saúde	60	20	4
Optativa Grande Área (ex. Saúde e Subjetividade)	60	30	3
Optativa Área de Concentração (ex. Biologia Molecular e Celular Humana)	60	30	3
Optativa Área de Concentração (ex. Bases Morfofuncionais da Saúde	60	30	3

Humana)			
Componentes Livres / Atividades Complementares	30	30	
5º Quadrimestre	**300**	**120**	**18**
Inglês Instrumental em Saúde I	30		3
Optativa Grande Área (ex. Gestão, Trabalho e Saúde)	60	30	3
Optativa Área de Concentração (ex. Princípios de Patologia Humana)	60	30	3
Optativa Área de Concentração (ex. Propedêutica Clínica Geral)	60	30	3
Práticas Integradas de Saúde na Comunidade (ACC-Saúde)	60		6
Componentes Livres / Atividades Complementares	30	30	
6º Quadrimestre	**300**	**150**	**15**
Inglês Instrumental em Saúde II	30		3
Optativa Grande Área (ex. Modelos de Saúde-Enfermidade-Cuidado)	60	30	3
Optativa Área de Concentração (ex. Bases Metabólicas da Saúde Humana)	60	30	3
Optativa Área de Concentração (ex. Propedêutica/Diagnóstico Embriogênese-Gestação)	90	30	6
Componentes Livres / Atividades Complementares	60	60	
7º Quadrimestre	**300**	**180**	**12**
Optativa Área de Concentração (ex. Epidemiologia e Informação em Saúde)	60	30	3
Optativa Área de Concentração (ex. Processos Psicossociais da Saúde Humana)	60	30	3
Optativa Área de Concentração (ex. Propedêutica/Diagnóstico Infância-Adolescência)	90	30	6
Eixo Científico: Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	60	60	
8º Quadrimestre	**300**	**150**	**15**
Obrigatória Grande Área: Políticas e Serviços de Saúde no Brasil	60	30	3
Optativa Área de Concentração (ex. Vulnerabilidade e Imunologia)	60	30	3
Optativa Área de Concentração (ex. Propedêutica/Diagnóstico Idade Adulta)	90	30	6
Eixo Científico: Práticas de Iniciação Científica em Saúde (PIBIC/SUS)	30		3
Componentes Livres / Atividades Complementares	60	60	
9º Quadrimestre	**300**	**150**	**15**
Optativa Área de Concentração (ex. Relação Paciente-Profissional de Saúde)	60	30	3
Optativa Área de Concentração (ex. Propedêutica/Diagnóstico Velhice)	90	30	6
Práticas Integradas no Sistema Único de Saúde (ACI-SUS)	60		6
Eixo Científico: Oficina Cuidado à Saúde Baseado em Evidências	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	60	60	

SEGUNDO CICLO - FORMAÇÃO MÉDICA	**5400**	**1290**	**414**
ANO 1	**1140**	**450**	**72**
1º Quadrimestre	**390**	**150**	**24**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF I	120		12
Supervisão das Equipes de Aprendizagem Ativa (EAA)	30		3
Eixo Competências Técnicas (caso não tenha sido cursada no 1o ciclo)	60	30	3
Eixo Competências Técnicas: Prevenção/Controle Embriogênese-Gestação	90	30	6
Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30	30	
Eixo Científico: Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	30	30	
2º Quadrimestre	**390**	**150**	**24**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF I	120		12
Supervisão EAA	30		3
Eixo Competências Técnicas (caso não tenha sido cursada no 1o ciclo)	60	30	3
Eixo Competências Técnicas: Prevenção/Controle Infância-Adolescência	90	30	6
Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30	30	
Eixo Científico: Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	30	30	
3º Quadrimestre	**360**	**150**	**24**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF I	120		12
Supervisão EAA	30		3
Eixo Competências Técnicas (caso não tenha sido cursada no 1o ciclo)	60	30	3
Eixo Competências Técnicas: Prevenção/Controle Idade Adulta	90	30	6
Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30	30	
Eixo Científico: Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	30	30	
ANO 2	**1320**	**420**	**90**
4º Quadrimestre	**420**	**120**	**30**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF II	120		12
Práticas Integradas na Rede SUS Média Complexidade I	90		9
Supervisão EAA	30		3
Eixo Competências Técnicas: Prevenção/Controle Velhice	90	30	6
Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30	30	
Eixo Científico: Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	30	30	
5º Quadrimestre	**450**	**150**	**30**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF II	120		12
Práticas Integradas na Rede SUS Média Complexidade I	90		9
Supervisão EAA	30		3
Eixo Competências Técnicas: Tratamento/Reabilitação Embriogênese-Gestação	90	30	6

Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30	30	
Eixo Científico: Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde	30	30	
Eixo Cultural Ético-Humanístico: Optativa I	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	30	30	
6º Quadrimestre	**450**	**150**	**30**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF II	120		12
Práticas Integradas na Rede SUS Média Complexidade I	90		9
Supervisão EAA	30		3
Eixo Competências Técnicas: Tratamento/Reabilitação Infância-Adolescência	90	30	6
Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30	30	
Eixo Científico: Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde	30	30	
Eixo Científico: Optativa I	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	30	30	
ANO 3	**1410**	**270**	**114**
7º Quadrimestre	**450**	**90**	**36**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF III	120		12
Práticas Integradas na Rede SUS Média Complexidade II	90		9
Práticas Integradas na Rede SUS Urgência e Emergência I	60		6
Supervisão EAA	30		3
Eixo Competências Técnicas: Tratamento/Reabilitação Idade Adulta	90	30	6
Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30	30	
Eixo Cultural Ético-Humanístico: Optativa II	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	30		3
8º Quadrimestre	**480**	**90**	**39**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF III	120		12
Práticas Integradas na Rede SUS Média Complexidade II	90		9
Práticas Integradas na Rede SUS Urgência e Emergência I	60		6
Supervisão EAA	30		3
Eixo Competências Técnicas: Tratamento/Reabilitação Velhice	90	30	6
Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30	30	
Eixo Científico: Optativa II	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	30		3
9º Quadrimestre	**480**	**90**	**39**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF III	120		12
Práticas Integradas na Rede SUS Média Complexidade II	90		9
Práticas Integradas na Rede SUS Urgência e Emergência I	60		6
Supervisão EAA	30		3
Eixo Competências Técnicas: Conhecimentos Básicos nas Especialidades Médicas	90	30	6
Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30	30	
Eixo Cultural Ético-Humanístico: Optativa III	30	30	

Componentes Livres / Atividades Complementares	30		3
ANO 4	**1530**	**150**	**138**
10º Quadrimestre	**510**	**30**	**48**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF IV	120		12
Práticas Integradas na Rede SUS Média Complexidade III	90		9
Práticas Integradas na Rede SUS Urgência e Emergência II	60		6
Práticas Integradas na Rede SUS Alta Complexidade	90		9
Supervisão EAA	30		3
Eixo Competências Técnicas: Terapêuticas intervencionistas e iatrogênese	90	30	6
Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30		3
11º Quadrimestre	**510**	**60**	**45**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF IV	120		12
Práticas Integradas na Rede SUS Média Complexidade III	90		9
Práticas Integradas na Rede SUS Urgência e Emergência II	60		6
Práticas Integradas na Rede SUS Alta Complexidade	90		9
Supervisão EAA	30		3
Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30	30	
Eixo Científico: Optativa III	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	60		6
12º Quadrimestre	**510**	**60**	**45**
Práticas Integradas no Programa de Saúde da Família-PSF IV	120		12
Práticas Integradas na Rede SUS Média Complexidade III	90		9
Práticas Integradas na Rede SUS Urgência e Emergência II	60		6
Práticas Integradas na Rede SUS Alta Complexidade	90		9
Supervisão EAA	30		3
Eixo Científico: Oficina CS Baseado em Evidências	30	30	
Eixo Científico: Optativa III	30	30	
Componentes Livres / Atividades Complementares	60		6
CURSO MÉDICO INTEGRALIZADO (PRIMEIRO E SEGUNDO CICLOS)	**8100**	**2620**	**548**

Anexo 2

I. POPE NO CONTEXTO DA COMUNIDADE

Data da observação inicial: ___/___/

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

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

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

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

Quadro 2. Exemplo de notas para dois problemas identificados na comunidade

Problema 1 –Dependência de Cocaína/Crack

S O que a comunidade refere em relação ao problema

O Indicadores de saúde relacionados com o problema

A Avaliação / Diagnóstico / Causas do Problema

P Plano para a solução / controle do Problema

Problema 2 – Alcoolismo

S O que a comunidade refere em relação ao problema

O Indicadores de saúde relacionados com o problema

A Avaliação / Diagnóstico / Causas do Problema

P Plano para a solução / controle do Problema

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

Anexo 3

II. POPE NO CONTEXTO DA FAMÍLIA

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

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

A situação de saúde de cada membro no contexto do SOAP

Exemplo de notas para dois membros de uma mesma família

Membro #1 : Nome, data de nascimento....

Problema # 1 Ex., Diabetes Mellius

Problema # 2:Ex., Obesidade

S O que refere em relação ao problema ou aos problemas

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

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

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

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

Problema # 1 XXXXXXXXXXX

Problema # 2:XXXXX XXXXX

S XXXXX XXXX XXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

O XXXXX XXXX XXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

A XXXXX XXXX XXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

P XXXXX XXXX XXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Anexo 4

Itens do POPE no Prontuário do Paciente

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

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

Anexo 5

Folha de Rosto do Prontuário

Lista de Problemas e Suspeitas Diagnósticas

Nome do Paciente: XXXXX_____, No Prontuário:XXXXXXX

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

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

Anexo 6

Notas de Evolução

Data: 16/04/2003

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

S	Sente-se bem. Acha que não teve febre. Sem náuseas, vômitos ou diarréia. Um pouco de sede.
O	Pulso-90bpm; PA-100/75mmHg(deitado) e 95/75mmHg(em pé).Temp. axilar-37,2oC; Aparelho Circulatório-sopro sistólico (++/VI) em focos mitral e tricúspide; A.Respiratório – normal Laboratório - Leucograma:7500 Bastões-7%;Seg-65%;Formol gel (gelificação em 30 min.); Proteínas Totais-8g/dl(Albumina-2,8 e Globulina-5,2). Hematócrito - 28%, Hemoglobina - 8g/dl, Morfologia de hemácias: normocrômica, normocítica. Parasitológico de Fezes – ovos viáveis de S. mansoni. Diurese nas últimas 12 horas - 860ml. Sódio urinário – 10 mEq/l, sedimento urinário – normal, uréia-100mg/dl, creatinina-2,8mg/ldl.
A	Dados compatíveis com: 1) salmonelose de curso prolongado, 2) anemia secundária a infecção, 3) insuficiência renal pré-renal. O parasitológico positivo para S. mansoni também reforça a suspeita de salmonelose de curso prolongado.
P	Iniciar ciprofloxacina 1 g/dia.(Já colhemos material para hemocultura). Deverá utilizar oxamniquina.

Anexo 7

PERGUNTA AVALIADA CRITICAMENTE

I. Situação:

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

II. Questão:

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

Três Partes da Pergunta (PPR):

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

P (Preditor): Tipo de Tratamento (tiazidico versus inibidor da enzima conversora da angiotensina, bloqueador de canais de cálcio e bloqueador de receptor da angiotensina II)

R (Resposta): Eventos cardiovasculares adversos

III. Avaliação da Literatura:

Inclui 1) pesquisa da literatura, 2) seleção da fonte, 3) validade interna, 4) resultados,

Pesquisa: Pubmed combinando termos do PPR.

P (Paciente): hypertension (no titulo ou resumo)

P (Preditor): tiazide ou chlorthalidone ou hydrochlorothiazide (no titulo ou resumo)

R (Resposta): cardiovascular ou stroke ou infarction (titulo ou resumo)

Seleção: Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA 2002;288(23):2981-97.

Validade Interna:

Questão do estudo: em pacientes hipertensos com idade≥55 anos e pelo menos um fator de risco adicional para doença coronariana esquemas terapêuticos iniciados com amlodipina ou lisinopril são melhores do esquemas inicados com clortalidona em reduzir o risco de eventos cardiovasculares.

Intervenção: Pacientes foram alocados para clortalidona 12,5 a 25 mg/dia (n=15255) ou amilodipina 2,5 a 10 mg/dia (n=9048) ou lisinopril 10 a 40 mg/d (n=9054).

Eventos: Primário – doença coronariana fatal ou infarto do miocárdio não fatal. Secundários – Mortalidade por qualquer causa, acidente vascular encefálico fatal ou não fatal, combinação de diversos eventos coronarianos (evento primário, revascularização coronariana, ou hospitalização para angina) e combinação de eventos cardiovasculares. Este último incluía eventos coronarianos combinados, acidente vascular encefálico, angina tratada sem hospitalização, insuficiência cardíaca doença arterial periférica.

Alocação Randômica	Seguimento Longo/completo	Análise Intenção de tratamento	Duplo cego	Balanço entre grupos
Sim/Sim	Média=4,9 a / 99% de pessoas-ano	Sim	Sim	Sim

Resultados:

Comparação amlodipina com clortalidona: nenhuma diferença no evento primário (RR=0,98; IC 95% 0,90-1,07) e na mortalidade por qualquer causa. Os riscos de ICC e de hospitalização por ICC fatal foram significantemente maiores no grupo amlodipina.

Comparação lisinopril com clortalidona: também não se observou diferença significativa no evento primário (RR=0,99; IC 95% = 0,91-1,08) e na mortalidade por qualquer causa. Contudo, comparado com clortalidona o grupo lisinopril apresentou risco de acidente vascular encefálico 15% maior e eventos cardiovasculares combinados 10% maior.

IV. Resposta para a Questão (Conclusão):

De acordo com os dados do ALLHAT inibidor da enzima conversora da angiotensina e bloqueador de canais de cálcio não são superiores a diurético tiazidico na prevenção de eventos cardiovasculares adversos e na redução da mortalidade em pacientes hipertensos com fatores de risco adicionais. Neste caso a paciente pode ser informada que não existe vantagem em mudar o esquema de tratamento. Em verdade ela vem sendo bem controlada com um medicamento de menor custo e eficácia similar na sobrevida e redução de eventos cardiovasculares comparativamente ao medicamento usado pelo irmão.

Anexo 8

EMENTÁRIO

PRIMEIRO CICLO

1 - COMPONENTES CURRICULARES DA FORMAÇÃO GERAL

Seminários Interdisciplinares I (Universidade e Sociedade)
Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: nenhum Módulo: 60 vagas

Meta Cognitiva: Compreender a função social da Universidade a partir do estudo de suas relações históricas com o Estado e com a Sociedade, com foco na contemporaneidade, contemplando interpretações de diferentes saberes e pensadores.

Ementa: História dos Saberes, com foco no estudo abrangente da Universidade nas sociedades contemporâneas, na sua diversidade, globalidade e sustentabilidade, identificando suas origens históricas, bem como estruturas práticas e simbólicas, contemplando interpretações dos diferentes saberes. Estudo do modo como se estruturam e desenvolvem tais unidades sociais em seus vínculos com o Estado, a cultura e os indivíduos, com destaque para as formas de organização do trabalho. O Bacharelado Interdisciplinar em suas grandes áreas: bases conceituais, proposta pedagógica, significado estratégico no processo de mudança na formação de pessoal, vistos por suas respectivas áreas de formação.

Bibliografia Básica:

1. ALFONSO-GOLDFARB, Ana Maria. O que é História da Ciência. (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 1994.
2. BRANDÃO, Carlos Rodrigues. O que é Educação (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 1981.
3. JANINE RIBEIRO, Renato. A universidade e a vida atual – Fellini não via filmes. Rio de Janeiro: Elsevier/Campus, 2003.
4. SANTOS, Boaventura de Sousa; ALMEIDA-FILHO, Naomar. A Universidade no Século XXI - Para uma Universidade Nova. Coimbra: Almedina, 2008.
5. WANDERLEY, Luiz Eduardo W. O que é Universidade (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 1985.

Bibliografia Complementar:

6. ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A Universidade Nova – Textos críticos e esperançosos*. Brasília: Editora UnB, Salvador: EDUFBA, 2007.
7. COULON, Alain. *A Condição de Estudante*. Salvador: EDUFBA, 2007.
8. MELLO, Alex Fiúza de. *Universidade Pública e Inserção Social in* PEIXOTO, Maria do Carmo Lacerda (Org.) Universidade e Democracia: Experiências e alternativas para a ampliação do acesso à Universidade publica brasileira. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.
9. NATAL, Camila; DALPIAN, Gustavo; CAPELLE, Klaus; SILVA, Rosana; Silva, Sidney (Org.). *UFABC 5 Anos*: um novo projeto universitário para o Brasil. Santo André: Universidade Federal do ABC, 2011.
10. SEABRA-SANTOS, Fernando; ALMEIDA-FILHO, Naomar. *A Quarta Missão da Universidade*. Coimbra/Brasília: EduCoimbra/EdUNB, 2012.
11. TEIXEIRA, Anísio. *Ensino Superior no Brasil. Análise e interpretação de sua evolução no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.

Seminários Interdisciplinares II (Desenvolvimento Nacional e Regional)
Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender o conceito de Desenvolvimento Humano e Social aplicado ao contexto nacional e, especialmente, ao contexto da Região Sul e Extremo Sul da Bahia, contemplando interpretações de diferentes saberes e pensadores.

Ementa: Teorias e perspectivas dos conceitos de Desenvolvimento Humano e Social. Estudo abrangente das sociedades contemporâneas, na sua diversidade, globalidade e sustentabilidade, identificando suas origens históricas, bem como estruturas práticas e simbólicas, contemplando macro-processos de mudança social, crescimento econômico e desenvolvimento humano, com foco no contexto regional.

Bibliografia Básica:

1. BAUMANN, Zygmunt. *Emancipação.* In: Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
2. DOWBOR, Ladislau. *O que é Poder Local* (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 1994.
3. GONZÁLEZ, Horácio. *O que é Subdesenvolvimento* (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 1985.
4. MARTINS, Carlos Benedito. *O que é Sociologia* (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 1982.

Bibliografia Complementar:

5. BARBOSA, Carlos Roberto Arleo. *Notícia histórica de Ilhéus*.. Cátedra, 4. ed., 2003.
6. IANNI, O. *Enigmas da modernidade-mundo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, Cap. VIII - Razão e Imaginação, p.169-182.
7. LATOUR, B. Como falar sobre o corpo. A dimensão normativa dos estudo de ciência. In: Nunes, João A. e Roque, Ricardo (Org.) Objetos impuros: experiências em estudos sobre a ciência. Edições Afrontamento e Autores, 2008.
8. MAFFESOLI, M. *A conquista do presente*. Rocco, 1984.
9. MIRANDA, José A. Bragança de. *Analítica da Actualidade*. Lisboa: Vega, 1994.
10. WARNIER, J.P. *A mundialização da cultura.* Bauru: EDUSC, 2003.

Seminários Interdisciplinares III (Contexto Planetário)
Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender os conceitos de Meio Ambiente e Sustentabilidade, com foco no contexto planetário, contemplando interpretações de diferentes saberes e pensadores.

Ementa: Debates contemporâneos sobre Ambiente, Culturas, Sociedades, Política, Instituições e Organizações, com foco no contexto planetário e suas relações com a sustentabilidade, contemplando interpretações dos diferentes saberes. Estudo dos processos e dinâmicas ambientais que estruturam e organizam a singularidade de cada sociedade e conjuntura histórica, compreendendo como tais processos afetam sua construção de significados, sua relação com os outros e sua ação sobre o mundo.

Bibliografia Básica:

1. DEJOURS, Christophe. *A Banalização da Injustiça Social*. São Paulo: FGV, 2002
2. EHLERS, Eduardo. *O que é Agricultura Sustentável* (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 2009.
3. KLOETZEL, Kurt. *O que é Meio Ambiente* (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 1993.

Bibliografia Complementar:

4. HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.
5. JANINE RIBEIRO, Renato. *A Sociedade contra o Social, o alto custo da vida pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2000.
6. RODRIGUES, Gilberto Marcos Antonio. *O que são Relações Internacionais* (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 1995.

Leitura e Produção de Textos em Língua Portuguesa I

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Desenvolver a capacidade de comunicação em língua portuguesa, com foco na leitura de textos científicos (resumo, resenha crítica, artigo científico e ensaio).

Ementa: Introdução ao estudo da língua portuguesa, com base em uma concepção de língua como sistema estruturado, heterogêneo, em constante processo de mudança e responsável pela interação entre o sujeito e o mundo.

Bibliografia básica: (a definir)

Leitura e Produção de Textos em Língua Portuguesa II

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Desenvolver a capacidade de comunicação em língua portuguesa, com foco na leitura de textos científicos (resumo, resenha crítica, artigo científico e ensaio).

Ementa: Trabalho com as competências de leitura, compreensão e produção de textos de diferentes tipologias e gêneros, com enfoque nos gêneros resumo, resenha crítica, artigo e ensaio. Construção do texto: normas técnicas específicas para cada tipo de produto.

Bibliografia básica: (a definir)

Língua Estrangeira Moderna: Inglês Instrumental I / Inglês Instrumental II / Inglês Instrumental III / Inglês Instrumental IV

Carga Horária: *60h* P Modalidade: *Laboratório* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *30 vagas*

Meta Cognitiva: Desenvolver, pelo menos instrumentalmente, competências de leitura, compreensão e reprodução de textos no idioma inglês.

Ementa: Trabalho autoprogramado e orientado com as competências de leitura, compreensão e reprodução de textos de diferentes tipologias e gêneros no idioma inglês.

Bibliografia básica: (a definir)

Competências Conectivas e Computacionais

Carga Horária: *30h* P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Ementa: Noções de raciocínio computacional. Introdução ao desenvolvimento de algoritmos. Refinamentos sucessivos. Noções de especificação de algoritmos. Construção de programas: variáveis, constantes, operadores aritméticos e expressões, estruturas de controle (atribuição, sequencia, seleção, repetição, recursão). Princípios de programação. Uso de raciocínio computacional para solução de problemas interdisciplinares. Noções das linguagens Scratch e Python.

Bibliografia básica:

1. A.L.V.Forbellone, H.F.Eberspacher. Lógica de Programação – 3 ª. Edição. Makron Books. 2000
2. MANZANO, J. A.; OLIVEIRA, J.F.; Algoritmos – Lógica para Desenvolvimento de Programação de Computadores. 22ª. Edição. São Paulo: Érica, 2009.
3. VILARIM, GILVAN, Algoritmos – Programação para Iniciantes. Ciência Moderna, Rio de Janeiro, 2004.

Linguagem Matemática e Raciocínio Lógico

Carga Horária: *30h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatória*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*
Ementa: Introdução à análise de textos em linguagem natural e suas relações a linguagem matemática. Usos da lógica em linguagem natural e matemática. Análise da validade de alguns tipos de demonstração matemática.

Bibliografia básica:

1. TAHAN, Malba. O Homem Que Calculava. Disponível em ftp://ftp.unilins.edu.br/formigoni/Utilitarios/O_Homem_que_Calculava.pdf.
2. COSTA, Sérgio Francisco. INTRODUÇÃO ILUSTRADA A ESTATÍSTICA. Ed. Harbra.
3. SUOZA, Geraldo Severo de; ÁVILA, Luís Cláudio Lopes de Araújo. Cálculo - Ilustrado, Prático e Descomplicado . Editora: LTC - LIVROS TECNICOS E CIENTÍFICOS.

Bibliografia complementar:

4. CARNIELLI, Walter A. Pensamento Crítico: o poder da lógica e da argumentação. São Paulo: Rideel, 2009.
5. HOFSTADTER, Douglas. Gödel, Escher, Bach: um entrelaçamento de gênios brilhantes. Brasília: UnB, 2001.
6. LAKATOS, Imre. A Lógica do Descobrimento Matemático. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1978.

Raciocínio Computacional e Programação

Carga Horária: *30h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativo*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Ementa: Raciocínio computacional e desenvolvimento de algoritmos. Noções de complexidade de algoritmos e computabilidade. Tipos abstratos de dados. Estruturas de dados fundamentais: listas, filas, pilhas. Algoritmos de busca e ordenação. Uso de raciocínio computacional para solução de problemas interdisciplinares. Linguagem Python.

Bibliografia básica:

1. T.H.Cormen, C.E.Leiserson, R.L.Rivest, C.Stein. Algoritmos – Teoria e Prática – 3a. Edição. Editora Elsevier Campus. 2012
2. Bruno R. Preiss, Estruturas de Dados e Algoritmos,. Editora Campus. 2001.
3. Sanjoy Dasgupta, Christos Papadimitriou e Umesh Vazirani. Algoritmos. Ed. McGrawHill. 2009.

Interdisciplina de Cultura Humanística I (Optativa do Eixo Culturas)

Carga Horária: *30h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativo*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*
Ementa: (A definir)

Bibliografia básica: (a definir)

Interdisciplina de Cultura Humanística II (Optativa do Eixo Culturas)

Carga Horária: *30h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativo*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*
Ementa: (A definir)

Bibliografia básica: (a definir)

Interdisciplina de Cultura Artística I (Optativa do Eixo Culturas)
Carga Horária: *30h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativo*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*
Ementa: (A definir)

Bibliografia básica: (a definir)

Interdisciplina de Cultura Artística II (Optativa do Eixo Culturas)
Carga Horária: *30h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativo*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*
Ementa: (A definir)

Bibliografia básica: (a definir)

[Exemplos de Interdisciplinas}

Educação e Relações Étnico-raciais
Carga Horária: *30h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Livre*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Ementa: Trajetória histórica da construção do racismo, das manifestações de Etnocentrismo e seus reflexos nas instituições de ensino, nos ambientes educacionais formais e informais. Políticas públicas, e especificamente a legislação, formuladas para promover a igualdade de oportunidades e a justiça social nas relações étnico-raciais através de uma abordagem retrospectiva, histórica, das lutas dos movimentos sociais. Dinâmica das relações étnico-raciais nos diferentes ambientes educacionais.

Bibliografia básica:

1. LOPES, Maria Auxiliadora e BRAGA, Maria Lúcia de Santana. Acesso e permanência da população negra no ensino superior. Brasília: MEC/ SECAD e UNESCO, 2007.
2. MUNANGA, Kabengele (org.). Superando o racismo na escola. Brasília:MEC/SECAD, 2008.
3. NASCIMENTO, Adir Casaro do (org.). Criança Indígena. Diversidade cultural, Educação e representações sociais. Brasília: Liber Livro, 2011.
4. SANTOS, Joel Rufino. O que é racismo. São Paulo: Editora Brasiliense,2005.

Bibliografia complementar:

5. BRAGA, Maria Lúcia de Santana e SILVEIRA, Maria Helena Vargas. O Programa Diversidade na Universidade e Construção de uma Política Educacional Anti-Racista. Brasília: MEC/SECAD e UNESCO, 2007.
6. FERES Jr., João; ZONINSEIN, Jonas (org.) Ação Afirmativa e Universidade. Brasília: Editora UnB, 2006.
7. MEC/SECAD. Orientações e ações para a educação das relações étnico-raciais. Brasília: SECAD, 2006.
8. FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
9. GOMES, Nilma Lino e SILVA, Petronilha B. Gonçalves (orgs). Experiências étnico-culturais para a formação de professores. Belo Horizonte: Autêntica Editora,2002.

Libras – Língua Brasileira de Sinais
Carga Horária: *30h* T P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Livre*
Pré-requisito: nenhum Módulo: 60 vagas

Ementa: Breve estudo sobre as características biológicas, socioculturais e linguísticas do surdo. Breve estudo sobre o desenvolvimento linguístico do surdo, de sua inserção na sociedade e dos aspectos educacionais envolvidos em sua formação. Práticas das estruturas elementares de LIBRAS.

Bibliografia básica:
1. QUADROS, R.M. Língua de Sinais Brasileira; Estudos linguísticos, Porto Alegre: Artmed 2004.
2. STROBEL, Karin. Cultura surda. Editora da UFSC – 2008

Bibliografia complementar:

3. FELIPE, Tânia A. Libras em contexto. Brasília Editor: MEC/SEESP Nº. Edição: 7 - 2007.
4. LOPES, M.C. Surdez & Educação, Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
5. QUADROS, R.M. Educação de Surdos (aquisição da linguagem), Porto Alegre: Artmed- 2008.

Educação, Gênero e Sexualidade

Carga Horária: *30h* T | Modalidade: *Disciplina* | Natureza: *Livre*
Pré-requisito: nenhum | Módulo: *60 vagas*

Ementa: Estudo das relações entre educação, práxis pedagógica e sexualidade humana; gênero como categoria de análise. Sexualidade – gênero: aspectos bio-psico-históricos e sociais. Sexualidade e geração. Gênero, raça e classe social. Práticas pedagógicas de educação em sexualidade.

Bibliografia básica:

1. BEAUVOIR, Simone. O Segundo Sexo. Vol I.Fatos e Mitos. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.
2. BEAUVOIR, Simone. O Segundo Sexo. Vol II. A Experiência vivida. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967.
3. CARVALHO, Marília Gomes de; LUZ, Nanci Stancki da; CASAGRANDE, Lindamir Salete. (orgs.) Igualdade de gênero: enfrentando o sexismo e a homofobia. 1. ed. Curitiba: editora da UTFPR, 2011.

Bibliografia complementar:

4. ENGELS, Friedrich. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. 9ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
5. SCHIENBINGER, Londa. O Feminismo mudou a Ciência? Bauru, SP: EDUSC, 2001.
6. SKLOOT, Rebecca. A Vida Imortal de Henrietta Lacks. Trad. Ivo Korytowski. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

2. COMPONENTES CURRICULARES DA GRANDE ÁREA SAÚDE

Campo da Saúde: Saberes e Práticas

Carga Horária: *60h* T-P | Modalidade: *Disciplina* | Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: nenhum | Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender, em perspectiva histórica, 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).

Ementa: Delimitação, em perspectiva histórica, do campo da Saúde, seus Saberes e Práticas. Saúde Individual e Saúde Coletiva. Risco, níveis de prevenção e de atenção em saúde. Práticas de pesquisa e de intervenção em Saúde. Características profissiográficas do trabalho em saúde. Aspectos históricos e caracterização das profissões da área de

saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde. Exercício profissional e regulação do exercício profissional: entidades e conselhos profissionais.

Bibliografia básica:

1. ALMEIDA-FILHO, N. *O que é Saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
2. BATISTELLA, C. *Abordagens contemporâneas do conceito de saúde in*: Fonseca, A.F. (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007b, p. 51-86.
3. PAIM, J.S. *Movimentos no campo social da saúde*. Salvador: EDUFBA, 2006. p.117-138.

Bibliografia Complementar:

4. SCLIAR, M. História do conceito de saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1):29-42, 2007.
5. CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção in: Czeresnia, D., Freitas, C. M. (Org.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 39-53.
6. AYRES, J.R.C.M., França Junior, I., Calazans, G.J. e Saletti Filho, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D., Freitas, C. M. (Org.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p.117-139.
7. COELHO, M.T.A.D. Almeida Filho, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. Hist, cienc. saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 9(2): 315-333, Ago 2002.
8. GONDIM, G. Do conceito de risco ou da precaução: entre determinantes e incertezas. In: Fonseca, A.F. (org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007a, p.87-119.

Políticas e Serviços de Saúde no Brasil

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatória*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: 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.

Ementa: Estado, política e sistemas de saúde. Cidadania e direito à saúde. Problemas de saúde da população brasileira. Processo histórico da Reforma Sanitária e de construção do Sistema Único de Saúde. Política de saúde no Brasil e na Bahia. Características dos sistemas e das redes de serviços de saúde no Brasil e na Bahia. Formação de pessoal em saúde: níveis de escolaridade e formas de inserção no mercado de trabalho. Multi/intersetorialidade em saúde.

Bibliografia básica:

1. FALEIROS, Vicente de Paula. *O que é Política Social* (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 1986.
2. PAIM, J; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio: Medbook, 2013.

Bibliografia Complementar:

3. PAIM, Jairnilson Silva. 20 anos de construção do Sistema Único de Saúde. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.2, n.2 (2008):63-86.
4. PAIM. J. S. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. ISC-UFBA. Salvador, 2002, 447p.
5. PIRES-ALVES, F; PAIVA, C. H. A. e HOCHMANN, G. *História, saúde e seus trabalhadores; da agenda internacional às políticas brasileiras*. Ciência e Saúde Coletiva, 13(3): 819-829, 2008.

Subjetividade, Cuidado e Saúde

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativo*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender as teorias contemporâneas acerca da constituição do sujeito, os dispositivos de construção da subjetividade/individualidade e os reflexos desses processos de subjetivação na produção do cuidado em saúde.

Ementa: Conceitos de subjetividade, sujeito, modos de subjetivação, cuidado. Subjetividade e pensamento contemporâneo. Teorias atuais de constituição do sujeito: Psicanálise, Interacionismo Simbólico, Hermenêutica. Identificação e identidade. Subjetividade, intersubjetividade e individualismo. Dispositivos de construção da subjetividade e da individualidade. Processos de subjetivação na produção do cuidado.

Bibliografia:

1. AYRES, J.R. *Uma concepção hermenêutica de saúde*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):43-62, 2007.
2. BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade. A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
3. DELEUZE, Gilles. *Empirismo e subjetividade*. São Paulo, Ed. 34, 2001.
4. FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade III: O cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
5. FREUD, S. *Mal-Estar na Civilização*. In: FREUD, S. Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. v.21, Rio de Janeiro: Imago, 1930/1990.
6. TELES, Maria Luiza Silveira. *O que é Psicologia* (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense, 1989.

Bibliografia Complementar:

7. ARENDT, Hanna. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1983.
8. ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
9. DELEUZE, Gilles. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
10. FREUD, Sigmund. *O Futuro de uma Ilusão*. In: FREUD, S. Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1927/1990.
11. LASCH, Christopher. *O Mínimo Eu*. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
12. MAFFESOLI, Michel. *O Tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa*. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
13. WATT, Ian P. *Mitos do individualismo moderno: Fausto, Dom Quixote, Dom Juan, Robinson Crusoé*. Trad. Mario Pontes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

Gestão, Trabalho e Saúde

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativo R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender as raízes históricas e a organização social do trabalho em saúde nas sociedades contemporâneas em um contexto de transição tecnológica, com foco no trabalho coletivo (interprofissional, interdisciplinar e intersetorial).

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.

Bibliografia básica:

1. MARTINS, M. I. C. *A transição tecnológica na saúde; desafios para a gestão do trabalho*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2, n. 2. p. 251-270, 2004.
2. PAIM, Jairnilson Silva; PINTO, Isabela C.M. *Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo*. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.7, n.3 (2013):13-35.
3. SCHERER, Magda; PIRES, Denise. *A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde*. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.3, n.2 (2009):30-42.

Bibliografia Complementar:

4. ARAÚJO, E. G. *A educação para a saúde dos trabalhadores no contexto da acumulação flexível: novos desafios*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2, n. 2. p. 251-270, 2004.
5. GONÇALVES, R. B. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*. DMP-USP, 1979, 209 p (Dissertação de mestrado em Medicina preventiva).
6. GONÇALVES, R. B. *A organização tecnológica do processo de trabalho em saúde*. Tese de Doutoramento. DMP-USP, 1986.
7. SCHERER, Magda; PIRES, Denise. *Interdisciplinaridade: processo de conhecimento e ação*. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.5, n.1 (2011):69-84.

Culturas, Saberes Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativo R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Conhecer diferentes racionalidades médicas e compreender a dimensão cultural-simbólica das práticas de saúde, seus sentidos e significados.

Ementa: Sistemas de saúde em contextos de diversidades sociais, étnico-culturais, interculturalidade. Distinção entre o conhecimento científico acerca das múltiplas dimensões do processo saúde-enfermidade-cuidado e o senso comum. Diversidade de ações e práticas sociais de cuidado à saúde individual e coletiva. Racionalidades médicas, conhecimento científico e popular. Conhecimentos e saberes locais em saúde, doença, cuidado e mediações culturais na atenção à saúde.

Bibliografia básica:

1. CARVALHO, M.C.V.S. e LUZ, M.T. *Práticas de saúde, sentidos e significados construídos*. Interface – comunic., saúde, educ., v. 13, n.29, p.313-26, abril/jun.2009.
2. CUNHA, M. C. Relações e dissensões entre os saberes tradicionais e saber científico. In Cultura com aspas. São Paulo, Cosac Naify, 2009. p. 301-310.
3. DIAS DUARTE, Luiz F. *"Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença"* Ciência & Saúde Coletiva 8(1), 2003:173-183.
4. LANGDON, E.; GARNELO, L. (Org.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Contracapa Livraria/ ABA, 2004.
5. MARMO da Silva, J. *Religiões afro-brasileiras e Saúde. Centro de Cultura Negra do Maranhão*. São Luis, 2003, 149 p.

Bibliografia complementar:

6. ALVES, Paulo César e RABELO, Mirian C. (Org.) *Antropologia da Saúde*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/Relume-Dumará, 1998
7. ÁVILA, T. *"Não é do jeito que eles quer, é do jeito que nós quer": os krahô e a biodiversidade*. Dissertação (mestrado em antropologia). Programa de pós-graduação em Antropologia UNB, 2004.
8. CAROSO, Carlos (Org.) *Cultura, tecnologias em saúde e medicina – perspectiva antropológica*. Salvador, UFBA, 2008.
9. FLEISCHER, S.; Sautchuk, C. E. (Ed.) *Anatomias populares. A antropologia médica de Ibáñez-Novion*. Brasília, Editora UNB, 2012.

10. MONTERO, Paula. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
11. RABELO, Mirian C. et all, *Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo*. Religião e Sociedade 26 (1), 2002, p. 93-122.
12. TAVARES, Fátima. *Alquimistas da cura*. Salvador, Edufba, 2012.

Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde

Carga Horária: *60h* P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *30 vagas*

Meta Cognitiva: Desenvolver a capacidade de planejar e produzir textos acadêmicos e técnicos no campo da Saúde, com foco na pesquisa bibliográfica e na elaboração de projeto.

Ementa: O planejamento e execução da produção de textos acadêmicos e técnicos no campo da saúde: resenha, artigo, ensaio, projeto, relatório, etc. Pesquisa bibliográfica (fichamento de leitura), definição de problema e de objetivos de projetos de pesquisa ou intervenção na área de saúde. Estilos literários e textos científicos: distinções e interfaces.

Bibliografia Básica:

1. BOOTH, W.C.; COLOMB, G.G.; WILIAMS, J.M. *A arte da pesquisa*. São Paulo, Martins Fontes, 2000, 351 p.
2. ECO, U. *Como se faz uma tese*. 15ª Ed. São Paulo: Perspectiva. Cap. 2 e 5., 1999.

Bibliografia complementar:

3. LAVILLE, C.; DIONNE, J.. *A construção do saber*. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editora UFMG/ArtMed., 1999.
4. MINAYO, M.C. S. *O Desafio do Conhecimento*. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1993.

Aplicações Matemáticas e Computacionais em Saúde

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatória*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Aplicar a Linguagem Matemática e Computacional à análise, simulação e análise quantitativa de dados em Saúde.

Ementa: Linguagem Matemática e Computacional Aplicada à análise, simulação e avaliação quantitativa de dados em Saúde. Aplicações estatísticas e probabilísticas. Introdução a análise de sistemas e princípios de programação aplicados em Saúde. Elementos de telepresença, automação e outros usos de TIC na prática clínica e cirúrgica.

Bibliografia básica (a definir)

Inglês Instrumental em Saúde I / Inglês Instrumental em Saúde II

Carga Horária: *60h* P Modalidade: *Laboratório* Natureza: *Optativo*
Pré-requisito: Inglês intermediário Módulo: *30 vagas*

Meta Cognitiva: Desenvolver, pelo menos instrumentalmente, as competências de leitura, compreensão e reprodução de textos no idioma inglês, com foco na área de Saúde.

Ementa: Trabalho autoprogramado e orientado para aquisição de competências de leitura, compreensão e reprodução de textos de diferentes tipologias e gêneros no idioma inglês, com foco na área da Saúde.

3. ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE-ENFERMIDADE-CUIDADO

Bloco Temático A: Bases Bioecológicas da Saúde Humana

Biologia Molecular e Celular Humana

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender as bases moleculares e celulares dos processos normais das estruturas, tecidos e órgãos do corpo humano.

Ementa: Estudo e compreensão das bases moleculares e celulares dos processos normais das estruturas, tecidos e órgãos do corpo humano.

Bibliografia básica (a definir)

Bases Morfo-Funcionais da Saúde Humana

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender as bases anatômicas e morfológicas das estruturas, tecidos e topologias dos órgãos, sistemas e aparelhos fisiológicos do corpo humano.

Ementa: Estudo e compreensão das bases anatômicas e morfológicas das estruturas, tecidos e topologias dos órgãos, sistemas e aparelhos fisiológicos do corpo humano.

Bibliografia básica (a definir)

Bioquímica Aplicada e Farmacologia

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender as bases metabólicas dos processos fisiológicos normais dos órgãos, sistemas e aparelhos do corpo humano.

Ementa: Estudo e compreensão das bases metabólicas e sistêmicas dos processos normais dos órgãos, sistemas e aparelhos fisiológicos do corpo humano.

Bibliografia básica (a definir)

Processos Metabólicos da Saúde Humana

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender as bases metabólicas dos processos fisiológicos normais dos órgãos, sistemas e aparelhos do corpo humano.

Ementa: Estudo e compreensão das bases metabólicas e sistêmicas dos processos normais dos órgãos, sistemas e aparelhos fisiológicos do corpo humano.

Bibliografia básica (a definir)

Princípios de Patologia Humana

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: 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.

Ementa: A partir do conhecimento dos principais agentes microbiológicos, toxicológicos e farmacológicos, nesse módulo introduz-se o estudo dos problemas da saúde humana mais prevalentes em nossa realidade, seus mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas, questões diagnósticas e intervenções terapêuticas.

Bibliografia básica (a definir)

Vulnerabilidade e Imunologia

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender as respostas imunopatológicas aos agentes agressores (de natureza biológica, física e química) e a relação entre parasitas, vetores e hospedeiros.

Ementa: Nos módulos específicos do processo saúde-doença-cuidado se incluem as respostas imunopatológicas aos agentes agressores de natureza biológica, física e química e da relação de parasitos e vetores com seus hospedeiros.

Bibliografia básica (a definir)

Bloco Temático B: Determinação Sociocultural da Saúde

Modelos de Saúde-Enfermidade-Cuidado

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender diferentes modelos teóricos acerca da determinação dos processos de Saúde-Enfermidade-Cuidado**.**

Ementa: Modelos teóricos acerca da determinação dos processos, eventos e fenomenos implicados no desenvolvimento vital humano, seja na esfera biológica, seja na dimensão sociocultural, de natureza coletiva ou individual do complexo Saúde-Enfermidade-Cuidado. Berlinguer: doença como sofrimento, diversidade e perigo; doença como sinal e estimulo. Canguilhem: Saúde como ausência de doença, modo de vida, ação, serviço, saber, direito e política. Saúde como fenômeno individual (fisiopatológico), concepção predominante nas referencias biomédicas; como medida, tratamento quantitativo de eventos ligados à saúde; como ideia, incorporação da experiência pessoal e dos aspectos simbólicos de processos patológicos geradores de sofrimento.

Bibliografia básica:

1. ALMEIDA-FILHO, N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
2. BERLINGUER, G. A doença. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988. Disponivel em: http://www.docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=CEBESLIVROS&Pasta=A.
3. CANGUILHEM, G. O normal e o patologico. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002.
4. ILLICH, I. A expropriaçao da saude: nemesis da medicina. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

Bibliografia Complementar:

5. BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, A.F. (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007a, p.25-49.

6. COELHO, M.T.A.D. e Almeida Filho, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. Hist, cienc. saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 9(2): 315-333, Ago 2002.
7. LEWIS, A. A saude como conceito social. Physis, v. 8, n. 1, p. 151-174, 1998.
8. NOGUEIRA, R.P. (Org.). Determinaçao social da saude e reforma sanitaria. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
9. UCHOA, E. e VIDAL, J.M. *Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 1994.

Processos Psicossociais da Saúde Humana

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Conhecer as principais abordagens no estudo do psiquismo em suas correlações com a Saúde Humana e as principais modalidades de psicoterapia.

Ementa: Temas referentes à subjetividade e ao psiquismo e suas correlações com a Saúde Humana são nesse momento introduzidos. Principais abordagens de estudo do comportamento e da subjetividade humana. Noções de psicossomática e efeitos simbólicos. Noções de abordagem psicossocial e apresentação da principais modalidades de psicoterapia.

Bibliografia básica (a definir)

Relação Paciente-Profissional de Saúde

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: 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.

Ementa: Estudo dos processos psíquicos e psicossociais que estruturam e organizam a singularidade de cada sujeito, compreendendo como tais processos afetam sua relação com os outros e sua ação na relação paciente-profissional de saúde.

Bibliografia básica (a definir)

Racionalidades Médicas e Sistemas Terapêuticos

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender o debate contemporâneo sobre racionalidade médica no mundo ocidental a partir do desenvolvimento da "medicina científica".

Ementa: O nascimento da clínica e desenvolvimento da "medicina científica". Debate contemporâneo sobre a racionalidade médica no mundo ocidental: limites e perspectivas. Racionalidades em saúde, diversidade de sistemas terapêuticos, práticas convencionais e não convencionais.

Bibliografia básica:

1. BARROS, J. F. P. *Terapêuticas e Culturas*. INTERCON, Rio de Janeiro, 1998.
2. CAMARGO Jr, KENNETH R. *A biomedicina*. PHYSIS 7 (1), 1997, p. 45-68.
3. FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
4. SAYD, Jane Dutra. *Mediar, Medicar, Remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro, Ed UERJ, 1998.

Bibliografia Complementar:

5. GARNELO, L. e LANGDON, J. *A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde.* In: Minayo e Coimbra (Org.). Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005. p.133-156.
6. LUZ, M.T. *Natural, Racional, Social: razão medica e racionalidade científica moderna*. Editora Campus, Rio de Janeiro, 1988, 151 p.
7. LUZ, M. T. *Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayruvédica.* In: Canesqui, A. M. (Org.) Dilemas e desafios das Ciências Sociais em Saúde Coletiva. São Paulo, HUCITEC, 2000.
8. LUZ, M. T. *Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual.* In: Pinheiro, R e Mattos, R. A. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio d Janeiro, IMS/UERJ, Abrasco, 2001.

Promoção da Saúde, Sustentabilidade e Qualidade de Vida

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender os conceitos de Promoção da Saúde, Movimento Cidades Saudáveis, Desenvolvimento sustentável e Saúde ambiental, com foco na Saúde Urbana.

Ementa: A legislação ambiental. O movimento Cidades Saudáveis. O lugar e o poder do município na construção de políticas de saúde e na atenção à saúde. Programas, projetos e organização dos serviços de saúde. A saúde no Plano Diretor Urbano. Os conselhos comunitários e o planejamento participativo. O processo de metropolização das cidades e a saúde. Desenvolvimento sustentável e saúde ambiental. Zonas urbanas desfavorecidas, inclusão social e saúde. Violência e saúde. Padrões habitacionais, saneamento, transporte, lazer e saúde. Indicadores de qualidade de vida e de saúde.

Bibliografia básica:

1. ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. *A cidade como construção moderna: um ensaio a respeito de sua relação com a saúde e as "qualidades de vida. Saude soc.*, Fev 1999, vol.8, no.1, p.17-30.
2. BUSS, P.M. *Uma introdução ao conceito de promoção da saúde*. In: Czeresnia, D., Freitas, C. M. (Org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p.15-38.
3. FARIA, Rivaldo Mauro; Bortolozzi, Arlêude. *Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil*. R. RA´E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR.

Bibliografia Complementar:

4. GUIMARÃES, Raul Borges. *Saúde Urbana: velho tema e novas questões*. Terra Livre, São Paulo, n. 17, p. 155-170, 2001.
5. NAJAR, Alberto Lopes and Peres, Fabio de Faria *A divisão social da cidade e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem*. *Ciênc. saúde coletiva*, Jun 2007, vol.12, no.3, p.675-682.
6. 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.
7. RUMEL, Davi et al. *Cidade saudável: relato de experiência na coleta e disseminação de informação sobre determinantes de saúde*. *Saude soc.*, Dez 2005, vol.14, no.3, p.134-43.
8. SANTOS, Milton. *Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309-314, 2003.

Epidemiologia e Análise da Situação de Saúde

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Optativa R*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender o enfoque epidemiológico, seus conceitos, metodologias e estratégias de análise da situação de saúde de populações humanas.

Ementa: Introdução ao enfoque epidemiológico, nos seus aspectos histórico-conceituais, metodológicos e analíticos, com apresentação de estratégias de pesquisa. Conhecimento de técnicas estatísticas de análise de dados e modelo gráficos, incluindo geoprocessamento, para analisar dados relativos à ocorrência de doenças em populações. Usos e aplicações de abordagens quantitativas para análise da situação de saúde nas populações.

Bibliografia Básica:

1. ALMEIDA-FILHO, N; ROUQUAYROL, MZ. *Introdução à Epidemiologia.* Rio: Editora Guanabara-Koogan, 2011

Bibliografia Complementar:

3. ALMEIDA-FILHO, N; BARRETO, M. *Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações*. Rio: Guanabara-Koogan, 2011.
4. MEDRONHO, R. A. BLOCH K. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneo, 2008.
5. ROJAS, I. L. & BARCELLOS, C. *Geografia y Salud en América Latina: Evolución y Tendencias*. Revista Cubana de Saúde Pública, Havana, v. 29, n. 4, p. 330-343, 2003.

Práticas Integradas de Saúde na Comunidade (ACC-Saúde)

Carga Horária: *60h* P Modalidade: *Estágio* Natureza: *Obrigatória*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *16 vagas*

Meta Cognitiva: Desenvolver atividades de Saúde Coletiva, aplicando conhecimentos de epidemiologia às questões de saúde da comunidade.

Ementa: Nesta prática, classificada como Atividade Curricular em Comunidade, os alunos participarão, como membros temporários e sob orientação docente, das equipes de aprendizagem do segundo ciclo, realizando atividades de saúde coletiva, elaborando prontuários comunitários, aplicando conhecimentos de epidemiologia, como risco, vulnerabilidade e custo-benefício, às questões de saúde da comunidade.

Bibliografia básica: (a definir)

Práticas Integradas no Sistema Único de Saúde (ACI-SUS)

Carga Horária: *60h* P Modalidade: *Estágio* Natureza: *Obrigatória*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *8 vagas*

Meta Cognitiva: Pesquisar evidências científicas sobre temas da Atenção Primária em Saúde (APS), com análise crítica de metodologia e resultados.

Ementa: Atividade Curricular em Instituição. Acompanhando equipes de Saúde da Família (eSF), os estudantes desempenharão atividades relacionadas à pesquisa de evidências científicas sobre temas da Atenção Primária em Saúde (APS), com análise crítica de metodologia e resultados de ensaios clínicos orientadores das atuais condutas.

Bibliografia básica: (a definir)

Práticas de Iniciação Científica em Saúde

Carga Horária: *60h* P Modalidade: *Seminário de Práticas* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *16 vagas*

Meta Cognitiva: Compreender conceitos e métodos de pesquisa em saúde em um contexto de transição paradigmática, com foco na elaboração de projeto de investigação.

Ementa: Introdução aos conceitos e métodos de pesquisa em saúde. A ciência na contemporaneidade. Transição paradigmática em saúde. Problema e problemática de pesquisa: como definir um problema de investigação. Revisão de literatura. Referenciais teóricos e estratégias metodológicas de pesquisa em saúde. Elaboração de projeto de investigação em tema de interesse do aluno. Inserção em atividade científica nas unidades da área de saúde da UFSB.

Bibliografia básica:

1. SOUZA-SANTOS, Boaventura Um discurso sobre as ciências. 1995
2. CHALMERS, A. F. O que é Ciência afinal? (Cap. 3). São Paulo: Brasiliense, 1995.
3. LAVILLE, C.; DIONNE, J. A construção do saber. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editora UFMG/ArtMed, 1999.
4. MINAYO, M.C. S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

Tópicos especiais em Saúde

Carga Horária: *30h* T, P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Livre*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: (a definir em cada caso)

Ementa: Seleção e análise de temas monográficos abordados por pesquisadores nacionais e internacionais no campo da saúde.

Bibliografia básica: a definir em cada caso.

SEGUNDO CICLO

1. EIXO CIENTÍFICO:

Seminários Interdisciplinares de Pesquisa em Saúde
Carga Horária: *30h* T Modalidade: *Seminário* Natureza: *Optativo*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *60 vagas*

Meta Cognitiva: 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.

Ementa: Política de ciência e tecnologia em saúde: problemas, prioridades, linhas e grupos de pesquisa em atividade no Brasil. Mapeamento do estado da arte em termos da produção científica recente no campo da saúde no Brasil e na Bahia.

Bibliografia básica (a definir)

Oficinas de Cuidados em Saúde Baseados em Evidências I, II, III e IV

Meta Cognitiva: 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.

Meta Atitudinal: Desenvolver atitudes de auto-aprendizado voltadas para pesquisa eficiente de bases científicas em respostas de questões das práticas em saúde.

Oficinas de Cuidados em Saúde Baseados em Evidências I (CSBE)
Carga Horária: *30h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatória*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *32 vagas*

Ementa: Interface entre a prática clínica diária e as evidências científicas. Análise das evidências científicas que influenciam na decisão terapêutica, confrontadas com questões

éticas, pressões do mercado, cultura, sociedade e mídia. Busca contínua das bases científicas atuais, avaliando aplicabilidade prática e adequando às particularidades regionais. Discussão das questões econômicas e culturais e as evidências científicas. Métodos de diagnóstico usados no diagnóstico diferencial e no rastreamento (detecção precoce, screening) de doenças. Estudos epidemiológicos observacionais e de intervenção em resposta a questões da práticas em saúde. Custo-efetividade de intervenções em saúde visando diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças prevalentes no país.

Bibliografia Básica:

1. Biblioteca Virtual em Saúde: Portal de Evidências. Em: http://evidences.bvsalud.org/php/index.php
2. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan

Bibliografia Complementar:

3. Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach It (4 e). Sharon F Straus, W. Scott Straus, Paul Glasziou, R Brian Haynes, 2010. London: Elsevier.
4. Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Gordon Guyatt, Drummond Rennie, Maureen O Meade, Deborah J Cook. 2008. New York: Mc Graw Hill Medical.
5. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. David L Simel, Dummond Rennie. 2009 New York: Mc Graw Hill Medical.

Oficinas de Cuidados em Saúde Baseados em Evidências II (CSBE)
Carga Horária: *30h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatória*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *32 vagas*

Ementa: Estudo de métodos de diagnóstico clínico, análise crítica dos conceitos epidemiológicos e do custo-efetividade das intervenções em saúde para doenças mais prevalentes no país. Busca contínua das bases científicas atuais e avaliando a sua aplicabilidade prática e adequando às particularidades regionais.

Bibliografia Básica:

1. Biblioteca Virtual em Saúde: Portal de Evidências. Em: http://evidences.bvsalud.org/php/index.php
2. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan

Bibliografia Complementar:

3. Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach It (4 e). Sharon F Straus, W. Scott Straus, Paul Glasziou, R Brian Haynes, 2010. London: Elsevier.
4. Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Gordon Guyatt, Drummond Rennie, Maureen O Meade, Deborah J Cook. 2008. New York: Mc Graw Hill Medical.
5. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. David L Simel, Dummond Rennie. 2009 New York: Mc Graw Hill Medical.

Oficinas de Cuidado em Saúde Baseado em Evidências III (CSBE)
Carga Horária: *30h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatória*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *32 vagas*

Ementa: Estudo de métodos de diagnóstico clínico, análise crítica dos conceitos epidemiológicos e do custo-efetividade das intervenções em saúde para doenças mais prevalentes no país. Busca contínua das bases científicas atuais e avaliando a sua aplicabilidade prática e adequando às particularidades regionais. Debate sobre como as

evidências científicas podem ser aplicadas a diferentes realidades sócio-econômicas e culturais.

Bibliografia Básica:

1. Biblioteca Virtual em Saúde: Portal de Evidências. Em: http://evidences.bvsalud.org/php/index.php
2. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan

Bibliografia Complementar:

3. Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach It (4 e). Sharon F Straus, W. Scott Straus, Paul Glasziou, R Brian Haynes, 2010. London: Elsevier.
4. Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Gordon Guyatt, Drummond Rennie, Maureen O Meade, Deborah J Cook. 2008. New York: Mc Graw Hill Medical.
5. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. David L Simel, Dummond Rennie. 2009 New York: Mc Graw Hill Medical.

Oficinas de Cuidado em Saúde Baseado em Evidências IV (CSBE)

Carga Horária: *30h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatória*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *32 vagas*

Ementa: Assistência à Saúde baseada em evidências e os métodos diagnósticos, análise crítica dos principais métodos diagnósticos empregados nas doenças mais prevalentes no país, buscando bases científicas atuais e avaliando a prática diária adequando às particularidades regionais. Progressão no debate sobre CSBE envolvendo os profissionais de saúde, os estudantes e os docentes do curso. Terapêutica baseada em evidências: Análise crítica das evidências científicas que norteiam a conduta terapêutica médica. Discussão de custo-benefício e de qualidade de vida. Análise das concepções de saúde e doença e sua interface com a terapêutica. As evidências científicas confrontadas com questões éticas, pressões do mercado, cultura, sociedade e mídia, todas elas influenciando na decisão terapêutica diária.

Bibliografia Básica:

1. Biblioteca Virtual em Saúde: Portal de Evidências. Em: http://evidences.bvsalud.org/php/index.php
2. Emergências Clínicas Baseadas em Evidências: VELASCO/MARTINS. Editora Atheneu, 2005
3. Medicina Intensiva: Baseada em Evidências - Luciano Cesar Pontes de Azevedo. Editora Atheneu.
4. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan

Bibliografia Complementar:

5. Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach It (4 e). Sharon F Straus, W. Scott Straus, Paul Glasziou, R Brian Haynes, 2010. London: Elsevier.
6. Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. Gordon Guyatt, Drummond Rennie, Maureen O Meade, Deborah J Cook. 2008. New York: Mc Graw Hill Medical.
7. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. David L Simel, Dummond Rennie. 2009 New York: Mc Graw Hill Medical.

2. EIXO DE COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

Bloco Temático C: Integração de Competências Diagnósticas

Propedêutica Clínica Geral

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Obrigatória*
Pré-requisito: nenhum Módulo: *32 vagas*

Meta Cognitiva: Desenvolver raciocínio clínico-epidemiológico, 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 na identificação de problemas relevantes que requerem esclarecimento diagnóstico.

Ementa: Introdução à propedêutica da atenção e dos cuidados básicos em saúde, onde o aluno aprende as bases da anamnese, do exame físico e dos cuidados na Atenção primária à saúde nas comunidades, numa interface precoce com as necessidades reais do SUS. Aprofundamento no estudo da fisiopatologia das enfermidades e sua relação com aos sinais e sintomas de fundamental importância para o diagnóstico clínico do profissional da área médica. A interpretação dos sintomas e sua interface com elementos culturais da sociedade brasileira.

Bibliografia Básica:

1. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico Clínico (2 volumes). Mário López e J Laurentys-Medeiros, 2001. RJ: Revinter
2. Semiologia Médica. Celmo Celeno Porto. 6ª edição, 2009, RJ: Guanabara Koogan
3. Bibliografia Complementar:
4. Semiotécnica da observação clínica. José Ramos Jr. 7ª edição, 1986. São Paulo: Sarvier
5. BATES: Propedêutica Médica. LS Bickley e PG Szilagy, 2005. RJ: Guanabara Koogan
6. Evidence Based Physical Diagnosis. Edmund H. Duthie, Jr., Paul R. Katz, Michael Malone. 2012, PA, Philadelphia, Elsevier.

Propedêutica/Diagnóstico dos problemas de saúde segundo o Ciclo de Vida

Meta Cognitiva: Desenvolver raciocínio clínico-epidemiológico, aplicando os conhecimentos de disciplinas biológicas básicas (anatomia, histologia, fisiologia e patologia), epidemiologia, ética médica e psicologia no estudo da fisiopatologia das enfermidades ao diagnóstico dos principais problemas de saúde da população, segundo o Ciclo de Vida: na embriogênese e na gestação, na infância e na adolescência, na idade adulta e na velhice.

Propedêutica/Diagnóstico dos problemas de saúde na Embriogênese e Gestação
Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Livre*
Pré-requisito: Propedêutica Geral Módulo: *32 vagas*

Ementa: Compreensão das interrelações entre os conhecimentos biomédicos básicos com epidemiologia, ética, psicologia, aplicados ao estudo da propedêutica na embriogênese e na gestação. Aprofundamento no estudo da fisiopatologia das enfermidades e sua relação com aos sinais e sintomas de fundamental importância para o diagnóstico clínico na embriogênese e na gestação. Estudo dos principais problemas de saúde desta população, como diagnosticá-los, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde. Discussão dos diversos métodos diagnósticos e sua custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional. Abordagem dos principais problemas de saúde da população brasileira e dos programas do SUS voltados para esta parcela da população.

Bibliografia Básica:

1. Embriologia Básica. Keith L Moore. Editora ELSEVIER. Sétima edição.
2. Rezende – Obstetrícia Fundamental. 12ª edição, 2011. RJ: Guanabara Koogan.

3. Manual de Ginecologia de Consultório. E.C. Baracat; R.M. Ribeiro; P. Rossi. São Paulo: Atheneu.

Bibliografia Complementar:

4. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan.
5. Berek e Novak: Tratado de Ginecologia. J.S. Berek. 14ª edição. RJ: Guanabara Koogan.
6. Tratado de Ginecologia. J.A. Pinotti; A.M. Fonseca; V. R. Bagnoli. São Paulo: Editora Revinter.
7. Maternal-Fetal Evidence Based Guidelines: Maternal-Fetal Evidence Based Guidelines. Vicenzo Berghella. 2012. New York: Informa Healthcare.

Propedêutica/Diagnóstico dos problemas de saúde na Infância e na Adolescência

Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Livre*
Pré-requisito: Propedêutica Geral Módulo: *32 vagas*

Ementa: Compreensão das interrelações entre os conhecimentos biomédicos básicos com epidemiologia, ética, psicologia, aplicados ao estudo da propedêutica na Infância e na Adolescência. Aprofundamento no estudo da fisiopatologia das enfermidades e sua relação com aos sinais e sintomas de fundamental importância para o diagnóstico clínico na Infância e na Adolescência. Abordagem das particularidades da propedêutica clínica e cirúrgica, com ênfase na importância da anamnese e do exame físico, e discussão das possibilidades e das evidências científicas sobre os exames laboratoriais e de imagem, sempre buscando as evidências científicas e as particularidades da realidade brasileira. Abordagem dos principais problemas de saúde desta população, como diagnosticá-los, com ênfase na prevenção de agravos e promoção da saúde. Discussão dos diversos métodos diagnósticos e sua custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional e dos programas do SUS voltados para esta parcela da população. Debate dos programas de saúde voltados para esta população. Particularidades dos problemas de saúde da própria comunidade e da cidade/região, levando casos reais e prevalentes na UBS para discussão no componente curricular.

Bibliografia Básica:

1. Nelson: Princípios de Pediatria. RE Behrman e RM Kliegman, 2004. 4ª edição. RJ: Guanabara Koogan.
2. Tratado de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª edição (2 volumes), 2010. Barueri,SP: Editora Manole.
3. Pediatria Básica. E Marcondes, FA Costa Vaz, JLA Ramos e Y Okay, 2003. 9ª edição (III volumes). Editora Sarvier.
4. Pronto Atendimento em Pediatria. L. R. Silva; D. E. Garcia; D. R. Mendonça, 2000. RJ: Editora MEDSI.

Propedêutica/Diagnóstico dos problemas de saúde na Idade Adulta

Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Livre*
Pré-requisito: Propedêutica Geral Módulo: *32 vagas*

Ementa: Compreensão das interrelações entre os conhecimentos biomédicos básicos com epidemiologia, ética, psicologia, aplicados ao estudo da propedêutica na Idade Adulta. Aprofundamento no estudo da fisiopatologia das enfermidades e sua relação com aos sinais e sintomas de fundamental importância para o diagnóstico clínico na Idade Adulta. Abordagem dos principais problemas de saúde da população brasileira e dos programas do SUS voltados para esta parcela da população. Abordagem das particularidades da propedêutica clínica e cirúrgica, com ênfase na importância da anamnese e do exame físico. Discussão dos diversos métodos diagnósticos e sua custo-efetividade a nível

individual, comunitário e populacional, bem como das possibilidades e das evidências científicas sobre os exames laboratoriais e de imagem.

Bibliografia Básica:

1. Semiologia Médica. Celmo Celeno Porto. 6ª edição, 2009, RJ: Guanabara Koogan.
2. Bibliografia Complementar:
3. Semiotécnica da observação clínica. José Ramos Jr. 7ª edição, 1986. São Paulo: Sarvier
4. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico Clínico (2 volumes). Mário López e J Laurentys-Medeiros, 2001. RJ: Revinter.
5. BATES: Propedêutica Médica. LS Bickley e PG Szilagy, 2005. RJ: Guanabara Koogan.
6. Tratado de Clínica Médica – Antônio Carlos Lopes. São Paulo: ROCCA.

Propedêutica/Diagnóstico dos problemas de saúde na Velhice

Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina* Natureza: *Livre*
Pré-requisito: Propedêutica Geral Módulo: *32 vagas*

Ementa: Compreensão das interrelações entre os conhecimentos biomédicos básicos com epidemiologia, ética, psicologia, aplicados ao estudo da propedêutica na Terceira Idade. Debate enfatizando a transição epidemiológica brasileira e seu impacto no setor saúde. Aprofundamento no estudo da fisiopatologia das enfermidades e sua relação com aos sinais e sintomas de fundamental importância para o diagnóstico clínico na Terceira Idade. Abordagem dos principais problemas de saúde da população brasileira e dos programas do SUS voltados para esta parcela da população. Interrelações perenes dos diversos sistemas com os demais órgãos do corpo humano. Fisiopatologia das principais alterações e sua repercussão compreendendo a propedêutica clínica e instrumental. Particularidades da propedêutica clínica, cirúrgica e ginecológica nesta fase da vida. Discussão dos diversos métodos diagnósticos e sua custo-efetividade a nível individual, comunitário e populacional.

Bibliografia Básica:

1. Semiologia Médica. Celmo Celeno Porto. 6ª edição, 2009, RJ: Guanabara Koogan.
2. Bibliografia Complementar:
3. Semiotécnica da observação clínica. José Ramos Jr. 7ª edição, 1986. São Paulo: Sarvier
4. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico Clínico (2 volumes). Mário López e J Laurentys-Medeiros, 2001. RJ: Revinter.
5. BATES: Propedêutica Médica. LS Bickley e PG Szilagy, 2005. RJ: Guanabara Koogan
6. Tratado de Clínica Médica – Antônio Carlos Lopes. São Paulo: ROCCA.

Bloco Temático D: Integração de Competências Preventivas

Prevenção/Controle dos problemas de saúde segundo o Ciclo de Vida

Meta Cognitiva: Compreender as tecnologias de prevenção e controle de doenças, sua interface com a relação médico-paciente-comunidade e o meio sócio-econômico-cultural, com ênfase naqueles agravos mais prevalentes na população, segundo o Ciclo de Vida: na gestação, na infância e na adolescência, na idade adulta e na velhice.

Prevenção/Controle dos problemas de saúde na Gestação

Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*

Pré-requisito: Propedêutica e Diagnóstico dos problemas de saúde na Embriogênese e Gestação

Ementa: Estudo das possibilidades de prevenção das diversas doenças, com ênfase nas doenças mais prevalentes na população brasileira. Influência da relação médico-paciente-comunidade na prevenção. Questões culturais relacionadas a prevenção. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão sobre prevenção e controle de doenças, sua interface com o meio sócio-econômico-cultural e a importância de se trabalhar a intersetorialidade na saúde.

Bibliografia Básica:

1. Rezende – Obstetrícia Fundamental. 12ª edição, 2011. RJ: Guanabara Koogan.
2. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan.
3. Berek e Novak: Tratado de Ginecologia. J.S. Berek. 14ª edição. RJ: Guanabara Koogan.
4. Tratado de Ginecologia. J.A. Pinotti; A.M. Fonseca; V. R. Bagnoli. São Paulo: Editora Revinter.
5. Manual de Ginecologia de Consultório. E.C. Baracat; R.M. Ribeiro; P. Rossi. São Paulo: Atheneu.

Prevenção/Controle dos problemas de saúde na Infância e na Adolescência

Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*

Pré-requisito: Propedêutica/Diagnóstico dos problemas de saúde na Infância e na Adolescência

Ementa: Estudo das possibilidades de prevenção das diversas doenças, com ênfase nas doenças mais prevalentes na população brasileira. Influência da relação médico-paciente-comunidade na prevenção. Questões culturais relacionadas a prevenção. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão sobre prevenção e controle de doenças, sua interface com o meio sócio-econômico-cultural e a importância de se trabalhar a intersetorialidade na saúde.

Bibliografia Básica:

1. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan.
2. Nelson: Princípios de Pediatria. RE Behrman e RM Kliegman, 2004. 4ª edição. RJ: Guanabara Koogan.
3. Tratado de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª edição (2 volumes), 2010. Barueri,SP: Editora Manole.
4. Pediatria Básica. E Marcondes, FA Costa Vaz, JLA Ramos e Y Okay, 2003. 9ª edição (III volumes). Editora Sarvier.

Prevenção/Controle dos problemas de saúde na Idade Adulta

Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*

Pré-requisito: Propedêutica/Diagnóstico dos problemas de saúde na Idade Adulta

Ementa: Estudo das possibilidades de prevenção das diversas doenças, com ênfase nas doenças mais prevalentes na população brasileira. Influência da relação médico-paciente-comunidade na prevenção. Questões culturais relacionadas a prevenção. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão sobre prevenção e controle de doenças, sua interface com o meio sócio-econômico-cultural e a importância de se trabalhar a intersetorialidade na saúde.

Bibliografia Básica:

1. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan.
2. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elservier.
3. RUBIN – Patologia. Bases Clinicopatológicas da medicina. E. Rubin; F. Gorstein; R. Rubin et al (Editores). 4ª edição. 2010. RJ: Guanabara Koogan.
4. Harrison – Medicina Interna. E. Braunwald; A.S. Fauci; D.L.Kasper et al (Editores). 2009 (2 volumes). 17ª edição. RJ: Artmed-MG Hill.
5. Tratado de Clínica Médica – Antônio Carlos Lopes. São Paulo: ROCCA. (3 volumes).

Prevenção/Controle dos problemas de saúde na Velhice

Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*
Pré-requisito: Propedêutica/Diagnóstico dos problemas de saúde na Velhice

Ementa: Estudo das possibilidades de prevenção das diversas doenças, com ênfase nas doenças mais prevalentes na população brasileira. Influência da relação médico-paciente-comunidade na prevenção. Questões culturais relacionadas a prevenção. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão sobre prevenção e controle de doenças, sua interface com o meio sócio-econômico-cultural e a importância de se trabalhar a intersetorialidade na saúde. Discutir o empoderamento do sujeito e o papel da educação em saúde.

Bibliografia Básica:

1. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Naomar de Almeida Filho e Maurício Lima Barreto, 2011. RJ: Guanabara Koogan.
2. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elservier.
3. RUBIN – Patologia. Bases Clinicopatológicas da medicina. E. Rubin; F. Gorstein; R. Rubin et al (Editores). 4ª edição. 2010. RJ: Guanabara Koogan
4. Harrison – Medicina Interna. E. Braunwald; A.S. Fauci; D.L.Kasper et al (Editores). 2009 (2 volumes). 17ª edição. RJ: Artmed-MG Hill.
5. Tratado de Clínica Médica – Antônio Carlos Lopes. São Paulo: ROCCA. (3 volumes).

Bloco Temático E: Integração de Competências Interventivas

Tratamento/Reabilitação dos problemas de saúde segundo o Ciclo de Vida

Meta Cognitiva: Compreender as tecnologias de tratamento e reabilitação em saúde, sua interface com a relação médico-paciente-comunidade e o meio sócio-econômico-cultural, com ênfase naqueles agravos mais prevalentes na população, segundo o Ciclo de Vida: na embriogênese e na gestação, na infância e na adolescência, na idade adulta e na velhice.

Tratamento/Reabilitação dos problemas de saúde na Gestação

Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*
Pré-requisito: Propedêutica/Diagnóstico dos problemas de saúde na Gestação

Ementa: Estudo das possibilidades terapêuticas para as diversas doenças, com ênfase nas mais prevalentes na população brasileira. Influência da relação médico-paciente na terapêutica. Questões culturais e a adesão ao tratamento. Durante todo o curso o aluno trará casos da atividade prática para a discussão terapêutica. Relações entre os gêneros e particularidades da saúde da mulher sob os diversos aspectos.

Bibliografia Básica:

1. Rezende – Obstetrícia Fundamental. 12ª edição, 2011. RJ: Guanabara Koogan.
2. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan.
3. Berek e Novak: Tratado de Ginecologia. J.S. Berek. 14ª edição. RJ: Guanabara Koogan.
4. Tratado de Ginecologia. J.A. Pinotti; A.M. Fonseca; V. R. Bagnoli. São Paulo: Editora Revinter.

Tratamento/Reabilitação dos problemas de saúde na Infância e Adolescência

Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*
Pré-requisito: Propedêutica/Diagnóstico de problemas de saúde na Infância e Adolescência

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

Bibliografia Básica:

1. Nelson: Princípios de Pediatria. RE Behrman e RM Kliegman, 2004. 4ª edição. RJ: Guanabara Koogan.
2. Tratado de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª edição (2 volumes), 2010. Barueri,SP: Editora Manole.
3. Pediatria Básica. E Marcondes, FA Costa Vaz, JLA Ramos e Y Okay, 2003. 9ª edição (III volumes). Editora Sarvier.
4. Pronto Atendimento em Pediatria. L. R. Silva; D. E. Garcia; D. R. Mendonça, 2000. RJ: Editora MEDSI.

Tratamento/Reabilitação dos problemas na Idade Adulta

Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*
Pré-requisito: Propedêutica/Diagnóstico dos problemas de saúde na Idade Adulta

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

Bibliografia Básica:

1. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elservier.
2. Clínica Cirúrgica. S. Rasslan et al (Editores). 02 volumes. 2008. Editora MANOLE.
3. GOLDMAN e GILMAN - As Bases Farmacológicas da Terapêutica. L.L. Brunton; J.S.Lazo; K. L. Parker. 11ª edição, 2010. Porto Alegre: Artmed-MGH.
4. Harrison – Medicina Interna. E. Braunwald; A.S. Fauci; D.L.Kasper et al (Editores). 2009 (2 volumes). 17ª edição. RJ: Artmed-MG Hill.
5. Tratado de Clínica Médica – Antônio Carlos Lopes. São Paulo: ROCCA. (3 volumes).
6. Farmacologia – Penildon Silva. 7ª edição, 2006. RJ: Guanabara Koogan.
7. Antibióticos e quimioterápicos para o clínico. W. Tavares. 2ª edição, 2009. São Paulo: ATHENEU.

Tratamento/Reabilitação dos problemas de saúde na Velhice

Carga Horária: *60h* T Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*
Pré-requisito: Propedêutica/Diagnóstico dos problemas de saúde na Velhice

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

Bibliografia Básica:

1. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elservier.
2. Clínica Cirúrgica. S. Rasslan et al (Editores). 02 volumes. 2008. Editora MANOLE.
3. Harrison – Medicina Interna. E. Braunwald; A.S. Fauci; D.L.Kasper et al (Editores). 2009 (2 volumes). 17ª edição. RJ: Artmed-MG Hill.

Conhecimentos básicos nas grandes especialidades médicas

Meta Cognitiva: Compreender, de forma disciplinar e articulada, as tecnologias de propedêutica, prevenção e controle, tratamento e reabilitação em saúde individual e coletiva, com ênfase nas grandes especialidades médicas: pediatria, ginecologia-obstetrícia, medicina interna, cirurgia-geral, saúde coletiva e saúde mental.

Conhecimentos básicos em Pediatria

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*
Pré-requisitos: Propedêutica, diagnóstico, prevenção, tratamento nos ciclos de vida.

Ementa: Prossegue apropriação de conhecimentos básicos das especialidades médicas que todo profissional médico deve saber e treinamento para diagnosticar e encaminhar corretamente os principais problemas de pediatria, fornecendo orientação inicial e acompanhamento resolutivo e responsável. Discussão de viés da fragmentação do conhecimento. Debates das questões inerentes a subjetividade e da humanização do atendimento.

Bibliografia Básica:

1. Pediatria Básica. E. Marcondes; F.A. Costa Vaz; J.L.A. Ramos; Y. Okay. 9ª edição. São Paulo: SARVIER

Conhecimentos básicos em Ginecologia-Obstetrícia

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*
Pré-requisitos: Propedêutica, diagnóstico, prevenção, tratamento nos ciclos de vida.

Ementa: Prossegue apropriação de conhecimentos básicos das especialidades médicas que todo profissional médico deve saber e treinamento para diagnosticar e encaminhar corretamente os principais problemas de ginecologia-obstetrícia, fornecendo orientação inicial e acompanhamento resolutivo e responsável. Discussão de viés da fragmentação do conhecimento. Debates das questões inerentes a subjetividade e da humanização do atendimento.

Bibliografia Básica:

2. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan.
3. Novak – Tratado de Ginecologia. J.S.Berek. 14ª edição. RJ: Guanabara Koogan.

Conhecimentos básicos em Medicina Interna

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*

Pré-requisitos: Propedêutica, diagnóstico, prevenção, tratamento nos ciclos de vida.

Ementa: Prossegue apropriação de conhecimentos básicos das especialidades médicas que todo profissional médico deve saber e treinamento para diagnosticar e encaminhar corretamente os principais problemas de medicina interna, fornecendo orientação inicial e acompanhamento resolutivo e responsável. Discussão de viés da fragmentação do conhecimento. Debates das questões inerentes a subjetividade e da humanização do atendimento.

Bibliografia Básica:

4. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elservier.

Conhecimentos básicos em Saúde Coletiva

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*
Pré-requisitos: Propedêutica, diagnóstico, prevenção, tratamento nos ciclos de vida.

Ementa: Prossegue apropriação de conhecimentos básicos das especialidades médicas que todo profissional médico deve saber e treinamento para diagnosticar e encaminhar corretamente os principais problemas de saúde coletiva de cada área, realizando análise de situação de saúde, priorizando problemas segundo sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e desenvolvendo Projetos de Intervenção Coletiva orientados para os problemas priorizados, considerando metas, prazos, responsáveis e orçamento.

Bibliografia Básica:

6. PAIM, J; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio: Medbook, 2013.

Conhecimentos básicos em Saúde Mental

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*
Pré-requisitos: Propedêutica, diagnóstico, prevenção, tratamento nos ciclos de vida.

Ementa: Prossegue apropriação de conhecimentos básicos das especialidades médicas que todo profissional médico deve saber e treinamento para diagnosticar e encaminhar corretamente os principais problemas de saúde mental, realizando análise de situação de saúde, priorizando problemas segundo sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e desenvolvendo Projetos de Intervenção Coletiva orientados para os problemas priorizados, considerando metas, prazos, responsáveis e orçamento.

Bibliografia Básica: a definir

Conhecimentos básicos em Cirurgia Geral

Carga Horária: *60h* T-P Modalidade: *Disciplina Obrigatória* Módulo: *32 vagas*
Pré-requisitos: Propedêutica, diagnóstico, prevenção, tratamento nos ciclos de vida.

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

Bibliografia Básica:

6. Condutas no Paciente Grave. Elias Knobel. (02 volumes), 3ª edição. Editora ATHENEU.
7. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER.
8. Tratado de Cirurgia do CBC. Roberto Saad Jr, et al (Editores). Editora ATHENEU, 2010.

3. EIXO DE PRÁTICAS (INTERNATO COM IMERSÃO GRADUAL NA REDE SUS)

Práticas Integradas à Estratégia Saúde da Família I, II, III e IV

Meta Cognitiva: Capacitar-se no exame propedêutico (anamnese, construção da história clínica, exame físico, formulação de hipóteses diagnósticas e utilização de exames complementares), promoção da saúde e prevenção das enfermidades, tratamento e reabilitação da saúde individual e coletiva no âmbito das Equipes de Saúde da Família, avaliando intervenção *versus* não intervenção, riscos *versus* benefícios, possibilidades da educação em saúde na APS e da APS na gestão do cuidado em saúde, os sistemas de referência e contrarreferência e a importância do diálogo entre os três níveis de atenção.

Práticas Integradas à Estratégia Saúde da Família I

Carga Horária: *120h* 90P 30T Modalidade: *Estágio+Oficina* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: Propedêutica Módulo EAA: *8 vagas*

Ementa: Atividades práticas no âmbito das Equipes de Saúde da Família com foco no exame propedêutico (anamnese e exame físico). diagnóstico, prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde da comunidade e indivíduos usuários do Programa de Saúde da Família diagnóstico, prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde da comunidade e indivíduos usuários do Programa de Saúde da Família.

Bibliografia Básica:

1. Exame Clínico. O. Epstein, G D Perkin e J Cookson. 3ª edição. Editora Elservier.
2. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico Clínico (2 volumes). Mário López e J Laurentys-Medeiros, 2001. RJ: Revinter
3. Medicina Ambulatorial. AC Lopes, LS Ward e ML Guariento, 2006. São Paulo: Atheneu.
4. BATES: Propedêutica Médica. LS Bickley e PG Szilagy, 2005. RJ: Guanabara Koogan

Práticas Integradas à Estratégia Saúde da Família II

Carga Horária: *120h* 90P 30T Modalidade: *Estágio+Oficina* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: Propedêutica Módulo EAA: *8 vagas*

Ementa: Atividades práticas no âmbito das Equipes de Saúde da Família com foco no exame propedêutico (anamnese e exame físico) nos diferentes nesta fase da vida. Desenvolvimento e aprimoramento das relações médico-paciente-comunidade. Discussão da interface entre as questões culturais e os sintomas apresentados. Treinamento em equipes de aprendizagem e trabalho integrado entre estudantes de diferentes áreas do cuidado em saúde. Diálogo e participação na discussão dos problemas da comunidade e das UBS com entidades e lideranças locais. Interação com os agentes de saúde do PSF e

trabalho conjunto com os demais estudantes e profissionais da saúde. Reuniões ao final do dia de atendimento, para discutir os problemas de saúde na comunidade e o que pode ser feito na direção da intersetorialidade e a resolução das necessidades de saúde.

Bibliografia Básica:

1. CECIL: Medicina Interna Básica – Andreoli. CCJ Carpenter, RC Griigs, J Loscalzo. 6ª edição. Editora Elservier.
2. Medicina Ambulatorial. A.C. Lopes, L.S. Ward e M.L. Guariento, 2006. São Paulo: Atheneu.
3. Pronto Atendimento em pediatria. L.R. Silva; D.E. Garcia; D.R. Mendonça. 2000. RJ: Medsi.

Práticas Integradas à Estratégia Saúde da Família III

Carga Horária: *120h* 90P 30T Modalidade: *Estágio+Oficina* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: Propedêutica Módulo EAA: *8 vagas*

Ementa: Atividades práticas no âmbito das Equipes de Saúde da Família com foco no diagnóstico e prevenção das enfermidades dos usuários do Programa de Saúde da Família. Desenvolvimento e aprimoramento das relações médico-paciente-comunidade. Abordagem aprofundada das opções terapêuticas no SUS, debate entre intervenção versus não intervenção, riscos versus benefícios, empoderamento do sujeito e da comunidade. Ampliação da educação em saúde como parte do atendimento profissional. Diálogo e participação na discussão dos problemas da comunidade e das UBS com entidades e lideranças locais. Interação com os agentes de saúde do PSF e trabalho conjunto com os demais estudantes e profissionais da saúde na equipe multiprofissional de saúde.

Bibliografia Básica:

1. Medicina Ambulatorial. A.C. Lopes; L.S. Ward; M.L. Guariento. 2006. São Paulo: Editora Atheneu.
2. Tópicos em Clínica Médica. A.C. Lopes. 2003. RJ: Editora MEDSI.
3. Pronto Atendimento em pediatria. L.R.Silva; D.E. Garcia; D.R.Mendonça. 2000. RJ: Medsi

Práticas Integradas à Estratégia Saúde da Família IV

Carga Horária: *120h* 90P 30T Modalidade: *Estágio+Oficina* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: Propedêutica Módulo EAA: *8 vagas*

Ementa: Aplicar conhecimentos relativos à Saúde Coletiva, com foco na Análise da organização e na Administração de serviços de saúde, realizando análise de situação de saúde, priorizando problemas e desenvolvendo Planos de Intervenção no âmbito das Equipes de Saúde da Família (eSF), orientados para os problemas de saúde da população, considerando metas, prazos, responsáveis e orçamento.. O papel da eSF na prevenção e controle dos principais agravos à saúde. O retorno após o atendimento hospitalar e a reabilitação, o papel dos profissionais da eSF. Sistemas de referência e contra-referência. Educação em Saúde. O papel das especialidades e das equipes multiprofissionais. A importância do diálogo entre os três níveis de atenção.

Bibliografia Básica:

1. CARDOSO, AJC. *Elementos Construtores do Planejamento Participativo para as Equipes de Saúde da Família in* Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro. Campinas (SP), Saberes Editora, 2014: 355-421.

2. PAIM, J; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio: Medbook, 2013.

Praticas Integradas na Rede SUS de média complexidade I, II e III

Meta Cognitiva: Capacitar-se no exame propedêutico (anamnese construção da história clínica, exame físico, formulação de hipóteses diagnósticas e utilização de exames complementares), tratamento e reabilitação da saúde em serviços especializados (ambulatoriais e sob regime de internação) nas cinco grandes áreas médicas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva).

Praticas Integradas na Rede SUS em média complexidade I

Carga Horária: *90h* P Modalidade: *Estágio* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: Propedêutica Módulo EAA: *8 vagas*

Ementa: Enfoque prático no atendimento nas cinco grandes áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva) em serviços especializados, avaliando intervenção *versus* não intervenção, riscos *versus* benefícios, o papel da Atenção Especializada no cuidado em saúde e a importância do diálogo com a APS. Interface com as discussões das oficinas de CSBE, levando casos atendidos pelas equipes para o debate frente às evidências científicas, confrontando-as com a realidade regional. Diálogo e participação na discussão dos problemas da comunidade e das UBS com instituições e conselhos locais. Interação com os agentes de saúde do PSF e trabalho conjunto com os demais estudantes e profissionais da saúde na equipe multiprofissional de saúde.

Bibliografia Básica:

1. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elservier.
2. Rezende – Obsterícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan
3. Novak – Tratado de Ginecologia. J.S.Berek. 14ª edição. RJ: Guanabara Koogan

Bibliografia Complementar:

4. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSEVIER.
5. Tratado de Cirurgia do CBC. Roberto Saad Jr, et al (Editores). Editora ATHENEU, 2010.
6. Clínica Cirúrgica. S.Rasslan; J.J. Gama-Rodrigues; M.C.C.Machado. (2 volumes), 2008. Editora MANOLE.

Praticas Integradas na Rede SUS em média complexidade II

Carga Horária: *90h* P Modalidade: *Estágio* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: Propedêutica Módulo EAA: *8 vagas*

Ementa: Enfoque prático no atendimento nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de média complexidade, avaliando intervenção *versus* não intervenção, riscos *versus* benefícios, o papel da Atenção Especializada no cuidado em saúde e a importância do diálogo com a APS. Interface com as discussões das oficinas de CSBE, levando casos atendidos pelas equipes para o debate frente às evidências científicas, confrontando-as com a realidade regional. Diálogo e participação na discussão dos problemas da comunidade e das UBS com instituições e conselhos locais. Interação com os agentes de saúde do PSF e trabalho conjunto com os demais estudantes e profissionais da saúde na equipe multiprofissional de saúde.

Bibliografia Básica: Idem acima

Praticas Integradas na Rede SUS em média complexidade III

Carga Horária: *90h* P Modalidade: *Estágio* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: Propedêutica Módulo EAA: *8 vagas*

Ementa: Aplicar conhecimentos relativos à Saúde Coletiva, com foco na Análise da organização e na Administração de serviços de saúde, realizando análise de situação de saúde, priorizando problemas e desenvolvendo Planos de Intervenção em serviços especializados de Saúde Pública (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária etc.).

Bibliografia Básica:

1. CARDOSO, AJC; SCHIERHOLT, SR. *Planejamento em Saúde*. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.8, n.1 (2014):103-108.
2. PAIM, J; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio: Medbook, 2013.

Praticas Integradas na Rede SUS de Urgência/Emergência I e II

Meta Cognitiva: Capacitar-se no exame propedêutico, tratamento e reabilitação da saúde em serviços de urgência e emergência nas áreas de Clínica médica e Clínica cirúrgica.

Práticas Integradas na Rede SUS de Urgência e Emergência I

Carga Horária: *60h* P Modalidade: *Estágio* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: Propedêutica Módulo EAA: *8 vagas*

Ementa: Atendimento, terapêutica e intervenção nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de urgência e emergência.

Bibliografia Básica:

1. Condutas em urgências e emergências para o clínico. V. Golin; S.R.S. Sprovieri. Editora ATHENEU.
2. Emergências Clínicas. H.S. Martins; R.A. Brandão Neto; A. Scalabrini Neto; I.T. Velasco. 6ª edição, 2011. Editora MANOLE.
3. Pronto Atendimento em pediatria. L.R. Silva; D.E. Garcia; D.R. Mendonça. 2000. RJ: MESI.

Práticas Integradas na Rede SUS de Urgência e Emergência II

Carga Horária: *60h* P Modalidade: *Estágio* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: Propedêutica Módulo EAA: *8 vagas*

Ementa: Atendimento, terapêutica e intervenção nas quatro áreas (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria) em serviços de urgência e emergência.

Bibliografia Básica: A definir

Práticas integradas na Rede SUS de alta complexidade

Carga Horária: *90h* P Modalidade: *Estágio* Natureza: *Obrigatório*
Pré-requisito: Propedêutica Módulo EAA: *8 vagas*

Meta Cognitiva: Capacitar-se no exame propedêutico (anamnese construção da história clínica, exame físico, formulação de hipóteses diagnósticas e utilização de exames complementares), tratamento e reabilitação da saúde em serviços de alta complexidade (CACON, UTI etc.) nos níveis terciários de atenção.

Ementa: Diagnóstico, prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde (Clínica médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e especialidades) em serviços de alta complexidade nos níveis terciários de atenção.

Bibliografia Básica:

1. Condutas no Paciente Grave. Elias Knobel. (02 volumes), 3ª edição. Editora ATHENEU
2. CECIL – Tratado de Medicina Interna. D. Ausiello; L. Goldman. 23ª edição (2 volumes). Editora Elservier.
3. Rezende – Obstetrícia. C.A.B. Montenegro e J. Rezende Filho. 11ª edição. RJ: Guanabara Koogan
4. Novak – Tratado de Ginecologia. J.S.Berek. 14ª edição. RJ: Guanabara Koogan
5. Pediatria Básica. E. Marcondes; F.A. Costa Vaz; J.L.A. Ramos; Y. Okay. 9ª edição. São Paulo: SARVIER
6. SABISTON – Tratado de Cirurgia. C.M. Townsend; D.C. Sabiston Jr. 17ª edição. Editora ELSERVIER.