



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

WALNEY RAMOS DE SOUSA

**A ARTE DE CUIDAR: UM CONTRIBUTO PARA A CONSTRUÇÃO DA
HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA**

FORTALEZA

2018

WALNEY RAMOS DE SOUSA

**A ARTE DE CUIDAR: UM CONTRIBUTO PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA
HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação.
Área de concentração: Educação Brasileira
Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Helena Carvalho Holanda

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S698a Sousa, Walney Ramos de.
A Arte de Cuidar : Um contributo para a construção de uma humanização na formação do médico /
Walney Ramos de Sousa. – 2018.
472 f.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação
em Educação, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Patrícia Helena Holanda.
1. Medicina. 2. Currículo. 3. Educação Comparada. I. Título.

CDD 370

WALNEY RAMOS DE SOUSA

**A ARTE DE CUIDAR – UM CONTRIBUTO PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA
HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação.
Área de concentração: Educação Brasileira

Orientador: Professora Doutora Patrícia
Helena Carvalho Holanda

Aprovada em 31/07/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Patrícia Helena Carvalho Holanda (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Juraci Maia Cavalcante
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Antônia Lis de Maria Torres
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Anníbal Coelho, de Amorim
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Dedico esse trabalho aos pacientes e aos estudantes,
Afinal, é desse Encontro que precisamos cuidar.

AGRADECIMENTOS

Ao Divino

À Professora Maria Juraci Maia Cavalcante por tudo o que representa

À minha orientadora, Professora Patrícia Helena Carvalho

À Linha de História de Educação Comparada

Aos Professores da Banca – Patrícia Helena Carvalho, Maria Juraci Maia Cavalcante, Lis Antônia Torres, Raimundo Augusto Torres e Anníbal Coelho de Amorim

Aos professores e estudantes entrevistados

Ao UNIFESO

A todos os Encontros

A meu pai e minha mãe – meu encontro primeiro e eterno

Às minhas irmãs

Aos Amigos

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,
Mas, ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana”. (Carl Jung)

RESUMO

Este estudo trata do currículo de formação médica, em perspectiva comparada, tomando como modelo curricular o que é desenvolvido na Faculdade de Medicina da UFC e na Faculdade de Medicina do UNIFESO, em seus aspectos racionais e emocionais, com vistas a entender a questão central de como suscitar nos estudantes o olhar ampliado do processo de adoecimento com uma visão humanista da medicina. Indaga também até que ponto o projeto formativo instituído nas duas escolas de medicina incorpora pressupostos teóricos metodológicos capazes de transformar as relações com os pacientes, no sentido de desenvolver uma prática mais humanista na construção da identidade profissional do futuro médico. Realizou estudos bibliográficos no campo interdisciplinar que envolve medicina e educação médica, que incidem sobre a história da medicina, estudos curriculares e debate educacional atual sobre formação médica no Brasil e em alguns países. Adotou abordagem qualitativa em Saúde utilizando entrevistas semiestruturadas com observação participante. Valeu-se das ferramentas de análise hermenêutica para analisar o material empírico obtido a partir das entrevistas com os atores envolvidos estudantes, preceptores, professores e gestores do curso de medicina das escolas médicas estudadas. Os resultados evidenciam que o complexo processo multifacetado da formação médica tem se afastado do Cuidado, tornando-se por vezes adoecedor para estudantes e médicos, apontando para a premência de uma formação humanizada, entendendo que a humanização em saúde, como valor, aponta para a dimensão que o cuidar em saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re)construindo, não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que se entende ser a boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la. Dentre os possíveis caminhos para propiciar essa formação humanizada encontramos no debate contemporâneo a “medicina baseada em narrativa” (MBN), que destaca o valor dos atos de escutar e contar histórias, deixar-se afetar pelo outro, que ao narrar evoca sua historicidade e desnuda-se, deixando explícito, ao ouvinte médico, os significados do adoecer, oportunizando que se lhe ofereça o melhor cuidado. No entanto, apesar da percepção da potência da MBN, resta ainda desvelar o modo como operar a integração entre a narrativa do adoecimento, a tecnociência e os contextos e modelos assistenciais. Concluímos assim que a formação médica está sendo questionada e revista em diferentes espaços envolvidos nesse processo, com vistas ao seu aprimoramento pedagógico e profissional.

Palavras-chave: Medicina. Currículo. Educação comparada.

ABSTRACT

This study deals with the curriculum of medical training, in a comparative perspective, taking as a curricular model what is developed in the Faculty of Medicine of the UFC and in the Faculty of Medicine of UNIFESO, in its rational and emotional aspects, with a view to understanding the central question of how to elicit in the students the enlarged view of the process of illness with a humanistic view of medicine. It also inquires to what extent the formative project instituted in the two medical schools incorporates theoretical methodological assumptions capable of transforming relations with patients, in the sense of developing a more humanistic practice in the construction of the professional identity of the future doctor. He has carried out bibliographic studies in the interdisciplinary field that involves medicine and medical education, which focus on the history of medicine, curricular studies and current educational debate about medical education in Brazil and in some countries. Adopted a qualitative approach in Health using semi-structured interviews with participant observation. She used the tools of hermeneutical analysis to analyze the empirical material obtained from the interviews with the involved actors students, preceptors, teachers and managers of the medical course of the medical schools studied. The results show that the complex multifaceted process of medical training has moved away from Care, making it sometimes unhealthy for students and physicians, pointing to the urgency of a humanized formation, understanding that humanization in health, as value, points to the dimension that health care involves repeated meetings between socially conformed subjectivities, which progressively and simultaneously, clarifying and (re) constructing, not only health needs, but what is understood to be the good life and the morally acceptable way of getting it. Among the possible ways to promote this humanized formation we find in the contemporary debate "medicine based on narrative" (MBN), which emphasizes the value of listening and telling stories, letting oneself be affected by the other, which in narrating evokes its historicity and naked, leaving explicit, to the medical listener, the meanings of falling ill, giving him the best care. However, despite the perceived power of MBN, it remains to be seen how the integration between the narrative of illness, technoscience and the contexts and models of care operate. We conclude that medical training is being questioned and reviewed in different spaces involved in this process, with a view to its pedagogical and professional improvement.

Keywords: Medicine. Curriculum. Comparative education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
A Escolha do Tema	13
2 FORMAÇÃO MÉDICA	
2.1. Genealogia da Formação Médica	
2.1.1. Medicina Filosófica	17
2.1.2. Medicina Caritativa	23
2.1.3. Medicina no Renascimento	27
2.1.4. Medicina Científica	31
2.1.5. Medicina (Des) humanizada	38
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE	
3.1 Conceitos Essenciais e História da Construção no Brasil	42
3.2. Políticas Públicas de Educação no Brasil	50
3.3 Políticas Públicas de Educação para a Formação Médica	59
3.4 Políticas Públicas de Saúde no Brasil	67
4 METODOLOGIA E O PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO	
4.1. Preâmbulo	77
4.2. Escolha das Escolas	79
4.3. Seleção dos Entrevistados	81
4.4. As Visitas e as Entrevistas	83
4.5. Análise das Entrevistas	84
5 O CURRÍCULO E A PROFISSÃO MÉDICA	
5.1. Significados do Currículo	
5.1.1. Teorias do Currículo	87
5.1.2. Currículo nas Escolas Médicas do Brasil	95
5.1.3. O Currículo na Faculdade de Medicina da UFC	105
5.1.4. O Currículo na Faculdade de Medicina do UNIFESO	106

5. 2. Abordagens Pedagógicas	
5.2.1. Conceitos Essenciais	108
5.2.2. Abordagens Pedagógicas nas Escolas Médicas	110
5.3. Significados do Sujeito	119
5.3.1 O Conceito de Sujeito utilizado nas Práticas de Saúde	123
5.4. PROFISSÃO MÉDICA	
5.4.1. Significados de Profissão	131
5.4.2. Antropologia e Sociologia da Profissão Médica	139
5.4.3 Demografia Médica	
5.4.3.1. Questão das Especialidades Médicas	142
5.4.3.2. Questão de Gênero	144
6 O PRESCRITO, O OUVIDO E O VIVIDO	
6.1. Preambulo	150
6.2. A Ambiência de Ensino e seus Atores	151
6.3. O Estudante de Medicina	157
6.4. O Professor de Medicina	161
6.5. Núcleos Temáticos	163
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
REFERÊNCIAS	178
ANEXOS	
ANEXO 1 - Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UFC	198
ANEXO 2 - Projeto Pedagógico do Curso de Medicina do UNIFESO	240
ANEXO 3 - Perfil dos Estudantes Entrevistados	475
ANEXO 4 – Perfil dos Professores Entrevistados	476

1 INTRODUÇÃO

Penso ser relevante, para a clareza desse estudo, apresentar o percurso que me trouxe ao doutorado em educação na linha da História da Educação Comparada, esta segundo Antonio Nóvoa “o outro é a razão de ser da Educação Comparada: o outro que serve de modelo ou de referência, que legitima as ações ou que impõe os silêncios e opera a definição de limites” (CAVALCANTE, 2008).

Nasci em Fortaleza, fiz todo o ensino formal em escolas públicas, motivado pela concepção de meu pai que a educação era uma obrigação do Estado, com o que compartilho plenamente. Nos idos da década de 70 do século passado, a escola pública já demonstrava um declínio na qualidade, eu estava concluindo o antigo ginásial e queria uma escola com melhores condições de ensino-aprendizagem. No ano de 1972 foi oportunizado pela primeira vez o ingresso de mulheres para a Escola Técnica Federal do Ceará, e assim prestei o concurso e cursei eletrotécnica, oportunidade ímpar de conhecer outra realidade com colegas do gênero masculino, com outra faixa de idade, outros projetos de vida. Ao longo desse curso foi ficando claro que a área tecnológica não me encantava, definitivamente não era o que desejava como trabalho. Decidi então, com 17 anos de idade cronológica, que queria ser médica. Naquela ocasião o acesso ao ensino superior se dava exclusivamente através de concurso vestibular, não para um curso de graduação específico, mas para duas grandes áreas Ciências ou Humanas, Medicina estava na área da Ciência, o ciclo básico era igual para engenharia, arquitetura, física, matemática e medicina. Já se iniciava o curso de medicina com todo um viés tecnológico. Concluí o curso de Medicina pela Universidade Federal do Ceará, em 1980. Durante o curso de medicina, a nós estudantes era dito nas aulas e nas enfermarias, que “*médicos não podem se envolver com o sofrimento do doente*”, “*pacientes são inimigos do médico, não se iludam*”, dentre tantas outras máximas do mesmo teor. Teimeei em acreditar que a medicina é mais que uma ciência, é uma Arte, que conjuga o saber técnico com a capacidade de ouvir e ler nas entrelinhas o que o outro, por vezes tão diferente de nós, tem a dizer de seus medos, suas aflições, seus queixumes e adoecimentos, o que espera de nós enquanto médicos. Esse aspecto do que seja a profissão médica não permeava o curso de graduação em medicina, assim como também o que seja o processo de adoecimento. Se fortalecia no Brasil as especialidades médicas, se organizava formalmente os Programas de Residência Médica, assim saí do Ceará para a região Sudeste na qual se concentrava esses Programas. Fiz Residência Médica em Clínica Médica e depois em Endocrinologia e Metabologia, novamente a reflexão do que seja a profissão médica ou o *ser médico*, não permeava esses Programas. Durante a minha vida profissional trabalhei como socorrista em um grande hospital público da cidade do Rio de Janeiro, ocasião em que conheci o embrutecimento do médico e do estudante de medicina que lá vinha para estágio supervisionado. A discussão acerca do que levava a esse embrutecimento que se entrelaçava com as relações de poder - tanto no aspecto do poder simbólico

(BOURDIEUR, 1989), quanto no aspecto do poder relacional (FOUCAULT, 1990), não se fazia ou era minimizada, ao imputar exclusivamente às condições precarizadas de trabalho. Se iniciava a década de 90 do século XX, os avanços biotecnológicos caminhavam a passos largos, fascinando estudantes de medicina, médicos, e população em geral, fazendo crer que a biotecnologia era sinônimo de medicina de boa qualidade. Entretanto, na década seguinte, isso se mostrou ser uma falácia. As notícias sobre o esgarçamento das relações médico-pacientes saíram dos muros das sociedades médicas e ganharam os noticiários e as mídias eletrônicas, não somente no Brasil, mas mundo afora. Desde o final da década de 90 pari passo à atividade médica profissional, sou professora do curso de graduação em medicina o que tem me oportunizando vivenciar as agruras desses jovens em conjugar biotecnologia e sofrimento humano. Desde o início dos anos 2000 passei também a fazer parte da coordenação colegiada do curso de graduação em medicina do UNIFESO, o que me aproximou das exigências normativas das políticas públicas de saúde e educação, assim como do distanciamento do prescrito e do possível de ser oportunizado e experienciado, quer por estudantes, quer por professores, quer por médicos, quer pela sociedade em geral. Em 2005 o curso de graduação de medicina do UNIFESO, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais para Curso de Graduação em Medicina, passou a adotar metodologias ativas de ensino-aprendizagem centradas no estudante e a inseri-los desde o primeiro período do curso no mundo do trabalho. Esperava-se com essa mudança uma transformação na formação médica. Entretanto, com o passar dos anos, o que observamos é que isso não ocorreu, a complexidade multifacetada imbricada na formação médica está para além da mudança na metodologia de ensino-aprendizagem. Neste aspecto, dentre outras considerações, uma se mostra relevante e impactante - a singularidade de cada estudante. A questão que se coloca é que a despeito da metodologia ser centrada no estudante, este é considerado como homogêneo, desconsiderando a hermenêutica do sujeito (Foucault, 2014). Não queria ser mais um médico e professor incomodado com o caminhar da medicina e da formação médica, gostaria de compreender os porquês e a partir dessa compreensão conchamar à discussão para uma possível reconstrução. Para tanto, precisava ampliar os meus saberes, alargar minha história de médica e professora de medicina, viajar pela interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, a pensar a ciência em uma perspectiva mais alargada indo ao encontro da obra de Feyerabend (FEYERABEND, 2011) com o pluralismo metodológico, o que me trouxe ao doutorado. Ao longo do doutorado, com a riqueza do Encontros com os professores (as aulas eram na verdade Encontros) e os disparadores de leituras a partir desses Encontros, fui percebendo que minhas observações e explicações para as mesmas, ainda que fruto da minha vivência e sensibilidade, guardavam amparo teórico, era tempo de qualificar as minhas observações e explicações primeiras, totalmente intuitivas.

A formação médica, nos moldes em que fui formada e ainda hoje, nos impele a construir um modelo de pensamento com possibilidades para a melhor tomada de decisão, entretanto, com a predominância do que se

pode apreender biologicamente, o que nos distancia do não apreensível que é o identitário de cada um. Isso, a meu ver, está no cerne do distanciamento entre o eu-médico e o outro. Mas, o que pensam os estudantes e professores de Medicina?

O meu projeto inicial de estudo, tão cheio de certezas, se transformou num projeto de escuta qualificada. Assim, comecei um bordado no qual os fios vieram da minha vivência de médica, professora e cidadã; das ideias e teorias dos pensadores das coisas do mundo; das regulamentações para a formação e profissão médica; das narrativas de estudantes e professores escutadas por mim na ambiência dos cenários de ensino-aprendizagem de duas escolas médicas – uma na qual me graduei, outra na qual exerço meu ofício de professora e de médica. A tela desse bordado vivo, sem bordas, com um convite a receber mais e mais fios e formas num *continuum*, com o recorte de onde chegamos, sugere que evocar as sensibilidades através das narrativas pode ser um caminho para humanizar a formação médica.

A medicina é uma ciência ou uma arte? A medicina hipocrática, sem dúvida uma arte, a arte de ouvir o dito e ver o não dito. A anamnese ouvida/ escutada como uma narrativa, uma narrativa com a historicidade daquela pessoa, naquele momento. A arte do exame físico sem intermediações de instrumental. Já pré-científica, porque atendia postulados ainda que observacionais. Aquela época a ensinagem médica se fazia aprender-fazendo mestre e aprendiz, e na formação do médico os ensinamentos incluíam conhecimentos de filosofia e arte.

Atualmente a medicina é uma ciência, assim definida como ciência da saúde, mas que se voltou quase que inteiramente para a doença desconsiderando o adoecimento, porque esse está relacionado com a integralidade do sujeito e não somente com seu corpo físico.

Não pode ser negado que o avanço biotecnológico é desejado, mas a biotecnologia desgarrada das humanidades não cumpre o papel primeiro do fazer médico que é o Cuidado em saúde.

Cuidado em saúde tem como significado ouvir, respeitar, compreender, e tratar as necessidades de saúde do outro. Assim, o ato de cuidar em saúde se constitui uma atitude interativa que inclui o afetamento entre o profissional médico e o outro, o outro adoecido, que tem sua história de vida e compreensões singulares do adoecer. O ato do cuidar em saúde é, pois, uma relação intersubjetiva que além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e inclusão dos saberes, dos desejos, e das necessidades do outro. Prescinde de ouvir, acolher, praticar a alteridade e a empatia, em uníssono com o saber técnico imprescindível para o fazer médico.

A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Segundo Ayres (2000), nessa perspectiva é fundamental se que entendo o lugar privilegiado do cuidado nas práticas de saúde: atitude e espaço de (re) construção de intersubjetividades, de exercício aberto de uma

sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde. (AYRES, 2009; PINHEIRO & MATOS, OMPILO, 2005).

Segundo Pinheiro e Mattos (2005), o cuidado em saúde, tomando a perspectiva da intersubjetividade e o ato de cuidar como sendo além de uma tarefa das práticas de saúde, pode diminuir o impacto do adoecimento, pode contribuir para desfechos positivos nos adoecimentos e/ou agravos agudos, e principalmente nos adoecimentos crônicos - que com a mudança do perfil epidemiológico das últimas décadas assume uma população significativa de pessoas-, construir um projeto de felicidade. Por outro lado, o a falta de cuidado, como aqui conceituado, pode agravar o adoecimento e interferir negativamente nos desfechos imediatos e em longo prazo.

A medicina tecnicista, biomédica que orienta o médico e o estudante de medicina a se apoiar em meios diagnósticos para evidenciar agravos e doenças, afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva, conduzindo à percepção que o diagnóstico substitui a atenção e o cuidado.

A maior expressão desse contexto é o esgarçamento das relações médico/estudantes e pacientes/família/cuidador e isso repercute trazendo ruídos e queixas, tanto das sociedades médicas, como da sociedade em geral, sendo um fenômeno não exclusivo do Brasil, mas espalhado por outros países.

Esse processo é multicausal, envolvendo as mudanças histórico-sociais que aconteceram e acontecem na dinâmica da história da humanidade. Mas, umas das formas para (re) construir a práxis médica passa por mudanças na formação médica, escopo dessa tese.

Para Arouca (2003), a formação médica, historicamente, tem sido influenciada e fortalecida por diferentes fatores, numa combinação articulada de todos os campos de força, gerados pelas questões relacionadas à saúde. E se redefine permanentemente em termos conjunturais, mas, nos últimos anos, vem ampliando a compreensão coletiva sobre a complexidade da educação médica, bem como sobre o impacto dos condicionantes externos e globais nos processos de mudança.

A discussão sobre a mudança na formação médica e dos demais profissionais de saúde, intensificada crescentemente nas últimas décadas, alcançou o espaço global e esse debate vem mobilizando poder político e articulações sociedade-estado-sociedade em correspondentes tomadas de decisões.

As análises sobre o porque isto acontece tem sido pautadas nos modelos da formação médica – tecnicista, disciplinar, centrada na doença e não na saúde. Tudo isto é fato. Entretanto, há um aspecto que não tem sido trazido com a mesma frequência e veemencia, muito provavelmente pela dificuldade para os médicos em transitarem por áreas de saberes outras que não as biológicas - as relações entre esses sujeitos. Para Minayo (2001), em termos gerais pode-se inferir que a construção do conhecimento médico e a práxis médica têm sido sistematicamente marcadas pelo apagamento do sujeito.

Cabe considerar o conceito de formação segundo Sá-Chaves (1997) - associada à educação (formação

inicial, formação contínua, formação especializada, formação em contexto de trabalho); - associada ao desenvolvimento de uma capacidade pessoal, de natureza psicossocial que implica um conhecimento intrapessoal e uma reflexão sobre o vivido, que se desenvolve em interação com o mundo, com os saberes e a convivência interpessoal.

Essa compreensão multifacetada de formação remete à reflexão que cada sujeito trilha um percurso singular de formação, resultante do que é e do que pode ser. São caminhos de descobertas desencadeadoras de níveis progressivos de desenvolvimento, de confrontos, se espera que possa conduzir à autonomia e a capacidade de responsabilizar-se por sua atuação social tanto como cidadão, como profissional na área do conhecimento na qual irá desenvolver o seu trabalho.

A formação médica em sendo regulamentada, deve atender aos pressupostos das políticas públicas de educação e de saúde, que são construídas espelhando a organização ou desorganização do Estado e o que se define para o seu papel. No Estado de inspiração neoliberal como o que atualmente vivemos, essas políticas públicas não se expressam havendo um distanciamento entre o proposto e o vivido, e mesmo o proposto não atende às demandas para uma formação médica que considere o Cuidar.

A Universidade é um espaço em que se articulam – ou deveriam se articular – o ensino, a pesquisa e a extensão, com a finalidade de formar profissionais críticos e criativos, capazes de construir, com seu trabalho, uma sociedade democrática e solidária (Rios, 2009, p. 119). Porém, situar a universidade, no momento atual, sem dúvida, é situá-la num contexto histórico de crises e contradições.¹⁹⁹

Nesse sentido, a universidade aparece vinculada aos processos de transformações estruturais da sociedade, sendo considerada como um dos locais onde ocorre a produção de conhecimentos, transmissão de saberes e da formação de profissionais aptos a desempenhar no mercado produtivo funções que requerem o conhecimento técnico-científico desenvolvido segundo interesses e critérios que levam a eficiência e a utilidade do conhecimento produzido.

Assim, a universidade vem, historicamente desempenhando seu papel de acordo com a autonomia da razão e do Estado, e sendo fiel aos preceitos da razão instrumental buscando desenvolver suas funções, por meio da docência, tanto na formação de profissionais aptos a desempenhar as tarefas do mercado como também na produção do conhecimento interessado em consonância com as necessidades requeridas pelo processo de inovações científicas e tecnológicas (HABERMAS, 1985).

Para, além disso, há de se considerar, a peculiaridade da formação médica, que se consolida de fato e em ato, na inserção do estudante de medicina nos serviços de saúde, nos quais se delinea a identidade do profissional médico.

No momento atual, os serviços de saúde se apresentam desestruturados trazendo condições de trabalho

precarizadas que acabam por comprometer negativamente o fazer médico e a formação do futuro médico, assim produzindo uma identidade médica singularizada com as nuances "*esse é o médico que eu quero ser* (o médico especialista, com atividades no hospital escola, associado ao sucesso na medicina privada) ou "*esse é o médico que eu não quero ser*" (o médico com atividades na atenção primária em saúde, sem inserção prioritária na medicina privada). O caminho que nos trouxe a esse desenho é multifacetado, guardando relação com a cultura contemporânea do eu, da política neoliberal que apregoa o estado mínimo, das contradições entre o proposto nas políticas públicas de saúde e o realizado.

Há de se considerar como se apresenta a sociedade contemporânea. Uma sociedade pautada no imediatismo, num mundo movente e de impermanências. Vivemos em um mundo de aceleração do tempo e da tecnologia. O projeto iluminista previa que a ciência, o conhecimento científico, iria mitigar a fome, acabar com a barbárie, e nada disso aconteceu. A ciência ainda não cumpriu suas promessas, seu projeto de modernidade, não iluminou suficientemente o humano, o mundo e a sociedade. Se na modernidade nós tínhamos um humano único, universal, hoje temos pluralidade de identidades com reivindicações identitárias específicas (GIROUX,1986; LEVINAS, 2009; LIPOVERSKY, 2004).

Ademais, vivenciamos um amplo processo de redefinição das esferas social, política e pessoal, no qual complexos e eficazes mecanismos de significação e representação são utilizados para criar e recriar um clima favorável à visão social e política neoliberal. A política neoliberal constrói um espaço que se torna impossível pensar o econômico, o político e o social, fora das categorias que justificam o rearranjo social capitalista. Isso leva a que noções como igualdade e justiça social recuem no espaço da discussão pública e cedam lugar às noções redefinidas de produtividade, eficiência, qualidade, colocadas como passaporte a uma suposta modernidade (SILVA, 2011).

Ou seja, a formação médica envolve e prescinde a um só tempo da construção de conhecimento técnico, da conceituação e compreensão do que seja saúde e adoecimento, da compreensão da subjetividade e da intersubjetividade dos sujeitos, dos espaços de prática que ofereçam construir-se adequadamente a identidade médica ancorada no cuidado em saúde.

Mas, o que é mesmo que se elenca para a formação médica? É possível ensinar medicina? Sendo a profissão médica uma profissão prescritiva que traz em seu âmago o poder de definir normativamente o que seja a doença (FREIDSON, 2005), como articular com o cuidado em saúde? O currículo das escolas médicas, considerando que o currículo é um lugar de tensões que refletem o momento histórico-social no qual foi pensado, consegue ser um guardião dinâmico e atento à formação médica abrangente e humanitária?

Com essa questão central desenvolvemos esse estudo apresentado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, delineou-se a genealogia da formação médica ocidental, de Hipócrates aos dias atuais; no segundo capítulo -

apresentamos as políticas públicas de educação e saúde cotejando a história de sua construção e como estão expressas e se inter faceiam com a formação médica; no terceiro capítulo – as questões metodológicas; no quarto capítulo - apresenta-se a discussão curricular, da profissão médica, e de qual sujeito falamos; e no quinto capítulo – apresentamos o ouvido e vivido acerca da formação médica no Brasil no século XXI, triangulando com o prescrito e abordado nos tomos anteriores, com o ouvido e vivido por professores, preceptores e estudantes, na formação médica.

A Escolha do Tema

A escolha do tema "*A arte de cuidar – um contributo para a construção da humanização na formação médica*", que nomeia esse estudo, se deu a partir da vivência dessa pesquisadora enquanto médica da assistência, professora e gestora de curso de graduação em medicina, que experienciou ao longo de 38 anos de atividade médica e 22 anos de docência, o descarrilamento da medicina arte, centrada no sujeito e não na doença, que trazia a marca indelével da medicina hipocrática quanto ao fazer médico "*Aos doentes tenha por hábito duas coisas - ajudar, ou pelo menos não produzir danos*" (Hipócrates de Cós , 406 a.C.).

No longo percurso até os dias atuais, a medicina se consagrou como uma Ciência da Saúde, e sob aspecto de profissão, como profissão de consulta (FREIDSONS, 2009).

Até os idos da década de 50 do século passado, o constructo do médico significativa ter conhecimentos de Medicina e disponibilidade, interesse, e boa vontade, para estar ao lado do paciente. A relação médico-paciente se fazia mais próxima e singular, expressando que o médico se importava com o paciente e sua experiência de adoecer. A essa época já existiam métodos diagnósticos e terapêuticos, entretanto a construção da hipótese explicativa/ diagnóstica considerando o sujeito adoecido e não sua doença, assumia grande relevância, sendo a máxima "a clínica é soberana" o norte da prática médica. Nesse sentido, com essa conjunção, pode-se dizer que aquela era uma inter-relação humanizada.

Na contemporaneidade, o constructo médico e seu consequente fazer médico se modificou por diversas razões. Vivemos uma época de grande desenvolvimento científico e tecnológico, ao mesmo tempo com descrença nos movimentos coletivos e de colonização do espaço público pelo eu, com crescente superficialização das relações intersubjetivas, de certa forma reduzidas ao estrito caráter instrumental e utilitário (GIROUX, 1986; HALL, 2000).

Esses aspectos culturais se expressam na área da saúde principalmente na medicina, no que se convencionou chamar "modelo biomédico da atenção"³⁴. O modelo biomédico trabalha com a visão do ser humano limitado ao escopo biológico apreensível pelas ciências biológicas e desenvolveu uma técnica de intervenção reduzida a excessiva valorização dos recursos tecnológicos em detrimento das dimensões das sensibilidades, destituindo-se

das dimensões intersubjetivas e de outras dimensões da vida social, emocional, e singular, que envolvem o adoecimento (BONET,1996; RIOS& SCHRAIBER, 2012).

Esses aspectos se expressam como um esgarçamento da relação médico-paciente, e de forma mais marcada, a partir da década de 90 do século passado, os ruídos acerca desse esgarçamento alcançaram não só as sociedades médicas, mas a sociedade em geral, clamando por uma humanização da medicina. Tendo-se a compreensão que um dos caminhos a serem tomados com esse intuito era uma transformação na formação médica, vários movimentos estão acontecendo em todo o mundo, com propostas para essa transformação.

No Brasil, a proposta de transformação na educação médica se consolidou com a publicação da Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina (DCN medicina) em 2001, posteriormente regulamentada em 2014. Essas DCN definem o perfil do egresso e as diretrizes para sua formação, conjugando mudanças no currículo médico e nas abordagens pedagógicas. Essas mudanças trazem uma teatralização do ensino das habilidades - considerando habilidades a conjunção de aspectos cognitivos e atitudinais-, que desconectados do mundo real, acabam por fortalecer o aspecto tecnicista dessa formação. Desconectadas, pois, não houve pari passo à mudança curricular um reordenamento dos serviços de saúde - local no qual em ato e de fato se consolida a formação médica-, muito pelo contrário, assistimos à precarização desses serviços de saúde, bem como do trabalho em saúde, não oportunizando a prática do cuidado em saúde.

Compreendendo que a formação médica é um processo complexo, multifacetado, que o currículo um lugar de tensões e contradições que espelham o momento histórico e social, fica a questão se os projetos formativos das escolas médicas - tomando como objeto de estudo duas escolas médica representativas das escolas médicas -, por suas características incorporam pressupostos teóricos metodológicos capazes de transformar as relações com os pacientes no sentido de desenvolver uma prática mais humanista na construção da identidade do futuro profissional do futuro médico.

Partindo dessa problematização, o nosso problema de investigação assim se configurou:
No sentido de elucidar as questões postas e identificar como seria possível um redirecionamento que oportunizasse a reconstrução do constructo médico mais humanizado, definiu-se os objetivos da investigação

Objetivo geral

Investigar os currículos dos cursos de formação de medicina, realizados pelas Faculdades de Medicina da UFC e do UNIFESO, analisando a sua concepção e dinâmica, na perspectiva de uma teorização curricular crítico/reflexiva, abarcando as dimensões psicológicas e técnico-pedagógicas.

Objetivos específicos

Investigar a natureza do currículo nos níveis prescritivo, perceptivo, operativo, experiencial e

oculto, fundamentado nos referenciais da teoria do currículo e nas psicológicas humanistas; delinear um perfil dos alunos do curso, no sentido de fornecer elementos para uma análise do currículo na perspectiva de uma formação mais humanística; examinar os consensos e contradições da proposta em desenvolvimento pelas faculdades de medicina da UFC e faculdade de medicina do UNIFESO- RJ, considerando seus fundamentos e sua contribuição para novos projetos de formação.

A partir desses objetivos definiu-se a tese que se segue:

Para o êxito de uma proposta de formação em medicina que objetiva a construção de uma visão mais humanista, é de fundamental importância que se considerem os aspectos científicos, emocionais, sociais e culturais do aluno de medicina. Outrossim, nos tempos atuais, as subjetividades contemporâneas (valores, modelos, inscrições de significado), em seu exercício cotidiano nas relações intracomunitárias durante o ato clínico (médico e paciente) e durante a formação (relação entre alunos e entre alunos e professores), realizam um modo de ser médico (e educador) que se torna um obstáculo para a experiência intersubjetiva.

2. GENEALOGIA DA FORMAÇÃO MÉDICA

2.1. Genealogia da Formação Médica – da medicina filosófica ao tempo atual

Este tópico tem como objetivo central contribuir para um entendimento da genealogia da formação médica, mediante uma tipologia que revela as variações de entendimento sobre o sentido da medicina posto historicamente o que permite um olhar comparativo.

2.1.1 Medicina Filosófica

A civilização grega, primeiro, e depois a Romana até o início da Era Cristã, marcaram para o mundo ocidental suas principais referências. No apogeu do sistema escravista como base econômica, desenvolveu a *polis*, cenário no qual surgiu a política e a filosofia, bem como a sistematização da ciência, desligando-se, em parte, de seu caráter místico-religioso.

A medicina grega tenta construir um sistema, baseado na reflexão especulativa, capaz de explicar os fenômenos da natureza e estabelecer suas leis. Desta forma, está intimidante ligada à especulação filosófica. Teve origem na Grécia antiga, quando o pensamento mítico e a prática médica sobrenatural e empírica dão lugar a uma racionalidade médica baseada na observação da natureza. A transição para uma medicina racional e científica (ou pré-científica) está tradicionalmente vinculada ao nome de Hipócrates, nascido por volta de 460

a.C. em Cós, pequena ilha na costa da Ásia Menor, descendente de uma família de médicos ilustres, os Asclepiades¹, aristocratas que remontam aos tempos homéricos. Morreu, possivelmente, durante uma de suas viagens, nas primeiras décadas do século IV a.C., e pode ter sido enterrado em Larissa, na Tessália.

Para Entralgo (1978) o pensamento, até então caracterizado por uma cosmogonia, de orientação religiosa e sobrenatural, dá lugar a uma cosmologia em que o *logos* – a palavra, a razão – surge na representação que o homem faz do universo. Assim, produz-se uma mudança em direção a novas concepções epistemológicas, que se afastam da forma de pensar do homem mítico e dão início à medicina ocidental tal como conhecemos hoje (MAGALHÃES, 2014).

A ideia da natureza humana ou da *phýsis* particular do corpo humano fundamenta a medicina hipocrática, a qual é constituída por individualidades que em seu conjunto estão em conformidade com a *phýsis* universal e possui um princípio gerador (*arkhē*) e organizador. Enquanto princípio organizador, a *phýsis* tanto determina no homem qualidades como a ordem, a beleza e a harmonia – mantendo o equilíbrio das funções normais do organismo – quanto rege a enfermidade, seus sintomas e manifestações clínicas (ENTRALGO, 1978; REBOLLO, 2003).

A medicina Hipocrática se preocupava tanto com a doença individual e com os meios para curá-la como também com a manutenção da saúde dentro de um sistema, que hoje nominamos como ecológico, em que fatores tais como o ar, a água, o clima e o alimento, eram vistos como relevantes para a manutenção do equilíbrio biológico (REBOLLO, 2003; REBOLLO, 2006).

Hipócrates, também exprimiu sua convicção de que existe um lugar para as artes na medicina e parece notório que julgava a medicina como uma arte. Numa de suas citações baseia-se no sentimento altruísta que necessariamente deve estar presente na relação médico-paciente:

.... Peço-te que sejas bondoso e que leves em contas os recursos do paciente. Sempre que puderes, preste teus serviços gratuitamente; e se surgir alguma ocasião de socorrer um estrangeiro em dificuldade, dá-lhe plena assistência.... Pois, onde há amor pelos homens também há amor pelas artes. [Hipócrates de Cós]

A coleção dos tratados médicos hipocráticos - o *Corpus hippocraticum* (CH) - surgiu entre os anos 420 e 350 a.C. Constituiu-se de uma realização coletiva, no interior da qual coexistem significativas diferenças teóricas e de orientação prática, suficientes para que se possa afirmar uma pluralidade de doutrinas e concepções médicas que, longe de espelhar um sistema teórico coerente e acabado, é o registro de uma diversidade oriunda de vários autores, diversos compiladores e inúmeras edições. Tal diversidade de doutrinas e concepções foi, ao longo da posteridade, exaustivamente glosada, interpretada e comentada, em um esforço do espírito que resultou na

¹ Os asclepiades constituíam, na Grécia Antiga, um genos, uma "família" de médicos que alegava descender de Asclépio, o deus grego da Medicina. Seu símbolo, um bastão enlaçado por uma única serpente, tornou-se o símbolo da medicina (REZENDE, 2009 p. 18)

própria construção da medicina ocidental. O conjunto dos tratados, cuja unidade demonstra o espírito de uma medicina desprovida de qualquer traço mágico-religioso, não é obra de um só homem. Há seguramente um núcleo original dos tratados que foram elaborados pelo próprio fundador da escola de Cós e por seus discípulos próximos, mas muito do que restou foram acréscimos não apenas posteriores, mas também vindos de outros lugares (ENTRALGO, 1978; REBOLLO, 2003; REBOLLO, 2006).

Toda a literatura médica do *CH* foi produzida em jônico, a língua científica do período, embora Hipócrates e a maior parte dos colaboradores fossem de Cós, onde imperava o dialeto dórico.

O *CH* é composto por cerca de sessenta tratados - alguns em vários livros - que variam amplamente nos assuntos abordados - embriologia, fisiologia, patologia geral, patologia de condições particulares, ginecologia, diagnóstico, prognóstico, tratamento, prevenção e aspectos éticos. Tais tratados de medicina constituem a primeira coleção de manuscritos científicos do mundo grego, os mais antigos datados no período entre a segunda metade do século V e a primeira metade do século IV a.C., e os mais recentes, no período Helenístico e Romano. Segundo os principais comentadores e estudiosos da medicina antiga, parte da coleção já se encontrava na biblioteca da escola dos Asclepiades da Ilha de Cós, provavelmente produzida e reunida por seus integrantes e pelo próprio Hipócrates de Cós (REBOLLO, 2003; REBOLLO, 2006).

A escola de Cós² deixou para a posteridade o tratado Sobre a Natureza do Homem, atribuído a Políbio, que contém a famosa teoria dos quatro humores, mais tarde fixada por Galeno. No *CH*, o humor recebe denominações variadas – khymós, hydrón, íkhor. A teoria dos quatro humores considera o homem composto de sangue, fleuma, bile amarela e bile negra e, que de sua harmonia resultaria a saúde. A doença seria decorrente do excesso ou escassez de um desses humores ou da falta de mistura entre eles no organismo (REZENDE, 2009).

No interior do *CH*, dois gêneros principais de literatura médica são encontrados: um dedicado aos especialistas e outro ao grande público. Este último era composto por conferências e discursos de divulgação, propaganda e convencimento, escritos por médicos oradores ambulantes, preocupados com a importância pública da profissão numa época em que o ensino e a prática da medicina não eram regulamentados (REBOLLO, 2003; REBOLLO, 2006).

Na ilha de Cós, na Grécia, bem no centro da cidade, há uma árvore milenar, *Platano orientalis*, conhecida como “a árvore de Hipócrates”. À sua sombra, segundo a tradição, Hipócrates reunia-se com seus discípulos. É hoje um local de visita obrigatória para os turistas. Não importa saber se é ou não o mesmo plátano do século v a.C., à sombra do qual Hipócrates fazia suas preleções. O importante é seu valor simbólico, assinalando o local de nascimento da medicina racional e científica que sucedeu à medicina mágica e sacerdotal dos povos primitivos, e uma lembrança do maior legado que nos deixou Hipócrates e sua escola – os princípios éticos que

² A palavra “escola” se refere a escolas de pensamento e não a um lugar de ensino

constituíram as bases da deontologia médica e conferiram dignidade ao médico [(Aguirre, 1938) in REZENDE, 2009]

Considerando o pressuposto de que o *CH* foi desde o seu primeiro surgimento, utilizado como material didático pode-se inferir como se dava a possível formação do médico da época.

O conhecimento médico tradicional era transmitido a uma linhagem masculina familiar. A transmissão oral quer teórica ou prática, de pai para filho ou de mestre para aprendiz, não estava apenas circunscrita às questões de caráter médico, e algumas noções de filosofia natural e retórica eram também ensinadas (REBOLO, 2003; REBOLO, 2006; REZENDE, 2009).

O ensino da medicina seguia a tradição grega do aprendizado técnico, uma vez que a medicina era uma *tékhnē-iatrikē*, um saber teórico voltado para a arte manual. A *tékhnē-iatrikē* compreende a enfermidade e o enfermo como partes constitutivas da natureza, regidas por leis universais e normas preconcebidas, não devendo, por isso, serem utilizados meios irracionais para superá-las.

A formação era teórica, prática e itinerante, pois a perícia clínica exigia a visita a diferentes lugares, nos quais o médico adquiria conhecimento das diversas doenças e de novos medicamentos. Fora do meio familiar, a aprendizagem, bem como o atendimento, era remunerada e envolvia um forte comprometimento moral e pessoal do aluno.

Três pequenos discursos atestam as relações do aprendizado médico nessa época: *Juramento*, *Lei* e *Sobre a decência*. No *Juramento*, são descritos três tipos de ensinamento: (1) do preceptor (*parangelliê*), um conjunto de regras e preceitos relativos à atuação ou conduta do médico no exercício da profissão; (2) o ensino médico oral (*akroésis*), algumas vezes acompanhado de escritos e anotações; (3) o ensino das questões médicas particulares (*loípe máthesis*), voltadas para a clínica (ENTRALGO, 1978; REBOLO, 2003; REBOLO, 2006; REZENDE, 2009).

Existem pouquíssimas informações sobre o currículo ou o conteúdo programático do aprendizado médico, antes e durante a formação médica. Para Entralgo (1978), provavelmente eram ensinados os primeiros rudimentos de anatomia (feita com pequenos animais, em geral macacos da região da Ásia Menor), semiologia, farmacologia e cirurgia.

O método (*oJdovç*) empregado na escola médica de Cós era *indutivo*, podendo ser descrito como de *observação clínica*. A maneira de proceder, do ponto de vista metodológico, se estruturava em torno de obter dados de modo padronizado sobre os pacientes, valendo-se para isto da descrição das queixas e sua cronologia,

do que hoje denominamos sinais³ e sintomas⁴ e, dos fatores correlatos importantes - clima, antecedentes mórbidos, alimentação, dentre outros (REBOLO, 2003; REBOLO, 2006; REZENDE, 2009).

Em relação ao exame clínico, era preconizado que o indivíduo fosse avaliado como um todo, utilizando-se para isso os *cinco sentidos*. A descrição era minuciosa, tornando-se perceptível o emprego da visão e do tato, principalmente. Os médicos hipocráticos praticavam a ausculta dos pulmões - pela aplicação do ouvido diretamente sobre a caixa torácica -, tomavam o pulso, percebiam os odores das excreções, das feridas e do hálito do enfermo, e, eventualmente, utilizavam o paladar também como instrumento para a análise.

Os dados obtidos nas avaliações clínicas eram minuciosamente registrados em seus aspectos de maior relevância, de modo cronologicamente organizado, de forma a permitir que fossem construídos os dois procedimentos cruciais do método hipocrático: o *diagnóstico* (*διαγνωστικός*) e o *prognóstico* (*προγνώστικός, ἔ, ὄν*), os quais eram elaborados, em grande medida, pela experiência adquirida em casos prévios similares. Um e outro são intimamente afins, com o *diagnóstico* referindo-se à identificação da condição expressa nos sinais e sintomas presentes no enfermo, enquanto o *prognóstico* referia-se à história natural do adoecimento, ou seja, ao curso que este irá tomar na dependência dos diversos fatores - e dos achados clínicos - que estivessem implicados.

Em relação à terapêutica, no tratado *Do Regime nas Doenças Agudas*, constava que dependia igualmente do diagnóstico e do prognóstico a terapêutica a ser instituída para um dado doente.

O tratamento hipocrático, a cura, quer produzida pela arte médica ou pela própria natureza, significava para a medicina hipocrática uma restauração da saúde (*hygíeia*), ou melhor, um retorno da *physis* do doente ao seu estado original. A *physis* poderia sarar espontaneamente (*automátou*) sem a utilização de medicamentos, quer por necessidade, por exemplo, as febres de outono que são curadas pela primavera; quer por acaso, quando uma doença acidentalmente elimina outra. Quando isso não era possível, o médico devia intervir e proceder à cura artificial, introduzindo recursos terapêuticos artificiais. Contudo, mesmo nesse caso, o médico apenas ajudava a *physis* a curar-se e o seu limite de intervenção era definido por ela. Três princípios gerais guiavam o médico hipocrático: (i) ser útil ao doente, isto é, favorecer e não prejudicar (o futuro *primum non nocere*); (ii) abster-se dos casos incuráveis, isto é, reconhecer os limites da arte frente àquilo que é necessário na natureza; e (iii) atacar terapêuticamente as causas da doença. O tratamento orientava-se pela utilização de ações e medicamentos contrários (to *enantíon*, mais tarde *contraria contrariis curantur*); semelhantes (*tó hómoion*, mais tarde *similia similibus curantur*) e dessemelhantes (*tó anómoion*, a futura alopatia) (ENTRALGO, 1978; REBOLLO, 2003; REZENDE, 2009).

³ Sinal “é um dado objetivo que pode ser notado pelo examinador pela inspeção, palpação, percussão, ausculta ou evidenciado através de meios subsidiários” Cf. PORTO, C.C. op. cit., p. 14.

⁴ Sintoma “é uma sensação subjetiva anormal sentida pelo paciente e não visualizada pelo examinador.” Cf. PORTO, C.C. *Semiologia Médica*, 4ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, p. 14.

Após a partida de Hipócrates para o norte da Grécia e para a cidade de Tessália, por volta de 419 e 416 a.C., seu genro e antigo discípulo Políbio, para certos comentadores o provável autor do tratado, sobre *a natureza do homem*, ficou à frente da escola de Cós zelando pela continuidade do ensinamento médico (ENTRALGO,1978; RIBEIRO JÚNIOR, 2003).

Hipocratismo galênico

A Medicina grega foi levada para o Egito e Ásia Menor através das conquistas de Alexandre (356-323 a.C.). A fundação de Alexandria em 332 a.C. deu origem a um novo centro da cultura helênica, onde se preservaram os escritos hipocráticos, reunidos por Baccheio de Tanagra, e das várias escolas médicas gregas na famosa Biblioteca do *Mouseion*, fundado por Ptolomeu I por volta do ano 285 a.C. (CALADO, 2009).

Por volta do início do século II d.C., no período da *Segunda Sofística*, surgem as duas primeiras edições literárias do *CH*: a de Dioscórides, o jovem, e a de Artemidoro Capitão. Tais edições acarretaram uma mudança significativa na tradição dos escritos hipocráticos, pois influenciaram a leitura que Galeno fez mais tarde dos tratados contidos no *CH*.

Claudio Galeno ou Élio Galeno (em latim *Claudius Galenus* e grego *Κλαύδιος Γαληνός*), de origem grega, nasceu por volta de 129, na cidade de Pérgamo, na Ásia Menor (hoje Turquia), na época um grande centro médico de culto e cura, onde estava sendo construído o templo de Asclépio, e que esta região estava submetida à colonização dos romanos.

Galeno comenta os tratados do *CH* cerca de 600 anos após o seu surgimento, sendo considerado o seu maior comentador. O seu trabalho de exegese foi fundamental para a transmissão e a difusão do legado hipocrático no mundo ocidental e oriental.

Entretanto, para Galeno, a exegese não devia limitar-se unicamente à apresentação definitiva das concepções dos autores. Galeno introduziu nos seus comentários as suas próprias ideias buscando aquilo que será, a partir de então, feito por todos aqueles que buscavam *conciliar* o pensamento antigo com as novas descobertas anatômicas e as novas concepções filosóficas. Cada comentário era composto por duas partes principais, o texto de Hipócrates e o comentário de Galeno.

Galeno ressaltava que para ser um bom médico era necessário ser, também, filósofo, afirmando que a ética médica consiste em aplicar a ética geral ao domínio da medicina.⁶⁹

Galeno produziu uma vasta obra que, traduzida e interpretada pelos sírios e árabes, fundou uma longa tradição médica muçulmana. Revertida para o latim, tal obra foi sistematicamente utilizada nos manuais das primeiras escolas de medicina em Salerno, na Itália, e Montpellier, na França, fornecendo a base teórica e conceitual da medicina medieval (ENTRALGO, 1978).

2.1.2. Medicina Caritativa

Na longa duração medieval, é importante ressaltar dois momentos basilares para a compreensão da história da medicina monástica europeia. O primeiro situa-se na primeira metade do VI século, quando se deu, no reino ostrogodo da península itálica, o surgimento de regras monásticas compostas por homens religiosos imbuídos da utopia da *fuga mundi*. O segundo momento de inflexão da medicina monástica localiza-se nos inícios do século XIII, quando se instalaram os cursos de medicina nos *Studia Generalia*⁵ e se percebe a preocupação por parte da Igreja católica, nos sínodos regionais e nos concílios, por coibir o estudo e o exercício da medicina, remunerada ou não, pelos monges para além dos muros de suas comunidades (SANTOS, 2013).

Até o meio da alta idade média a medicina era praticada principalmente em mosteiros. O primeiro mosteiro foi o dos beneditinos, fundado no ano 529 - o Mosteiro de Montecassino -, destruído em 1944. Nos séculos seguintes, outros foram fundados na Espanha, França, Alemanha e Irlanda. Após a grande peste que devastou a Europa no século VI e a conquista da Itália pelos lombardos, os mosteiros concentraram ainda mais pessoas cultas, buscando refúgio. No entanto, a prática da medicina pelos monges era circunscrita à sua missão de caridade cristã – o cuidado com os pobres e os doentes. (SANTOS, 2013; ENTRALGO, 1978).

A Regra da Ordem dos monges beneditinos – uma das primeiras do ocidente – além de regular o cotidiano dos monges preocupava-se com a sua saúde e a ocorrência de doenças. O resultado desta preocupação foi a organização de um sistema de cuidados médicos nos mosteiros, com enfermarias para os monges (*infirmarium*), para os ricos e nobres (*domus hospitum*) e para os pobres e peregrinos (*hospitale pauperum*), com a reprodução da ordem social existente também fora dos mosteiros. No século IX, a biblioteca do Mosteiro de St Galeno tinha seis obras de medicina e milhares de teologia (ALMEIDA, 2009).

Na idade média, houve claramente o divórcio entre a medicina e cirurgia. A separação tinha sido sugerida na medicina Alexandrina, e ajudou a aprofundá-la, o fato de Galeno ter abandonado a prática cirúrgica por entender que esta era tão somente uma forma de tratamento, ficando assim o cirurgião subordinado ao médico clínico. Mas na idade média, mais fatores contribuíram e foram decisivos para esta separação. Para o Cristianismo de então, o corpo do homem era compreendido como uma vil prisão da alma. Assim, a prática cirúrgica foi deixada nas mãos dos barbeiros. Selando tudo isto, em 1163, foi formulado o famoso édito do Conselho de Tours em 1163 - *Ecclesia abhorret a sanguine* -, que proibia oficialmente a prática cirúrgica de clérigos. A proibição foi promulgada pelo Papa Inocêncio III e tornou-se vigente em 1215 (ALMEIDA, 2009; ENTRALGO, 1978; MAGALHÃES, 2014).

⁵ *Studia Generalia* organismos de ensino criados para suprir as deficiências das escolas catedrais e monásticas, que só preparavam os alunos para a carreira religiosa.

O cristianismo daquela época reintroduziu na medicina um aspecto religioso – a doença como castigo dos pecadores ou a possessão pelo demônio, ou a consequência de uma bruxaria.

A medicina monástica durou oficialmente entre os séculos V a XI, até o Concílio de Clermont em 1130, que proibia que os monges praticassem medicina porque isto perturbava a vida sacerdotal.

A institucionalização do ensino médico medieval se dá com a Escola de Salerno (*Scuola Medica Salernitana*; em latim: *Schola Medica Salernitana*), no sul da Itália.

Surgida no século X, atingiu o seu apogeu no século XI. A Escola de Salerno é um dos poucos contrapontos laicos em termos de medicina na Europa cristã desta época, o que pode ser compreendido pela proximidade e contato com o mundo mulçumano, uma vez que estiveram presentes na vizinha Sicília entre os séculos IX e XI.

A Escola de Salerno manteve a tradição cultural greco-romana, combinando-a harmoniosamente com as culturas árabe e judaica, e acolhia estudantes de todos os credos. Este encontro de diferentes culturas levou ao surgimento do conhecimento medicinal a partir da síntese e da comparação de diferentes experiências. Na Escola, além do ensino da medicina - na qual as mulheres também estavam envolvidas, tanto como professoras quanto como estudantes - existiam cursos de filosofia, teologia e direito.

Das mulheres na Escola de Salerno destaca-se Trótula de Ruggiero que liderava um grupo de mulheres médicas e estudantes de medicina firmando uma posição investigativa que ia de encontro à linha de interpretação dogmática sustentada pelas autoridades eclesiásticas de então. Essas sábias se notabilizaram, como as “Damas de Salerno” ou, na expressão em Latim, “*Mulieres Salernitae*” (CALADO, 2009; ENTRALGO, 1978).

O curso médico exigia preparatórios e preliminares na faculdade de artes e mais cinco anos voltados para a medicina. O método de ensino se baseava na memorização e discussão dos textos das aulas. Os ensinamentos estavam consubstanciados num poema chamado *Flos medicina* ou *Regime Sanitatis Salernitatum*, que se baseava em fontes hipocráticas e galênicas. Destacavam-se as aulas práticas de anatomia, com as correspondentes dissecações, considerado o estímulo mais importante para um ensino mais criterioso e mais rigoroso dos cirurgiões. O domínio da língua latina também era fundamental. Cabe considerar que este modelo de ensinagem se afasta do aprender fazendo valorizando a memorização e engrandecendo o anatomismo (ENTRALGO, 1978).

A primeira titulação médica foi regulamentada em 1140 por Rogério II da Sicília, estabelecendo a obrigatoriedade de um exame oficial para o exercício da medicina. Esta disposição foi depois reafirmada em 1240, no Édito de Melfi, promulgado por Frederico II. Frederico II instituiu a obrigatoriedade de um curso superior em Salerno para os médicos, ao mesmo tempo em que proibiu qualquer sociedade entre médicos e farmacêuticos e determinou que estes tivessem de dispensar os medicamentos de acordo com as receitas médicas e as normas da arte provenientes de Salerno (ENTRALGO, 1978).

Menos conhecida é a Escola de Montpellier situada no sul da França, fundada no século VII ou IX, contava com autorização para a admissão de judeus e árabes, o que sugere que a instituição não estava sob o controle episcopal, como em outras escolas da França. Assim como a Escola de Salerno, a proximidade e contato com a civilização mulçumana permitia um intercâmbio de sábios de diferentes religiões, possibilitando uma amálgama dos conhecimentos de medicina grega e árabe (ENTRALGO, 1978).

Os ensinamentos médicos se embasavam além de fontes hipocráticas e galênicas, em obras de polímatas árabes, dentre eles Avicena e Averróis.

Avicena ou *Ibn Sina*, teria nascido por volta de 980 d.C. perto de Bucara, atualmente Uzbequistão⁶. A sua principal obra médica é o enciclopédico *al-Qanun* (ou “O Cânone da Medicina”), compreendia 5 livros (I- Generalidades, II- Matéria médica, III- Doenças da cabeça aos pés, IV- Doenças não específicas de órgãos, V- Drogas compostas). O livro Drogas compostas, apresentava um sistema completo de medicamentos de acordo com os princípios de Hipócrates e Galeno.

Averróis ou *Ibn Rushd* nasceu na cidade de Córdoba, na atual Espanha, por volta de 1126 no calendário gregoriano (520 no calendário islâmico), viveu na Andaluzia (sul da Espanha). Juntamente com Avicena, foi um dos expoentes máximos da filosofia medieval árabe, caracterizada por uma forte influência da filosofia grega clássica e helenística. Escreveu uma enciclopédia médica chamada *Kulliyat (Generalidades)*, conhecido em sua tradução latina como *Colliget*. A tradução latina do *Kulliyāt* contém uma introdução e seis partes: sobre a anatomia (35 capítulos), sobre a saúde (22 capítulos), sobre as doenças (41 capítulos), sobre os sinais e o diagnóstico de doenças e da cura (60 capítulos), sobre alimentos e medicamentos (59 capítulos) e sobre as regras da saúde (18 capítulos) Ele também fez uma compilação das obras de Galeno, e escreveu um comentário sobre o *Cânion de Medicina de Avicena* (ENTRALGO, 1978; TALMONI,2012).

Assim como a Escola de Salerno, em Montpellier havia uma criterização que consistia em um exame prévio e um estágio de meio ano como requisitos para o exercício da medicina.

Com o surgimento das escolas médicas, a medicina passa a constituir-se como profissão regulamentada, fundamentada na exigência de requisitos legais e acadêmicos para o seu exercício, assumindo um novo estatuto científico e social, havendo mudança da abordagem individualista para a social, no caso prevalecendo o interesse coletivo. Com a institucionalização da profissão e a conseqüente consciência e autoridade morais da medicina, adveio a deontologia, estabelecendo critérios próprios relativamente à moral comum, à religião e à lei.

2.1.3. Medicina no Renascimento

⁶ As primeiras civilizações existentes no Uzbequistão foram as Sogdiana, Báctria e Corásmia. Os territórios destes estados foram integrados no império Persa de Aquemênidas no século IV a.C., de que fizeram parte durante vários séculos.

O Renascimento foi um período de crescimento intelectual e desenvolvimento artístico na Europa. Em consonância com este processo os cientistas e pensadores começaram a se descolar das visões tradicionais que regiam a medicina escolástica medieval, tanto no oriente quanto no ocidente, para o Humanismo, compreendido com um método de aprendizado que faz uso da razão individual e da evidência empírica para chegar às suas conclusões, *pari passo* à consulta dos textos originais. O Humanismo trazia à compreensão que o homem era a medida de todas as coisas e estava no centro do universo. Nessa esteira, segue também a compreensão que o Homem tem capacidade para escolher e decidir por si próprio, para pensar por si próprio e passa a valorizar-se e a acreditar nas suas capacidades.

Nesse contexto, a visão do médico como sacerdote, instituída pela igreja e repassada à sociedade por vários pensadores, encontrou no Renascimento uma oposição forte porque o movimento criou uma figura médica humanista e erudita, solidamente formada em conhecimentos traduzidos das obras de Galeno e Hipócrates. O poder de regular a prática médica é gradualmente assumido por entidades estatais, e a profissão médica deixa de ser uma missão divina, passando a ser uma atividade remunerada (ALMEIDA, 2009; ENTRALGO, 1978).

A partir do século XV, começaram a surgir os primeiros tratados deontológicos, que tiveram como pioneiro o médico português, de origem judaica, Rodrigo de Castro (1542-1627). Em 1520, o *Royal College of Physicians of London* mudou a denominação do “Código Penal para Médicos” para “Código de Ética” (MAGALHÃES, 2014).

O movimento humanista atualizou e dinamizou os estudos tradicionais, baseado no programa *studia humanitatis* (estudos humanos), que incluía a poesia, a filosofia, a história, a matemática e a eloquência (resultante entre a retórica e a filosofia), como necessidades para a formação de profissionais. Todos estes estudos eram centrados exclusivamente sob o texto dos autores da Antiguidade Clássica. Brunelleschi, arquiteto, criador do método de perspectivas e idealizador da cúpula da Capela Santa Maria de Fiori em Florença, foi o primeiro a exigir que as artes plásticas saíssem do universo do artesanato e entrassem para o currículo da cultura superior. Assim, o desenvolvimento artístico ganhou maior vigor e acompanhou paralelamente o desenvolvimento científico renascentista (AZEVEDO, 2015).

Com essa tessitura, durante o Renascimento se obsejou um grande entrelaçamento entre a medicina e a arte, principalmente na pintura, no sentido da representação do corpo humano, sendo o produto das pinturas constituídas em fundamentos para o ensino da Anatomia.

Como a dissecação de cadáveres passou a ser aceita pela igreja, saindo assim dos calabouços para as universidades, os avanços no conhecimento em anatomia foram bastante significativos. Alguns artistas pintores aprenderam esta técnica tão somente para retratar o corpo humano, quer por motivação artística, quer para retratar na pintura, o trabalho do anatomista.

Vale comentar e ressaltar que a dissecação, técnica primordial para o desenvolvimento do conhecimento anatômico, só se tornou possível como prática legítima à medida que se procedeu a relativização do caráter sagrado do corpo humano. O estabelecimento da disciplina científica Anatomia adveio da alteração das mentalidades e sensibilidades frente não só ao corpo, mas à morte e à necessidade de novos conhecimentos mais consonantes com a racionalidade nascente (DONATELLI, 2008; TALMONI, 2012).

Marcus Vitruvius Pollio (Vitrúvio), inspirado na arquitetura grega clássica, escreveu no século I a. C. o tratado *De Architectura*, composto por dez livros. No Livro Terceiro, ao discutir as analogias entre a composição dos templos, as proporções do corpo humano e a geometria, faz emergir o conceito de «homem vitruviano», recuperado mais tarde por Leon Battista Alberti (1404-1472), e que foi motivo de inspiração de muitos artistas que criaram diferentes versões. O esquema de Leonardo da Vinci (1452-1519), desenhado em 1487, é o mais notável de todos eles, pois consegue compagnar, mediante um só movimento corporal e numa única imagem, os dois esquemas separados de Vitrúvio – o corpo no círculo e o corpo no quadrado –, resolvendo assim o conflito do corpo com a geometria, da anatomia com o movimento (DONATELLI, 2008; TALMONI, 2012).

Em 1543 o médico e anatomista Andreas Vesalius (1514-1564) publicou seu livro *A organização do corpo humano (De humani corporis fabrica)*, considerado a mais importante obra sobre anatomia da Idade Moderna. Vesalius dedicou vários anos de pesquisa e estudo para compor este atlas da anatomia, o qual contribuiu para repensar o estudo e a compreensão do corpo humano e da própria medicina a qual até então era profundamente ainda influenciada pelo pensamento de Galeno. O intuito de sua obra era, a partir da dissecação sistemática de cadáveres, abandonar o caráter “reviscionista” que prevalecia nas investigações anatômicas (ENTRALGO, 1978; TALMONI, 2012). Salientar que o termo *fabrica* indica uma nova orientação do olhar médico sobre o corpo. A descrição da máquina do corpo humano articula-se com a orientação do olhar para o lado admirável e exaltante da natureza e inscreve-se, por via desse novo olhar, na sensibilidade tipicamente renascentista, que é de maravilhamento em face da ordem e da beleza do universo.

A obra de Vesalius tem sido considerada como o alicerce da Medicina Científica e, ao mesmo tempo, a primeira realização da Ciência, no que tange às Ciências Biológicas, pois foi publicada no mesmo ano do tratado de Nicolaus Copernicus (1473- 1543) *sobre a revolução das esferas terrestres*. Ambos os trabalhos podem ser considerados marcos do período de transição entre o pensamento medieval, cuja teoria era pautada pelo determinismo galênico, e o pensamento moderno que posteriormente vai se consagrar com a obra de René Descartes (1596- 1650), *Discurso do método*, em 1637 (ENTRALGO, 1978; TALMONI, 2012).

Quanto às universidades e faculdades de medicina daquela época, é descrito um decaimento da Escola de Salerno e um crescimento da Escola de medicina de Montpellier e da universidade de Coimbra em Portugal.

A universidade de Coimbra foi fundada em 1290, mas somente em 1503, o rei dom Manuel I, procurou dar

ao ensino médico mais qualidade e eficácia, reorganizando o curso no quadro dos novos estatutos, para que, nesse domínio, Portugal pudesse competir com as universidades estrangeiras (ENTRALGO, 1978; RODRIGUES, 2013).

A faculdade de medicina figura com duas cadeiras da especialidade e uma de filosofia natural. O grau de bacharel em medicina obtinha-se frequentando, ao longo de cinco anos, as aulas de medicina, pressupondo a sua obtenção o alcance prévio do grau de bacharel em artes. A licenciatura era precedida da apresentação de teses e argumentos, em pontos tirados das doutrinas do grego Galeno e do persa Avicena, os grandes esteios da medicina medieval. O grau de doutor era precedido de uma breve lição e de um rápido argumento.

Em 1527, o curso de medicina sofreu então a sua primeira autêntica reformulação desde que os estudos universitários tinham sido iniciados em Portugal. O número de cadeiras médicas aumentou, e a distribuição dos assuntos nelas ensinados passou a fazer-se de um modo mais conforme aos objetivos do curso, tendo a duração de cinco anos (no final, o grau chamava-se bacharelato), incluindo a frequência obrigatória de três anos iniciais que constavam de um ano de lógica e de dois anos de filosofia natural. A licenciatura obrigava ao total de seis anos, pois se exigia mais um ano de aprendizagem e prática clínica do que o requerido para o grau de bacharel. Em 1556, a anatomia passou a fazer parte do curso médico e em 1557, a cadeira de cirurgia, foi anexada à de anatomia.

Na faculdade de medicina de Montpellier, no Renascimento, o ensinamento foi marcado pela perda progressiva da tutela do clérigo em favor do Estado. A faculdade adquiriu seus próprios locais, o *Collège Royal de Médecine* (Colégio Real da Medicina), e foi construído um anfiteatro para as aulas de anatomia. A disciplina da ciência da Anatomia, com já referido, tomava corpo e as mudanças na ensinagem se restringiram a esta nova abordagem, com destaque para o anatomista Henri de Demoville (? – 1320).

Ao longo dos séculos XVI a XVIII, no curso da Revolução Científica, a medicina acompanhou o esforço de renovação, introduzindo modos de inteligibilidade, perspectivas e ângulos de visão inovadores, tendo a representação do corpo no cerne da inteligibilidade médica.

No século XVII, Descartes estabeleceu os métodos para se pensar o corpo humano como máquina. Assim como Galileu Galilei (1564-1642) tinha mostrado que o método científico era capaz de providenciar uma interpretação mecânica do mundo físico, Descartes não via razão porque os mesmos princípios não podiam ser estendidos ao mundo das criaturas vivas. Assim, ele estabeleceu a dicotomia entre mente (uma concepção divina, fora do alcance da ciência) e corpo (um organismo imperfeito que obedece a leis mecânicas). Nesse esquema, a doença aparece como um distúrbio de um dos componentes da máquina humana passível de ser reparado pela intervenção de uma medicina que detivesse o conhecimento das leis que operam essa máquina. Esta concepção mostra-se evidenciada na sua obra *Os Excerpta anatômica*, um conjunto de textos escritos entre 1631 a 1637

(ENTRALGO, 1978).

A outra obra que revoluciona o conhecimento do funcionamento do corpo humano, com enorme repercussão no plano científico foi *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* (Frankfurt, 1628), de William Harvey (1578-1657), na qual expõe, em conjunto, suas observações conclusivas sobre a dinâmica da circulação sanguínea, negando a concepção essencialmente galênica aceita até então. Com esta obra, Harvey inaugura um novo paradigma científico, que reconhece fatos novos segundo um modelo explicativo distinto do tradicional e cujas implicações são teóricas, metodológicas e práticas (DONATELLI, 2008; REBOLLO, 2002).

Juntando-se a estes fatos, o uso do microscópio óptico para identificação de células e tecidos (Antonie von Leeuwenhoek, 1632 e 1723); a utilização do termômetro para aferição da temperatura corporal (Herman Boerhaave, 1668- 1738); e a invenção do estetoscópio (René-Théophile-Marie-Hyacinthe Laënnec, 1781- 1826), propiciaram o desabrochar da Medicina científica no século XIX (ENTRALGO, 1978).

Entretanto, os avanços em melhor compreender o corpo humano, não trouxeram de imediato, avanços similares no tratamento das enfermidades, e as doenças infectocontagiosas continuavam a grassar compelindo o Estado a interferir para o controle destas enfermidades, dando origem a uma medicina social. Foucault (1990) procura caracterizar o nascimento de uma medicina social, com três tipos: uma medicina de Estado, exemplificada na sociedade alemã – melhoria do sistema de observação, registro e controle da morbidade e normalização da prática e do saber médico; uma medicina urbana, exemplificada na sociedade francesa – controle dos espaços, da circulação, das águas, dos ares, das condições de vida e do meio de existência; medicina da força de trabalho, exemplificada na sociedade inglesa, a partir da Lei dos Pobres, quando o crescimento do proletariado exige do Estado uma medicina de controle desse estrato social. Essas intervenções do Estado, serão a base para a organização da saúde no período contemporâneo (FREIDSONS, 2009; FOUCAULT, 2001).

Neste período ocorre a reestruturação das antigas hospedarias ou conventos que cuidava de enfermos, para constituírem a base do que chamamos hoje hospital, centro da atividade médica e das tecnologias incorporadas pelo fazer médico.

2.1.4. Medicina Científica/ Medicina Moderna

O espírito metafísico, dominante até o final do século XVIII, guiara as pesquisas científicas dessa época, e fora, assim, o responsável pelos avanços e pelas características da Ciência naqueles séculos. A mudança de atitude mental de segmentos significativos dos meios intelectuais, a partir do Iluminismo, alteraria a situação. O aproveitamento da Ciência para confirmar a autoria divina dos fenômenos físicos e sociais seria substituído, no século XIX, pelo objetivo de entender e de utilizar tais fenômenos em benefício da Sociedade, sem o intuito de

procurar causas finais (QUEIROZ, 1986; ROSA, 2012).

As teses vitoriosas da separação do Estado e da Igreja, da abolição da prerrogativa eclesiástica de conceder autorização de publicação (*imprimatur*) e do reconhecimento da Fé como uma questão de foro íntimo do cidadão reforçariam a corrente de opinião em favor da absoluta liberdade de pesquisa científica, o que importava na rejeição da tutela religiosa, ou teológica, da Ciência.

O caráter secular do Estado nacional passaria a se aplicar, igualmente, ao campo da Ciência. Com o declínio da capacidade de interferência de considerações estranhas a seus novos objetivos de servir à Sociedade e ao Homem, impôs-se o pensamento científico, o qual, a partir da segunda metade do século XIX, orientaria, embora com resistências, o progresso da Ciência em bases racional, experimental, quantificada e positiva na busca de leis gerais e universais reguladoras dos fenômenos naturais e sociais.

A ebulição social, iniciada na segunda metade do século XVIII, na Europa, e ressaltada com as consequências da Revolução Industrial, trouxe à tona a chamada questão social, cujo exame passou a requerer um tratamento científico.

A fundação, por Augusto Comte (1798- 1857), da Sociologia, atendeu, assim, a essa necessidade. Ao incluir, necessariamente, os fenômenos sociais no âmbito da metodologia científica, a Sociologia romperia com uma tradição secular e inauguraria uma fase de estudo da Sociedade Humana com vistas à formulação de conceitos, leis sociológicas e análise dos fatos sociais (ROSA, 2012).

O grande desenvolvimento científico do século não se limitou, porém, às chamadas Ciências fundamentais. Várias Ciências auxiliares, vinculadas às fundamentais, se formariam, ampliando, extraordinariamente, a área de conhecimento do mundo e do Homem. As descobertas de ruínas de antigas cidades e civilizações levaram à Arqueologia, e as de esqueletos e fósseis de animais extintos, à Paleontologia; a Psicologia surgiria, em função dos estudos sobre o comportamento do Homem; e a Antropologia, em vista do interesse despertado, com a conquista colonial, pela cultura dos aborígenes. A Geologia, a Mineralogia e a Meteorologia também se desenvolveriam e contribuiriam para o melhor entendimento de fenômenos naturais, e as diversas Ciências Sociais (Direito, História, Economia, Linguística) seriam objetos de análise de acordo com o espírito científico.

Outro aspecto relevante no século XIX foi o de ser entendida a função social da Ciência, ou seja, o do reconhecimento generalizado, principalmente nos círculos oficial, intelectual e empresarial, de que a Ciência deveria ter uma destinação social, dando-lhe, assim, uma nova, ampla, profunda e importante finalidade. A tomada de consciência dessa função social, em vista das evidentes implicações do progresso científico no desenvolvimento de vários setores da atividade do Homem, seria a grande determinante da mudança de atitude da Sociedade, que, até então, a considerava, basicamente, como um mero exercício intelectual voltado para satisfazer a curiosidade humana.

A Teoria da Evolução da Espécie de Charles Robert Darwin (1809- 1822) teria um imenso impacto que transporia os limites da História Natural e da Biologia, a exemplo da enorme repercussão quando da criação da Física Moderna, por Galileu, ou da Mecânica Celeste, por Newton.

Os avanços na Química viabilizariam a indústria química e farmacêutica, e as pesquisas na Biologia permitiriam um rápido desenvolvimento da Medicina. Com o desenvolvimento e a contribuição da Química Médica⁷, nasceria a “Medicina científica”.

Para além da Química Médica, foi fundamental para a medicina científica, dentre outros tantos, o surgimento da Histologia criada, no início do século, por François Xavier Bichat⁸ (1771- 1802), e a Microbiologia, com Louis Pasteur (1822- 1895) e Heinrich Hermann Robert Koch (1822- 1895). A obra de Gregor Johann Mendel (1822 – 1884) sobre Genética seria conhecida apenas no final do século, vindo a abrir uma imensa área de pesquisa somente no século XX (ENTRALGO, 1978).

Cabe ressaltar a descoberta da anestesia, aliada a novas técnicas operatórias, para o grande avanço na cirurgia e o enorme impacto da descoberta dos raios-X por Wilhelm Conrad Röntgen (1845- 1923), no final do século, para o desenvolvimento do conhecimento anatômico funcional (REZENDE, 2009).

As Academias e Sociedades científicas, criadas em séculos anteriores, seriam reformadas, a fim de adequá-las às prementes necessidades do momento, enquanto novos Centros e Institutos de Pesquisa seriam estabelecidos em diversos países da Europa e EUA. Apesar do pouco interesse manifestado pela Restauração (Luiz XVIII e Carlos X), a Academia de Ciências deixaria de ser um departamento do Instituto para ser reinstalado como órgão autônomo (1816), e seria fundada a Academia de Medicina (1819). O Instituto Pasteur (1888) seria líder mundial em pesquisas de Microbiologia e fabricação de vacinas.

A partir da Revolução Industrial, verificou-se uma ruptura fundamental entre saúde e medicina, com uma hegemonia flagrante dessa última. Essa ruptura veio acompanhada da ruptura entre corpo e mente, eu e outro, pessoa e contexto, relações econômicas e comunitárias dentro de um mundo em intenso processo de burocratização e desencanto. Esse processo permitiu cada vez menos situar a doença entre a biografia individual e o mundo social, fator esse que, pode explicar a impossibilidade da medicina científica, então emergente, de compreender um número muito grande de doenças (QUEIROZ,1986; ROSA, 2012).

⁷ Química médica: estuda a interação das substâncias químicas com o organismo. Tem sua expressão com o químico Emil Fischer (1852- 1919) e o seu Modelo “chave- fechadura” - complementaridade molecular que existe entre a molécula do fármaco e seu receptor (BARREIRO, 2001)

⁸ Bichat foi o primeiro pesquisador a registrar as diferenças de composição entre as várias partes do corpo vivo e foi o primeiro a usar o termo de TECIDO em biologia. Bichat isolou 21 tipos de tecido no corpo humano e seu trabalho tornou-se a base da Histologia e da Anatomia Patológica (revista historia da medicina online)

A questão da saúde que, também no século XIX, teve desenvolvimento muito promissor na medicina social, concebida por filósofos sociais (tendo em Engels o seu expoente máximo) e cientistas médicos (tendo em Virchow o seu expoente máximo), foi relegada a um segundo plano, apesar da clareza com que esses autores demonstraram que as doenças provêm das condições sociais de trabalho e de vida em geral.

A medicina, ao final do século XIX, início do século XX, legitimou-se por meio de novos conhecimentos científicos, que conferiram aos discursos médicos diferentes bases de fundamentação. Caracterizada como profissão que vislumbrava os problemas encontrados na vida cotidiana, para além do corpo doente, a medicina os considerou passíveis de reinterpretação e a ciência médica alcançou maior poder na sociedade, logrando atingir o processo reconhecido como medicalização⁹.

Ademais, a medicina científica se estrutura no período formativo do capitalismo monopolista que se confrontou com duas exigências básicas: aumentar a acumulação de capital e legitimar a ordem social. Neste contexto, os elementos estruturais da medicina científica eram: o mecanismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a concentração de recursos humanos, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa.

A medicina moderna se esteia na racionalidade anátomo-clínica, ou seja, ela explica pela fisiopatologia e pela anatomia patológica, referidas às ciências básicas, os mecanismos patogênicos, revelando ao médico evidências nas quais ele se apoia como o conhecimento possível a informar suas escolhas na clínica.

Para Foucault (1990) a medicina moderna possibilitou uma medicina classificatória das espécies patológicas, a ciência da vida funda a anátomo-clínica. Ainda segundo a análise do autor, olhando o viés institucional, o hospital assume uma nova dimensão deixando de ser órgão de assistência ao pobre e de preparação/ espera da morte, passa a situar-se como local privilegiado de exercício da medicina, quer como propiciador de cura, quer como local de excelência para o ensino-aprendizagem. Neste contexto, se estabelece a consciência explícita da doença como problema político e do médico como autoridade administrativa fundada na competência do seu saber (FOUCAULT, 1990; FOUCAULT, 1980).

No início do século XX houve um *boom* de escolas médicas, decorrentes não só do aumento populacional, mas e talvez principalmente, pela medicalização. Aos estudantes de medicina, era oferecida a perspectiva futura de poder e enriquecimento, associada a sua formação biologicista. O grande cenário de aprendizagem eram os hospitais, onde as pessoas ali admitidas perdiam suas identidades passando a ser rotuladas por suas doenças, que

⁹ Medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem, como objetivo, a intervenção política no corpo social. (Cf. LUZ, Madel Therezinha, 1997)

seriam curadas sob “ordens médicas”¹⁰ através da administração de fármacos. A descoberta dos antibióticos a partir de 1930 e sua larga comercialização depois de 1945 refletiram o auge desse paradigma. A indústria farmacêutica avançava a passos largos, e se registrava uma grande interferência dessa indústria nas escolas e nos hospitais, que se refletia na formação médica.

Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. O Relatório Flexner foi elaborado por Abraham Flexner¹¹ (1866- 1959).

Vale explicitar brevemente o contexto em que o estudo de Flexner foi produzido.

Nos EUA, como não havia necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina, abolida em meados do século XIX, havia grande proliferação de escolas de Medicina, com abordagens terapêuticas as mais diversas. As escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma criterização/padronização, estando vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados e independentemente de fundamentação teórico-científica (ALMEIDA-FILHO, 2010; FLEXNER, 1910).

Para, além disso, a partir do final do século XIX, a crescente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da *American Medical Association*, fundada em 1847, e em outras publicações ortodoxas. A associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica”.

Nesse contexto é que Flexner visita escolas médicas dos EUA e do Canadá, perfazendo um total de 115 escolas visitadas em seis meses.

Das recomendações propostas no Relatório Flexner, algumas foram acatadas com relativa facilidade: um rigoroso controle de admissão; o currículo de quatro anos; divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos,

¹⁰ O instrumento de prescrição aos pacientes hospitalizados era registrado como ORDENS MÉDICAS

¹¹ Abraham Flexner foi um educador estadunidense, graduado em Artes e Humanidades na Universidade Johns Hopkins em 1886. Após a graduação, iniciou a carreira de educador como professor da Louisville Boy’s High School, e em 1890, fundou seu próprio colégio, Mr. Flexner’s School. Em 1906 mudou-se para a Alemanha 1907, em 1908 escreveu seu primeiro livro, *The American college: a criticism*, no qual critica o sistema educativo norte-americano. O livro foi publicado em 1908, quando de sua volta aos EUA, e resultou em um convite do presidente da *Carnegie Foundation*, para realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. Flexner visitou as 155 escolas de Medicina dos EUA e Canadá durante seis meses. Com base nas avaliações que fez, publicou seu famoso relatório. (Enciclopédia da Educação | 2002 | WELLS, Amy E)

realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital; exigência de laboratórios e instalações adequadas.

Flexner defendia como mais importante para o aprendizado da medicina, sob o ponto de vista pedagógico, as atividades práticas, tanto no laboratório como na clínica, combatendo desde seus primeiros trabalhos o ensino por meio de conferências e aprendizado pela simples memorização.

O autor propunha que o ciclo clínico deve-se dar fundamentalmente no hospital, pois ali se encontra o local privilegiado para estudar as doenças. Nas palavras do próprio Flexner: “*O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta*”. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença. Os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades (FLEXNER, 1910).

Muito embora discorresse sobre atributos afetivos necessários para práxis médica, como explicita no texto citado a seguir, não propõe claramente esta construção durante o curso médico.

Elas [as ciências fundamentais] fornecem de fato os instrumentos essenciais básicos da formação médica, mas esse instrumental mínimo pouco pode além de servir como mínimo profissional permanente e, ainda assim, instrumentalmente inadequado. O médico lida de fato com duas categorias. Química, física e biologia o capacitam a apreender um desses conjuntos. Ele precisa de uma perspectiva diferente e um aparato apreciativo para lidar com o outro, elementos mais sutis. Preparação específica nesta direção é muito mais difícil; deve-se confiar no requisito insight e simpatia numa experiência cultural variada e ampla. [Relatório Flexner (1910; p. 26)].

É inegável a contribuição do Relatório Flexner para a educação médica. Entretanto, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos. Mesmo que, na retórica e tangencialmente, Flexner aborde questões mais amplas em alguns momentos de sua vida e obra, estas questões não constituíram parte importante de suas propostas (ALMEIDA-FILHO, 2010; PAGLIOSA, 2008).

Hoje, avalia-se que foi enorme a influência que o Relatório Flexner exerceu no ensino médico em toda a América Latina, a partir da década de 50, atingindo seu auge nos anos 70. A universidade, com a incorporação de grandes hospitais altamente especializados como campo fundamental do “adestramento” clínico, tornou-se a pedra fundamental de uma nova educação médica baseada nas ciências experimentais, com a consequente criação do ciclo básico diferenciado do ciclo profissional/clínico, e a substituição das cátedras pelos departamentos. Na literatura do campo da educação médica admite-se, hoje, que a adoção desses critérios na

rees

truturação da Escola Médica, por outro lado, contribuiu para uma formação com caráter fragmentário, contribuindo para a consolidação das especialidades médicas (ALMEIDA-FILHO, 2010; PAGLIOSA, 2008).

No Brasil, a reforma da educação médica preconizada no Relatório Flexner repercutiu tardiamente. Naquele momento, primeiras décadas do século XX, nossas faculdades de medicina ofereciam modelos retóricos de formação e, onde havia algum dinamismo científico, cultivavam laços com duas tradições europeias antagônicas: a escola francesa, com forte foco na clínica, e a escola alemã, marcada pela pesquisa laboratorial (ALMEIDA-FILHO, 2010; PAGLIOSA, 2008).

Do primeiro ciclo de aproximação das faculdades de medicina brasileiras com os organismos de apoio técnico e de financiamento que pretendiam difundir a fórmula do Relatório da Carnegie Foundation no plano internacional, restou a criação de hospitais-escola como campo de treinamento e produção de conhecimento, nas décadas de 1930 e 1940 (ALMEIDA-FILHO, 2010).

O modelo biomédico imperou nas escolas médicas brasileiras, até início do século XXI, quando se iniciou um movimento para a reforma do ensino médico, tema que trataremos no capítulo Políticas Públicas de Educação e Saúde.

2.1.5. Medicina (Des) humanizada

Os meados do século XX e principalmente o final deste e, o início do século XXI é marcado por grandes avanços biotecnológicos, assim como nos procedimentos diagnósticos. Se de um lado trouxeram, de imediato a preservação da vida de alguns, por outro, não propiciou saúde a muitos.

A revolução tecnológica teve acelerada influência a partir da década de 50 do século XX. Este fato, somado à exacerbação das concepções biomédicas, em que as cadeias causais que explicam as doenças são vistas como desordem da natureza física estrutural, objetivou, como base no conhecimento da biologia, o desenvolvimento de tecnologias voltadas para a imagem (da microscopia eletrônica à ressonância magnética) e da identificação de cadeias bioquímicas, culminando a proposta no mapeamento genético, visto como a última fronteira a ser desvendada pelo conhecimento.

Por outro lado, as manifestações psicológicas e sociais foram/ são vistas como subjetivas e epifenômeno desse modelo. Tal concepção pôs a prática médica no eixo das tecnologias. O corpo individual pode ser reformado, qualquer órgão pode ser transplantado, os membros podem ser reimplantados e os sistemas de assistência vital burlam a morte' (DORIGON, 2008).

Essa objetivação da realidade física e dos feitos da ciência tem imprimido à prática médica e à sua relação com o paciente uma retomada de um componente mágico na medicina. Aliena-se tanto o profissional médico quanto o paciente, como sujeitos envolvidos nesta relação. O profissional médico, muitas das vezes, desconhece

a estrutura íntima das tecnologias que utiliza e o paciente desenvolve uma crença ilimitada nestas técnicas. Contribuem para isso todas as formas éticas atuais e de valores que a sociedade tem desenvolvido para legitimar esse modelo, desde a de interesses econômicos até a rapidez com que a mídia divulga de maneira fantástica, sucessos e avanços de possibilidades de curas pela ciência atual (LUZ,1997).

As tecnologias em saúde, tão bem definidas por Merhy (1998), que considera a tecnologia leve e leve dura capazes de resolver as questões de saúde da maioria das pessoas, não mostrou crescimento paralelo à tecnologia dura. A tecnologia para saúde consiste em saberes e práticas que podem resultar em produtos fechados, a exemplo das condutas normativas (dura) ou abertas, como diante de um processo de relação, que se pode exemplificar como um processo de humanização (leve). A tecnologia dura pode ser representada pelo material concreto como equipamentos tecnológicos (hardware), mobiliário tipo permanente ou de consumo, normas e rotinas, estruturas organizacionais.

Com a supervalorização da biotecnologia, tem se instalado uma surpreendente inversão de valores e louvores. Exemplifico - quando uma pessoa que apresenta fatores de risco¹² evitáveis para doenças cardíacas isquêmicas é acometida por um Infarto Agudo de Miocárdio seguindo-se da necessidade de um procedimento cirúrgico de grande porte (tecnologia dura), este procedimento se confunde com a cura. Entretanto, caso não seja procedido o cuidado integral a este indivíduo adoecido que consiste de escuta, acolhimento, orientação para mudanças de estilo de vida, os riscos de um novo *ictus* são postos. Esse cuidado (tecnologia leve) não é valorizado, quer pelo próprio paciente, quer pela sociedade que são seduzidos pelos feitos médicos fantásticos. O estudante de medicina, também seduzido e fascinado pela tecnologia salvadora, não deseja ser o médico que presta o cuidado utilizando tecnologia leve, ele almeja ser o que utiliza a tecnologia dura (SOUZA, 2003).

A rapidez da propagação de informações acerca de novas terapêuticas, seja medicamentosa, seja cirúrgica, aliada a desvalorização da anamnese médica e da semiologia médica, impelem ao médico na tomada de decisão, a se amparar mais na literatura do que na elaboração de hipóteses diagnósticas e elaboração de um plano de cuidados. Para, além disso, há a disponibilização de publicações técnicas sem uma criterização, o que oportuniza a divulgação de resultados maquiados, que podem conduzir a erros diagnósticos e terapêuticos. O mesmo se dá na formação médica. Nos momentos em que o estudante diante de uma situação de saúde real ou simulada precisa aprender a tomar uma decisão, considerando que a tomada de decisão faz parte dos atributos médicos.

No ano de 1972 o médico escocês Archibald Leman Cochrane (1909-1988) publica o livro *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* que dá origem a um movimento - Medicina Baseada em

¹² O termo “fator de risco” carrega um valor mensurável, representativo de uma relação causal com uma enfermidade e significativo quanto ao prognóstico ou risco futuro do paciente. Modificou a ideia determinística e uni causal das doenças pela ideia de multifatores causais, com importâncias diferentes para os vários fatores envolvidos na determinação da doença.(SOUZA, 2003)

Evidência (MBE) - que se traduz pela prática da medicina em um contexto no qual a expressão da clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica.

Nesse modelo a história do paciente se converte em uma questão clínica cuja resposta deverá ser obtida a partir das evidências de maior relevância. As evidências de maior relevância provêm de estudos randomizados ou de coorte aplicados a populações, definindo as melhores respostas às condutas adotadas, e a partir desses resultados propor protocolos e diretrizes para determinadas situações de saúde.

De início a MBE era aplicada em condições de novas doenças ou novas propostas terapêuticas, onde encontra plena acolhida. Entretanto, nos últimos anos tem sido acreditada como regra para a prática de medicina científica, atendendo à sociedade controle.

A MBE hoje integra o currículo das escolas médicas, sem uma reflexão da sua intencionalidade. Mas, alguns questionamentos começam a emergir a partir do ponto em que, na prática clínica, as evidências obtidas a partir de estudos populacionais deverão ser aplicadas em um contexto individual repleto de nuances que vão muito além do âmbito em que tais estudos foram realizados. E, intuitivamente, médicos e pacientes sentem que algo está faltando.

O nicho de investimento em investigação do projeto Genoma e na busca do ambiente limpo e puro constitui hoje o novo *mito americano* na ânsia de conseguir a saúde perfeita por meio da *predicação genética* e da prevenção de contágio garantindo um ambiente totalmente limpo e despoluído. A onda que combina uma concepção ecológica próxima à moral puritana e a ideia de uma saúde individual que se garanta geneticamente, estão redefinindo o conceito de saúde pública (a soma das saúdes individuais garantidas geneticamente e preservadas ambientalmente) hegemônico norte-americano (QUEIROZ, 1986).

No âmbito das relações, a empatia e a compaixão foram se esgarçando e saindo de cena. Entender que compaixão não tem aqui o sentido religioso de compaixão piedosa, mas sim como expressão última da empatia. Ou como sinonímia de solidariedade em Hannah Arendt. Ou ainda no sentido da bioética – a profissão médica, como todas as demais profissões, é constituída por uma promessa pública, na profissão médica, ajudar as pessoas que estão doentes. Estas pessoas esperam que a ajuda seja instituída abrangendo o que compreendem por compaixão, esperam que o médico sinta e expresse sentimento com relação a eles em seu sofrimento (DRANE, 2003; SIQUEIRA-BATISTA, 2009). Entendendo aqui que a empatia não é uma simples ressonância do afeto entre o auto e outros, ela envolve uma representação explícita da subjetividade do outro, é um fenômeno conscientemente experiente (AROUCA, 2003; DECETY, 2004; DECETY, 2006; DRANE, 2003; LUZ, 1997).

Talvez o melhor subtítulo para a medicina atual tenha sido sintetizado por Entralgo (1978, p.198) "*poderio e perplexidade*".

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

3.1. Conceitos essenciais e história da construção no Brasil

Em sendo a formação e a profissão médica regulamentadas, carecem seguir as Políticas Públicas de Saúde e Educação vigentes.

Atualmente a Política Pública de Educação está expressa na Constituição da República Federativa do Brasil (CFB) de 1988; nas Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 atualizadas em 2016; nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental (2013); e no Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024.

Especificamente a formação médica está regulamentada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (2014) que definem assim o perfil do egresso:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. [Brasil, 2014]

A política pública de saúde está expressa na Constituição da República Federativa do Brasil (CFB) de 1988, regulamentada pela Lei 8.080 que define o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo dentre suas atribuições a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.

Art.6º - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (...) [Brasil, 1988]

E mais recentemente pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médico, prelecionando no seu artigo primeiro sua finalidade.

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos: I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; VII -

aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. [Brasil, 2013]

Analisando o que prelecionam as políticas públicas de educação e de saúde, especificamente para a formação médica, fica evidenciado que se imbricam, tendo no SUS o seu campo de formação de fato e em ato.

Entretanto, assistimos de forma contundente o distanciamento entre o perfil desenhado pelo Estado para o médico e o real, estando isso relacionado, mas não exclusivamente, tanto à estruturação das políticas públicas de educação para o ensino fundamental e médio que não oportuniza a construção do pensamento sistêmico¹³, bem como a gradual precarização do SUS.

Nesse capítulo passemos brevemente no aspecto conceitual do que seja Política Pública, historicizamos a construção das políticas públicas em educação e saúde, apresentamos as políticas vigentes *pari passo* noticiando as mudanças que estão se avizinando, com um olhar crítico e reflexivo, ensejando compreender esse distanciamento.

Políticas Públicas

Não existe um conceito único para Políticas Públicas, entretanto fica claro que refletem o momento histórico em que foram pensadas, e estão imbuídas da compreensão de qual a função do Estado.

Nos séculos XVIII e XIX, as principais funções do Estado se restringiam à manutenção da segurança pública interna e da propriedade privada e à defesa externa em caso de ataque inimigo. No século seguinte com o adensamento populacional e o estabelecimento e expansão da democracia, as responsabilidades do Estado se expandiram e se diversificaram. No início do século XX, o Estado necessita voltar-se para uma atuação mais direcionada aos problemas cotidianos da sociedade, e é nesse contexto que surgem as Políticas Públicas (SOUZA, 2003)

A política pública enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica nasce nos EUA em meados do século XX, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, que se concentravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que propriamente na produção dos governos. Assim, na Europa, a área de política pública vai ser uma consequência dos desdobramentos dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o Estado e sobre o papel de uma das mais importantes instituições do Estado, ou seja, o governo, produtor, por excelência, de políticas públicas. Nos EUA, ao

¹³ Trata-se de uma epistemologia que traz definitivamente, para o âmbito da ciência, o observador, o sujeito do conhecimento. Isso acontece a qualquer um de nós, como uma nova visão, um novo conjunto de pressupostos, um novo paradigma para nossas ações no mundo, tomando como equivalentes os conceitos de paradigma, pressuposto epistemológico, premissa, visão de mundo. [ESTEVES VASCONCELOS, 2008]. O “pensar sistêmico” significa ter em mente o que se deseja resolver, e ainda, saber como lidar com a situação e escolher a maneira certa ou a mais adequada. [DOLCI, PC e col., 2008]

contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos.

Considera-se que a área de política pública conta com quatro fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton.

Laswell (1936) introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública), ainda nos anos 30, como forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo.

Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*public makers*), argumentando, todavia, que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional.

Lindblom (1959) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório, o qual teria necessariamente um fim ou um princípio. Daí porque as políticas públicas precisam incorporar outros elementos à sua formulação e à sua análise além das questões de racionalidade, tais como o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse.

Easton (1965) contribuiu para a área ao defini-la como um sistema, ou seja, como a relação entre formulação, resultados e o ambiente. Segundo Easton, as políticas públicas recebem *inputs* dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam os resultados e efeitos.

Para Souza (2006), acompanhando as mudanças históricas, sociais, e econômico-financeiras, nas últimas décadas do século XX, surgiram novas definições. Peters (1986) define política pública como a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.

Entretanto, a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell (1958), ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz.

Inicialmente as políticas públicas foram compreendidas como *output* do sistema político, atualmente Política Pública é concebida como unidade de análise, sendo estudado o seu processo como um todo (output+input).

Nas sociedades e Estados complexos como os constituídos no mundo moderno, a definição de política pública se aproxima da perspectiva teórica daqueles que defendem que existe uma “autonomia relativa do Estado”, o que faz com que o mesmo tenha um espaço próprio de atuação, embora permeável a influências externas e internas. Essa autonomia relativa gera determinadas capacidades, as quais, por sua vez, criam as condições para a implementação de objetivos de políticas públicas. A margem dessa “autonomia” e o desenvolvimento dessas “capacidades” dependem, obviamente, de muitos fatores e dos diferentes momentos históricos de cada país.

Na área do governo propriamente dito, a introdução da política pública como ferramenta das decisões do governo é produto da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia como forma de enfrentar suas consequências. A proposta de aplicação de métodos científicos às formulações e às decisões do governo sobre problemas públicos se expande depois para outras áreas da produção governamental, inclusive para a política social.

Políticas Públicas Sociais

As políticas públicas sociais (usualmente entendidas como as de educação, saúde, previdência, habitação, saneamento) se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico.

As políticas públicas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais.

As políticas públicas sociais se situam no interior de um tipo particular de Estado. São formas de interferência do Estado, visando à manutenção das relações sociais de determinada formação social. Portanto, assumem “feições” diferentes em diferentes sociedades e diferentes concepções de Estado.

A relação entre sociedade e Estado, o grau de distanciamento ou aproximação, as formas de utilização ou não de canais de comunicação entre os diferentes grupos da sociedade e os órgãos públicos, estabelecem contornos próprios para as políticas pensadas para uma sociedade. Indiscutivelmente, as formas de organização, o poder de pressão e articulação de diferentes grupos sociais no processo de estabelecimento e reivindicação de demandas são fatores fundamentais na conquista de novos e mais amplos direitos sociais, incorporados ao exercício da cidadania.

Em um Estado de inspiração neoliberal, como o que vivemos, as ações e estratégias sociais governamentais

incidem essencialmente em políticas compensatórias, em programas focalizados, voltados àqueles que, em função de sua “capacidade e escolhas individuais”, não usufruem do progresso social. Tais ações não têm o poder – e frequentemente, não se propõem a – de alterar as relações estabelecidas na sociedade. Não têm a intenção transformadora, ao contrário, pretendem manter o *status quo*.

Políticas Públicas no Brasil

Para Melo (1998, 1999), a construção histórica da agenda de políticas públicas no Brasil pode ser identificada e dividida em etapas. A análise de políticas públicas experimentou um boom na década de 1980, impulsionada pela transição democrática. Ainda segundo esse autor podem-se elencar três motivos para essa expansão:

- (1) Em primeiro lugar, pelo deslocamento na agenda pública. Durante os anos 1970, a agenda pública se estruturou em torno de questões relativas ao modelo brasileiro de desenvolvimento, onde a discussão limitava-se aos impactos redistributivos da ação governamental e ao tipo de racionalidade que conduzia o projeto de modernização conservadora do regime ditatorial. Eram centrais para essa agenda as questões de arranjo institucional: descentralização, participação, transparência e redefinição do mix público-privado nas políticas. A essa transformação da agenda seguiu-se uma redescoberta na agenda de pesquisas das políticas municipais e descentralização.
- (2) Em segundo lugar, a despeito do fim do período autoritário constatou-se que os obstáculos à consecução de políticas sociais efetivas continuaram existindo, o que serviu para fortalecer os estudos sobre políticas. A perplexidade e o desencantamento em relação ao Estado levaram a um maior interesse sobre as condições de efetividade da ação pública.
- (3) Em terceiro lugar, a difusão internacional da ideia de reforma do Estado e do aparelho de Estado passou a ser o princípio organizador da agenda pública dos anos 1980-90, o que provocou uma proliferação de estudos de políticas públicas. As questões de arranjo institucional ganharam grande centralidade na agenda:

[...] ao tomar-se o modo e a qualidade da intervenção pública na economia e na sociedade como objeto de estudo, cria-se por extensão um programa de pesquisa de caráter empírico sobre questões relativas à eficiência de políticas e programas. (Melo, 1999:81).

Por outro lado, se antes o encantamento da imaginação social brasileira era o Estado, nos anos 1990, esse apego passa a ser direcionado, paulatinamente, para a sociedade civil.

Teixeira (2002), desenvolve um conceito que aborda elementos de uma definição clássica (alocação de recursos públicos e desenvolvimento e desenvolvimento de ações a partir de regras definidas pelo Estado e sociedade), mas atenta também para a omissão em determinadas ações que fazem parte das Políticas Públicas.

Assim a definindo

“Políticas públicas” são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre, porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas. Devem ser consideradas também as “não-ações”, as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos. [TEIXEIRA, 2002, p.2]

O autor aborda também a elaboração de uma política pública e a diferença entre política pública e governamental

Elaborar uma política pública significa definir *quem decide o quê, quando*, com que *consequências e para quem*. São definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente. Nesse sentido, cabe distinguir “Políticas Públicas” de “Políticas Governamentais”. Nem sempre “políticas governamentais” são públicas, embora sejam estatais. Para serem “públicas”, é preciso considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios, e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público. [TEIXEIRA, 2002, p.2]

Faria (2003) traz um inventário das principais vertentes

Nas duas últimas décadas, porém, os estudos acerca da interação entre os atores estatais e privados no processo de produção das políticas públicas têm sofrido significativas reformulações. Uma grande variedade de pesquisas empíricas e de ensaios de natureza teórico-conceitual tem demonstrado a incapacidade dos modelos tradicionais de interpretação dos mecanismos de intermediação de interesses, como o pluralismo, o corporativismo, o marxismo, em suas várias derivações, de dar conta da diversificação e da complexificação desses processos, muitas vezes marcados por interações não hierárquicas e por um baixo grau de formalização no intercâmbio de recursos e informações, bem como pela participação de novos atores, como, por exemplo, organizações não-governamentais de atuação transnacional e redes de especialistas. [FARIA, 2003, p.21]

Souza (2003), apresenta as definições mais consagradas na literatura mundial, e resume o que seja política pública.

Pode-se, então, resumir o que seja política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e/ou entender por que e como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro (variável dependente). Em outras palavras, o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real. [SOUZA, 2003, p.5]

A mesma autora, continuando seu estudo acerca das conceituações de Políticas Públicas, nos traz.

Assim, do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pelos quais pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos. [SOUZA, 2006]

Para Boneti (2006), as políticas públicas enquadram-se como resultado do jogo de forças sociais que se formam das relações de poder de grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil. O autor denomina Política Pública como “a ação que nasce de intervenção pública numa realidade social determinada, quer seja ela econômica ou social”.

Na configuração dada pela Constituição de 88, o Parlamento conta com mecanismos que o capacitam a participar dos processos decisórios e da agenda governamental sobre políticas públicas, tanto pelos instrumentos formais de elaboração de leis, quanto pela inserção de procedimentos externos como consulta popular, audiência pública e fóruns técnicos, que acabam por reforçar a responsabilidade dos legisladores e por exigir deles maior compromisso em suas proposições.

Muitos são os atores sociais envolvidos quer na discussão, quer na implementação ou na avaliação das políticas públicas. Esses atores, cada um a sua maneira, procuram influenciar esse processo e podem ser divididos entre atores estatais e atores privados. Entendem-se como atores estatais aqueles ligados diretamente à Administração Pública, que estão em cargos da burocracia estatal ou ocupando cargos legislativos ou executivos, sendo os políticos os principais representantes dos atores estatais.

Os atores privados não estão ligados diretamente à Administração Pública, mas participam das decisões do Estado, dentre esses podemos citar as organizações não governamentais (ONG), os sindicatos, as corporações empresariais, as associações da sociedade civil, os movimentos sociais e as mídias em geral.

Vimos assistindo de forma gradual e crescente, mormente na última década, que as políticas públicas beneficiam grupos sociais específicos, regiões, municípios, ou seja, são beneficiados os segmentos sociais com maior força no poder Legislativo e com maior força financeira nos meandros da sociedade civil.

3.2. Política Pública de Educação no Brasil

Entende-se educação como uma política pública social, uma política pública de corte social, de responsabilidade do Estado – mas não pensada somente por seus organismos.

A educação não pode ser confundida com ensino, mas assumida como ação intencional que humaniza os sujeitos porque visa à sua formação contínua, ininterrupta, desde que nasce até o momento em que morre, sendo fruto das suas vivências e experiências nos mais distintos espaços e ambientes de aprendizagem.

Isso posta chega-se a um princípio básico que deveria ser pilar na formulação de políticas públicas: o de que *aprender* é a atividade que move os sujeitos no mundo. Entretanto, observa-se que esse pressuposto não vem sendo adequadamente valorizado, gera-se, então, a contradição entre a ideia de que políticas públicas de educação regem ou regulam o campo do ensino — tão corrente e de tão fácil assimilação pela sociedade — *versus* a de que políticas públicas levam a oportunidades de os sujeitos vivenciarem experiências de igualdade

social e de conhecimento, para que por meio delas possam aprender. O *aprender deveria ser* o princípio que fundamenta a política, porque esta sim é a ação do sujeito no mundo, diversa da que o pensa como ser passivo, que precisa “escutar” os ensinamentos de outrem para aprender.

Outro princípio caro à formulação de políticas públicas pode ser resumido pela *autonomia*, entendida como a condição conquistada na inter-relação com os demais outros que me faz ser quem eu sou. Esta autonomia assim compreendida garante que o feito da política sobre um sujeito individual ou coletivamente não permite que se veja ou se comporte como um tutelado, mas como alguém que por se identificar com seu igual — o outro —, forja identidade própria e coletiva, garantindo laços de solidariedade no enfrentamento da desigualdade e do reconhecimento do papel de um Estado a quem cabe atuar na garantia de direitos.

Se esse papel do Estado exige e exhibe poder, para que direitos sociais se consolidem, um outro princípio se forja na sustentação de políticas públicas: o princípio da *formação humana e cidadã*, que acolhe cada sujeito como ser único que concorre com sua identidade para o bem viver coletivo e plural, pelo exercício da democracia nas práticas cotidianas (BONETI, 2006).

Entretanto, a instituição escolar brasileira foi instituída e desenvolvida através da história a partir de políticas educacionais direcionadas aos interesses da colônia, das elites, dos ditadores e inicia o século XXI num contexto de novas definições em que estão em jogo as privatizações e as exigências do mercado internacional.

No Brasil Império, em 1827, é criada a primeira Lei Geral de Educação, há propostas de reformas, mas que não passam de promessas; propõe-se a descentralização do ensino, passando a educação elementar e secundária à esfera das províncias e o ensino superior e a educação básica, ficando como responsabilidade da Coroa. Inspira-se na cultura europeia, com modelos de educação transplantados, como no caso do Método Lancaster, mas ainda prevalece a desvalorização do professor, com baixos salários e precárias condições de trabalho. A Lei passa a autorizar a criação de escolas sem licença, estimulando as escolas particulares, determina que todas as cidades e vilas populosas tenham escolas de primeiras letras, ficando definido o método de ensino mútuo e ainda definindo formas de provimento de professores e seus ordenados, bem como sua capacitação. Esta Lei determina também sobre edifícios escolares, cria escolas de meninas e estabelece os conteúdos que serão ensinados.

Apesar destas inúmeras alterações legais e propostas de mudanças, em 1832, o Brasil contava com cento e sessenta e duas escolas de meninos e apenas dezoito escolas de meninas e, além disso, quarenta destas escolas estavam sem professores, o que reafirma o (des)caso como marca das práticas relacionadas à educação no país desde seu início.

No final do século XIX, o Brasil iniciou a luta pela emancipação política, e passou por profundas transformações, como a mudança do Império (1822-1888) para a República (1889-1929). Com o início da República, segundo Patto (2015), adotou-se o modelo político americano baseado no sistema presidencialista, e

sem analisar a realidade social brasileira da época se buscava imitar o modelo liberal europeu e norte americano de escola.

Na República a educação pública nacional, deveria visar à formação do cidadão, com a educação cívica e patriótica. Inúmeras reformas e decretos foram instituídos, fortemente influenciados por ideias positivistas, como o caso de Benjamin Constant. A Reforma de Constant tinha como princípios orientadores a liberdade e laicidade do ensino, como também a gratuidade da escola primária.

No período da primeira república é instituído o exame de madureza e são acrescidas matérias científicas, contudo observa-se certa oscilação entre o humanismo clássico e o positivismo científico.

Inicia-se o século XX, e na década de vinte especialmente, observam-se fatos importantes no processo de mudança das características políticas brasileiras: O Movimento dos 18 do Forte (1922), a Semana de Arte Moderna (1922), a fundação do Partido Comunista (1922), a Revolta Tenentista (1924) e a Coluna Prestes (1924 a 1927). Refletindo esse momento foram também realizadas reformas educacionais de abrangência estadual: no Ceará (1923), as de Lourenço Filho; na Bahia (1925) a de Anísio Teixeira; em Minas Gerais (1927), Francisco Campos e Mario Casassanta; no Distrito Federal - atual Rio de Janeiro – (1928) a de Fernando de Azevedo; em Pernambuco (1928) a de Carneiro Leão.

Apesar de todas essas reformas na República ainda se mantém o alto índice de analfabetismo, o elitismo da educação, o afastamento das camadas populares do acesso à escola; surgem os educadores de profissão influenciados pela escola nova e em 1924 é criada a ABE (Associação Brasileira de Educadores).

A revolução de 30 foi o marco referencial para a entrada do Brasil no mundo capitalista de produção. A nova realidade brasileira passou a exigir uma mão de obra especializada e para tal era preciso investir na educação, neste contexto foi criado o Ministério da Educação e Saúde em 1930.

O Estado Getulista se apresentou no campo educacional com grandes marcas - a centralização e o autoritarismo-, mas ao mesmo tempo foi um momento fecundo do pensamento pedagógico brasileiro com o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova em 1932.

O Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova redigido por Fernando de Azevedo, reunia 26 assinaturas de intelectuais, sendo três mulheres: Cecília Meireles, poetisa conhecida, responsável pela coluna *Página de Educação*, do *Diário de Notícias* do Rio de Janeiro; Armanda Álvaro Alberto, proprietária da Escola Regional de Meriti, concebida como uma das principais iniciativas particulares no âmbito da Escola Nova no Brasil; e Noemy Silveira, Diretora do Serviço de Psicologia Aplicada do Departamento. O Manifesto representou um contraponto ao pensamento conservador, trazia um amplo programa educacional e pensava a educação como serviço público do Estado; propunha a escola comum para ambos os sexos, laica e considerava que a educação primária deveria ser gratuita e obrigatória, progressivamente o ensino deveria se tornar gratuito e obrigatório, até os dez anos;

já se pensava a criação de mecanismos de financiamento da educação, como um fundo constituído de patrimônios, impostos, rendas.

A nova constituição (1934) dedica um capítulo para educação e cultura com onze artigos, começa aí a se delinear um Sistema Educacional, no qual a União deveria manter o ensino secundário e superior no Distrito Federal, e a organização e manutenção de sistemas educativos ficaria a cargo dos Estados, sendo que a União deveria fixar o Plano Nacional de Educação. Por outro lado, houve favorecimento ao ensino religioso e às escolas particulares, que deveriam assegurar estabilidade aos professores enquanto bem servissem, além de remunerá-los condignamente.

Refletindo tendências fascistas o regime ditatorial do Estado Novo outorga uma nova Constituição na qual a União não só traça diretriz, mas fixa bases e determina os quadros da educação nacional, visando formação física, intelectual e moral da infância e da juventude; pensava-se que a educação associada ao saneamento, saúde e educação do corpo, permitiria o fortalecimento da raça. A educação moral, o ensino religioso, o civismo e o patriotismo, foram considerados itens de suma importância para a concepção da educação como problema de segurança nacional; a liberdade de ensino era confundida com a livre iniciativa que foi priorizada, sendo a educação pública destinada aos que não pudessem arcar com os custos do ensino privado.

Nos anos 1942-46, houve a Reforma Gustavo Capanema e a ideologia do período reafirmava e naturalizava as diferenças sociais, destinando ensino secundário às elites e ensino profissional às massas. Nesse período criam-se as Leis Orgânicas para o ensino industrial, secundário, comercial, primário, normal e agrícola, e também ocorre a criação do SENAC e do SENAI; mas o alto índice de analfabetismo e de evasão escolar permanece.

O fim do Estado Novo consubstanciou-se na adoção de uma nova Constituição de cunho liberal e democrático. Esta nova Constituição, na área da Educação, determina a obrigatoriedade de se cumprir o ensino primário e dá competência à União para legislar sobre diretrizes e bases da educação nacional. Além disso, a nova Constituição fez voltar o preceito de que *a educação é direito de todos*, inspirada nos princípios proclamados pelos Pioneiros, no Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, nos primeiros anos da década de 30.

Na década de 50, um fato marcante foram as discussões sobre a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional, por outro lado muitas iniciativas marcaram este período como, talvez, o mais fértil da História da Educação no Brasil: em 1950, em Salvador, Anísio Teixeira inaugura o Centro Popular de Educação (Centro Educacional Carneiro Ribeiro), dando início a sua ideia de *escola-classe* e *escola-parque*; em 1952, em Fortaleza, o educador Lauro de Oliveira Lima inicia uma didática baseada nas teorias científicas de Jean Piaget.

Em 1953 a educação passa a ser administrada por um Ministério próprio: o Ministério da Educação e

Cultura; em 1961 tem início uma campanha de alfabetização - Paulo Freire propunha alfabetizar em 40 horas, adultos analfabetos; em 1962 é criado o Conselho Federal de Educação, que substitui o Conselho Nacional de Educação e os Conselhos Estaduais de Educação e, ainda em 1962 é criado o Plano Nacional de Educação e o Programa Nacional de Alfabetização, pelo Ministério da Educação e Cultura, inspirado no Método Paulo Freire.

Em 1964 houve início o período de exceção que aborta todas as iniciativas de se revolucionar a educação brasileira, sob o pretexto de que as propostas eram “*comunizantes e subversivas*”.

Várias leis direcionadas à educação foram propostas como a 5540/68, que discorria sobre universidades e ensino médio, bem como a 5692/71, Lei de Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º grau.

Para erradicar o analfabetismo foi criado o Movimento Brasileiro de Alfabetização – MOBRAL, aproveitando-se, em sua didática, do expurgado Método Paulo Freire. O MOBRAL propunha erradicar o analfabetismo no Brasil. Não conseguiu. E, entre denúncias de corrupção, acabou por ser extinto e, no seu lugar criou-se a Fundação Educar.

Neste período, onde qualquer expressão popular contrária aos interesses do governo era abafada, muitas vezes pela violência física, é instituída a Lei 5.692, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em 1971. A característica mais marcante desta Lei era tentar dar a formação educacional um cunho profissionalizante.

Em 1968 concretizou-se a Reforma Universitária instituída pela Lei nº 5.540/68, na qual um grupo de trabalho contou com sessenta dias para pensar as mudanças propostas; houve o debate sobre a UNE, o plano ATCON¹⁴ em 1966, o relatório Meira Matos¹⁵, a reforma MEC em 1969. A universidade recebeu nova organização, com estrutura departamental, sistema de créditos e matrículas por disciplinas, instituindo a carreira universitária única, a indissociabilidade entre ensino e pesquisa, bem como a expansão da oferta de matrículas.

O objetivo da reforma era adaptar a universidade moderna para um projeto econômico em desenvolvimento, considerando-se as condições de segurança que a ditadura propunha para si e para os interesses do capital que representavam tal projeto. A Lei da Reforma Universitária, embora reconhecesse a autonomia didático-científica, administrativa, disciplinar e financeira das universidades, era limitada pelas constantes intervenções governamentais. Essa lei introduziu a relação custo-benefício e a teoria do capital humano na educação. Desse

¹⁴ A reforma de Action pressupunha a emergência de uma nova universidade que seria fator de eficiência e produtividade adequadas à ideologia pós-64: nacionalismo desenvolvimentista e reconstrucionista (Boschetti, 2007).

¹⁵ O Coronel Meira Mattos, pertencia ao Corpo Permanente da Escola Superior de Guerra. Ele presidiu a Comissão que, juntamente com Hélio Souza Gomes da UFRS, Jorge Boaventura de Souza da Divisão de Educação Extraescolar e Affonso Agapito de Vasconcelos, da Secretaria Nacional, deveria intervir na universidade e propor medidas relacionadas aos problemas estudantis que serviriam de roteiro seguro para sua solução, tendo em vista os princípios democráticos e a relação desses com o aprendizado universitário e o contexto jurídico. A Comissão considerava a necessidade de ampliar o sistema de ensino superior existente, mas, ponderando sobre a “escassez” de recursos, recomendava racionalidade nos investimentos para que pudessem gerar o máximo de rendimento (idem, p. 226).

modo, o ensino universitário foi direcionado para o mercado de trabalho, ampliou-se o acesso da classe média ao ensino superior e a autonomia universitária foi cerceada.

Ressaltar que nesse modelo com o sistema de créditos e matrículas por disciplinas, o sentido de Turma foi desconfigurado e a articulação estudantil esfacelada.

No tocante à construção do conhecimento, se fortalece uma construção fragmentada que iria amparar a valoração do específico em detrimento do todo, que perdura em seu âmago, até o presente.

A década de 80 agrava a crise econômica e política brasileira. O Brasil bate às portas do Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial teve importante papel na prescrição de fórmulas e receitas a serem adotadas pelo Brasil para superar a crise e solucionar os problemas econômicos e sociais, entre eles o da educação.

Segundo Dourado (2002, p. 239):

Das orientações gerais do Banco Mundial é possível depreender a prescrição de políticas educacionais que induzem as reformas concernentes ao ideário neoliberal, cuja ótica de racionalização do campo educativo deveria acompanhar a lógica do campo econômico, sobretudo, a partir da adoção de programas de ajuste estrutural.

Com o fim do Regime Militar e a reabertura para o Estado democrático, a questão de Educação passa a ser discutida mais amplamente. Nesse período, a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) prepara a Constituição de 1988, a partir de grandes debates e mobilizações, provocando a retomada de direitos esquecidos da sociedade, assim se expressando:

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 214. A lei estabelecerá o plano nacional de educação, de duração plurianual, visando à articulação e ao desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis e à integração das ações do Poder Público que conduzam à: I - erradicação do analfabetismo; II - universalização do atendimento escolar; III - melhoria da qualidade do ensino; IV - formação para o trabalho; V - promoção humanística, científica e tecnológica do País. [BRASIL, 1988]

No tocante ao ensino superior a nova Constituição trouxe em seu art. 207: “As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”. Ainda, no Artigo 209, I e II, define que o “ensino é livre à iniciativa privada”, atendendo as “normas gerais da educação nacional” e conseqüente “autorização e avaliação da qualidade pelo Poder Público” e ainda em seu Art. 213, quando afirma que “os recursos públicos serão destinados às escolas públicas, podendo ser dirigidos às escolas comunitárias, confessionais ou filantrópicas”.

A partir de dezembro de 1996, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), uma transformação significativa na educação instaura-se no Brasil. Toda a legislação educacional

produzida na década de 90 traduz valores e crenças do pensamento econômico neoliberal e não dos anseios dos representantes da comunidade acadêmica.²³ Sobre essa base foram elaborados a LDB 9394/96 e o Plano Nacional de Educação (PNE/2001-2010), que pretendia estar em sintonia com a Declaração Mundial sobre Educação para Todos.

Entretanto, o PNE somente foi instituído por lei – a Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001, que vigorou de 2001 a 2010. Com isso, responsabilidade jurídica foi gerada e as ações para o alcance das metas passaram a ser exigíveis. Mas, para alguns autores (SGUISSARDI, 2006; VALENTE e ROMANO, 2002), o PNE 2001-2010 foi reduzido a uma carta de intenções.

A Emenda Constitucional nº 59/2009 (EC nº 59/2009) mudou a condição do Plano Nacional de Educação (PNE), que passou de uma disposição transitória da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996) para uma exigência constitucional com periodicidade decenal, o que significa que planos plurianuais devem tomá-lo como referência (SGUISSARDI, 2006).

Deveria ter sido elaborado o PNE 2011 – 2020, entretanto estabeleceu-se uma sucessão de entraves que já sinalizavam a distância das proposições ao praticado, ou não - praticado. A EM nº 33/2010 criticou o PNE 2001-2010 por sua estrutura baseada no tripé “diagnóstico-diretrizes-metas”, na medida em que as metas vinham desacompanhadas das estratégias necessárias para seu cumprimento. Além disso, explicou a opção pela redução a vinte metas, acompanhadas pelas estratégias, como forma de favorecer o engajamento da sociedade civil e o controle social na execução do plano, fundamentais para seu sucesso.

As discussões continuaram para a elaboração do PNE 2014-2024, agora envolvendo novos atores, como o movimento Todos pela Educação¹⁶, fundado em 2006, e a FINEDUCA (Associação Nacional de Pesquisa em Financiamento da Educação, fundada em 2011). O segmento privado também constituiu suas redes, e em 2008 foi constituído o Fórum das Entidades Representativas do Ensino Superior Particular. Os interesses privados na área da educação relacionados a grupos de educação de capital aberto fundaram sua própria associação, a ABRAES.

Em 25/06/2014 a Lei nº 13.005/2014 aprova o PNE 2014-2024. O PNE 2014-2024 que traz dez diretrizes, entre elas a erradicação do analfabetismo, a melhoria da qualidade da educação, além da valorização dos profissionais de educação, um dos maiores desafios das políticas educacionais. De acordo com o art. 7º dessa lei,

¹⁶ O movimento Todos pela Educação reúne como mantenedores institutos e fundações privadas empresariais que se preocupam com a escolaridade e a melhoria da qualidade da mão de obra, insatisfatória para as necessidades do mercado. São seus mantenedores: Fundação Itaú Social, Fundação Bradesco, Fundação Telefônica, Gerdau, Instituto Camargo Correa, Instituto Unibanco, Itaú BBA, Santander, Suzano, Fundação Lemann, Instituto Península, DPachcoal. Entre seus parceiros figuram Fundação Santillana, Instituto Ayrton Senna, Fundação Victor Civita, McKinsey & Company, Instituto Natura, Saraiva, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios devem atuar em regime de colaboração para atingir as metas e implementar as estratégias previstas no texto.

O PNE 2014-2024 apresenta vinte metas, as metas 12, 13 e 14 referem-se ao ensino superior:

Meta 12: elevar a taxa bruta de matrícula na educação superior para 50% (cinquenta por cento) e a taxa líquida para 33% (trinta e três por cento) da população de 18 (dezoito) a 24 (vinte e quatro) anos, assegurada a qualidade da oferta e expansão para, pelo menos, 40% (quarenta por cento) das novas matrículas, no segmento público.

Meta 13: elevar a qualidade da educação superior e ampliar a proporção de mestres e doutores do corpo docente em efetivo exercício no conjunto do sistema de educação superior para 75% (setenta e cinco por cento), sendo, do total, no mínimo, 35% (trinta e cinco por cento) doutores.

Meta 14: elevar gradualmente o número de matrículas na pós-graduação *stricto sensu*, de modo a atingir a titulação anual de 60.000 (sessenta mil) mestres e 25.000 (vinte e cinco mil) doutores.

A questão do financiamento é tratada na meta 20:

Meta 20: ampliar o investimento público em educação pública de forma a atingir, no mínimo, o patamar de 7% (sete por cento) do Produto Interno Bruto (PIB) do País no 5º (quinto) ano de vigência desta Lei e, no mínimo, o equivalente a 10% (dez por cento) do PIB ao final do decênio.

Em 2016, foi publicada a 13ª edição da LDB com atualizações. No tocante à educação superior, que é regulamentada no capítulo IV, foram acrescentados itens e artigos relativos à normatização, sem modificação do art. 43 que define a finalidade do ensino superior.

Art. 43. A educação superior tem por finalidade: I – estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; II – formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua; III – incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive; IV – promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação; V – suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração; VI – estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade; VII – promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição. VIII – atuar em favor da universalização e do aprimoramento da educação básica, mediante a formação e a capacitação de profissionais, a realização de pesquisas pedagógicas e o desenvolvimento de atividades de extensão que aproximem os dois níveis escolares.

A despeito de a LDB definir a finalidade do ensino superior e trazer em seu bojo avanços sociais relevantes, o que assistimos, mormente na última década é uma precarização das universidades públicas e um crescente aumento do número de instituições de ensino superior privadas, muitas dessa organizadas como empresas/indústrias de educação.

Atualmente a política pública de educação está expressa na constituição Federal de 1988; nas Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) atualizada em 2016; nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental (2013); Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024.

Na realidade brasileira encontra-se um modelo de escola, na maioria das vezes privada, que pretende preparar o aluno ao sucesso; e outra, a pública, que se apresenta precária como instituição de ensino e que atribui o fracasso escolar à individualidade do aluno. Pode-se dizer que esta última prepara o aluno para o fracasso (PATTO, 2015).

Em um Estado de inspiração neoliberal, como o que vivemos, a intervenção do Estado constitui uma ameaça aos interesses e liberdades individuais, inibindo a livre iniciativa, a concorrência privada, e podendo bloquear os mecanismos que o próprio mercado é capaz de gerar com vistas a restabelecer o seu equilíbrio. Em assim sendo, não defende a responsabilidade do Estado em relação ao oferecimento de educação pública a todo cidadão, em termos universalizantes, de maneira padronizada.

Esse contexto cria e recria cotidianamente uma práxis que impossibilita ao jovem romper com as amarras de políticas de identidade colonizadoras¹⁷ para reestruturar identidades em emancipação.

3.3. Políticas Pública de Educação para a Formação Médica

A construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação tem origem nos questionamentos sobre o ensino superior, iniciados na década de 1960, entre os quais se destaca o seu isolamento do mundo do trabalho, formando profissionais com perfil não adequado às necessidades sociais.

Essa discussão aprofunda-se no último quartel do século XX, na Europa e nas Américas, gerando propostas de revisão curricular e de novas práticas pedagógicas, orientadas para a resolução do “conflito entre instrução e formação, entre adestramento e educação”, nos termos da reflexão feita por Antonio Manoel dos Santos Silva sobre a universidade no limiar do século XXI.

A expressão “Diretrizes Curriculares” aparece no artigo 53 da LDB de 1996, referindo-se ao exercício da autonomia, assegurando às IES as atribuições de “criar, organizar e extinguir cursos e programas de educação superior” e, no inciso II, recomenda atenção às diretrizes gerais que estruturariam os currículos universitários.

O Parecer CNE/CES nº. 776/97 propôs também que “para assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as Diretrizes devem observar os seguintes princípios”: (i) garantir às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas; (ii) indicar os tópicos ou campos de estudos e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão esses currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com carga horárias pré-determinadas; (iii) evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação; (iv) incentivar sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício

¹⁷ Habermas (1990) ao se referir à penetração da racionalidade instrumental e dos mecanismos de integração do dinheiro e do poder no interior das instituições culturais.

profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas no mesmo programa; (v) estimular práticas de estudos independentes, objetivando a progressiva autonomia profissional e intelectual do estudante; (vi) encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada; e (vii) fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão.

Com base nesses princípios, observa-se que as formas utilizadas para promover ensino e aprendizagem usualmente empregados nos cursos, por meio das disciplinas que compõem os currículos, não contribuem para a realização dos princípios gerais propostos pelas DCN.

Ainda, com a intenção de discutir o tema e elaborar as diretrizes finais, o MEC lançou, também em 1997, o Edital nº. 4 da Secretaria de Ensino Superior (SESu), em que estabeleceu novos modelos e parâmetros para as diretrizes curriculares e se propôs a ouvir as IES.

Observando os demais encaminhamentos legais para as DCN, o Plano Nacional de Educação (Lei Nº. 10.172/01) em seus objetivos e metas, previu o estabelecimento, em âmbito nacional, de diretrizes que “assegurem a flexibilidade dos currículos da graduação”.

É possível observar um conjunto de competências e habilidades gerais, a partir de uma breve compilação das diretrizes curriculares dos cursos de graduação aprovadas pelo CNE nos últimos quinze anos. Vários estudos já categorizaram esse conjunto, dividindo-o em quatro grandes grupos, independentes do curso de graduação a que se referem, pois são essenciais e transversais a qualquer carreira. São elas:

- (i) Competências de formação permanente: desenvolvem a responsabilidade pela necessidade de formação contínua – aprendizagem ao longo de toda a vida;
- (ii) Competências técnico-científicas: preparar pessoas aptas a transformar o conhecimento científico em práticas profissionais e pessoais para atuar em sociedade;
- (iii) Competências sociais e interpessoais: preparar para o convívio em sociedade, orientado por valores humanos, espírito de grupo, comunicabilidade, responsabilidade social, respeito ao outro e cidadania;
- (iv) Competências humanísticas: desenvolver postura crítica, reflexiva e analítica para atuar nas dimensões social e ética, no que tangem à diversidade, respeito às diferenças, entre outras.

Atualmente as escolas médicas são regulamentadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em medicina. (DCN medicina) Essa Diretrizes são oriundas da RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001¹⁸, que foram atualizadas pela RESOLUÇÃO Nº 3, de 20 de junho de 2014¹⁹ que institui

¹⁸CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências, vigente até o momento.

As DCN medicina de 2001 foram geradas ao longo de várias décadas se iniciando na década de 70, na confluência entre os movimentos educacionais e os específicos de reformulação no campo de atuação dos profissionais de saúde.

Na década de 1970, o mundo passa por uma crise no modelo de atenção e financiamento médicos. A tecnificação crescente da medicina, aliada a uma prática médica curativa e aos interesses privados havia sido responsável por um crescimento desordenado de custos que não resultaram em melhoria – condizente com a inversão financeira – na assistência e nas condições de saúde da população.

O grande marco para as transformações que seriam propostas para o cuidado à saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em setembro de 1978 no Casaquistão (URSS) – Conferência de Alma Ata UNICEF/ OMS (1978)²⁰ -, cujo lema era “Saúde para todos no Ano 2000”.

Em razão das evidências sobre a necessidade de mudanças do ensino médico, a World Federation of Medical Education (WFME) realizou em 1988 a Conferência Mundial de Educação Médica na cidade de Edimburgo. As cinco federações componentes da WFME – África, Américas, Europa, Oriente Médio e Pacífico Ocidental – organizaram as respostas de seus setores sobre os 32 questionamentos diagnósticos que compuseram a base para a conferência. A discussão desses resultados gerou uma proposta de reorientação para o modelo de formação médica, conhecida como Declaração de Edimburgo.

Para atender à convocação da WFME, a Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) decidiu dar andamento ao projeto “Educação Médica nas Américas – EMA”, já esboçado no XXVI Congresso Brasileiro de Educação Médica. A coordenação ficou a cargo da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e o patrocínio proveio da Fundação Kellogg, que paralelamente “apoiou outros estudos que permitiram melhor conhecimento da situação do ensino de Enfermagem, Odontologia e Administração dos Serviços de Saúde na América Latina”.

No início da década de 90, a ABEM procura consolidar alianças com associações médicas, educacionais e representativas de docentes e discentes, também críticas do modelo de formação vigente: Academia Nacional de

¹⁹ Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11

²⁰ Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Medicina, Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES). Todas essas entidades reúnem-se e decidem constituir a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), no entendimento de que a formação do médico não é de responsabilidade exclusiva da instituição superior, mas deve ser também partilhada com o Estado e a sociedade civil.

O passo inicial da CINAEM, em 1991, foi convidar os responsáveis por cursos de Medicina a participarem de um projeto multicêntrico com três fases: 1ª) avaliação diagnóstica da situação vigente; 2ª) realização de oficinas de trabalho com representantes das diferentes associações para propor estratégias de intervenção nos seguintes eixos: processo de formação, docência médica, gestão de cursos e respectiva avaliação; 3ª) avaliação do aluno.

Após a sistematização dos produtos das diferentes etapas, foi possível elaborar, em 2000, um relatório com a proposta de transformação do ensino médico.

Esse documento foi enviado à Câmara de Ensino Superior (CES), do Conselho Nacional de Educação. Com pequenas alterações, dele se originou o parecer no 1.133/01, aprovado no plenário do Conselho Nacional de Educação e posteriormente publicado no *Diário Oficial da União* em 3 de outubro de 2001, instituindo as DCN para cursos de graduação na área da saúde.

Compreendendo que a implantação dessa DCN profundas modificações nas escolas médicas, tanto para investimentos para capacitação do corpo docente, como para adaptações nos espaços físico que dessem conta das modificações propostas, o Ministério da Saúde, em 2002, institui o Promed-Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas com os objetivos de – Oferecer cooperação técnica e/ou operacional às escolas de graduação em Medicina que se dispuseram a adotar processos de mudança nos currículos de seus cursos, com enfoque para as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde. – Programar estágios nos hospitais universitários e em toda a rede de serviços e atividades extraclasse contemplando os principais problemas de saúde da população. –Capacitar melhor os estudantes de medicina para atender aos principais problemas de saúde da população, de acordo com a nova realidade de funcionamento do SUS, sendo necessário, para isso, que os cursos de medicina possibilitassem a formação de médicos com competência geral, essencial à ampliação de programas de atenção básica, como o Programa Saúde da Família (PSF).

Buscando a qualificação dos serviços e o direcionamento para a formação médica voltada para as

necessidades de saúde, em 2004 o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Seguindo a reordenação das políticas públicas com vistas à efetiva mudança na formação médica, em 2006, institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), tendo como objetivos – Incentivar transformações de processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços de saúde à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença. Reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS. – Aproximação entre a formação de graduação em saúde no país e as necessidades da atenção básica à saúde, que se traduzem, no Brasil, pela estratégia de Saúde da Família. – Estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, com vistas à melhoria da qualidade e resolutividade da atenção à saúde prestada ao cidadão, bem como à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais na graduação e na educação permanente.

Caminhando nesse processo e olvidando potencializar a articulação ensino-trabalho possibilitando a efetiva formação em saúde organizada por currículo integrado, em 2010, o Ministério da Saúde institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde).

Embora essas DCN apresentassem um inequívoco avanço para a mudança na formação médica, a articulação IES e serviços de saúde não possibilitou sua consolidação como esperada e ensejada.

A despeito da potência teórica desses Programas, não se alcançou efetivamente e amplamente os prepostos, dentre tantas causas, de certo as questões tensionadas envolvidas na execução dessas políticas públicas, no país com orientação neoliberal, despontam como causa primeira.

Perseverando na reordenação dos serviços de saúde e da formação médica, em 2013 foi promulgada a Lei número 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o "Programa Mais Médicos", que além das medidas de provimento de profissionais médicos nas diversas regiões do país, dispõe também sobre a formação médica brasileira, prelecionando que o Conselho Nacional de Educação (CNE/MEC) terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de publicação da referida Lei, para submeter a revisão das DCN 2001.

Ao longo de treze anos da publicação da DCN 2001, assistiu-se um progressivo e cruel desmoronamento dos serviços de saúde. A desresponsabilização do Estado, que se traduz por novos modelos flexíveis de contratação e gestão das relações de trabalho, bem como da qualificação dos trabalhadores, além de trazer mudanças estruturais no modelo de gestão, tais como o fim do concurso público para ingresso no trabalho; a implementação da terceirização; a desprofissionalização dos serviços e dos servidores públicos; leva à desorganização do

processo de trabalho em saúde. O que caminha diametralmente oposto à formação médica como definido naquelas DCN.

Ou seja, o Estado não demonstra um comprometimento para o encaminhamento da reorganização dos serviços de saúde, ponto crucial para a efetiva mudança na formação médica, além de não promover uma discussão ampliada para a revisão das DCN medicina 2001.

A RESOLUÇÃO Nº 3, de 20 de junho de 2014 institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Essas Diretrizes estão organizadas em três eixos estruturantes (Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Educação em Saúde e Educação Continuada), que no plano teórico atendem às necessidades para a formação médica.

No tocante ao ponto crucial da formação médica que é a efetiva e qualificada inserção nos serviços de saúde, essas DCN apontam para a agenda da celebração do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) e para a formação de preceptores.

Nesse aspecto cabe uma reflexão não apaixonada. Em que pese o COAPES possa vir emergencialmente a dar conta de qualificar a inserção do estudante, por outro lado reforça a desresponsabilização do Estado quanto à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde que está prelecionado no artigo 6º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que define o Sistema único de Saúde (SUS), abrindo brechas para uma responsabilização exclusiva das escolas médicas, negando o pressuposto que conduziu todo o processo de discussão acerca da formação médica entendida até então não ser de responsabilidade exclusiva da instituição de ensino superior, mas deva ser também partilhada com o Estado e a sociedade civil.

Política Pública de Saúde

O conceito mais difundido de política de saúde, e internacionalmente adotado, enfatiza seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população. Esta forma de entendimento sobre a natureza da política de saúde está presente na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirma que aquela consiste em:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, *que definem as prioridades* e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses. (...). Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis. (WHO, 1998: 10 – grifo nosso).

Quando pensamos que não há consensos sobre diversos problemas de política de saúde e que diversos grupos sociais têm percepções diferentes sobre eles, entendemos que não é fácil produzir uma política qualquer sem que antes se obtenha uma assimilação mínima dos múltiplos interesses envolvidos. Isso implica compreender as relações de poder que se estabelecem em torno da política de saúde e que afetam o processo decisório que define os planos, programas, estratégias e os processos de alocação de recursos.

Se olharmos para além dos limites das arenas institucionais, perceberemos que a política de saúde se depara constantemente com uma intensa e múltipla dinâmica de relações de poder, na qual diferentes atores sociais são constituídos, interpelam-se, enfrentam-se e assim redefinem suas identidades e estratégias, em processos constantes:

Qualquer que seja a categoria de análise utilizada deve ficar claro que a política de saúde consiste no resultado de diferentes projetos que, por sua vez, emergem de diferentes atores sociais, grupos, classes ou frações de classe. Cada projeto ou proposta de política de saúde não representa em nenhuma situação concreta algo terminado, mas sujeito à luta política, mesmo quando tem origem na classe dominante. É, de forma definitiva, o resultado de projetos em conflito e de forças que os representam em um dado momento. (Eibenschutz, 1996, p.112)

A ênfase está nas relações que, historicamente, estabelecem-se entre os diferentes atores sociais na disputa pela redefinição das relações de poder, com consequência na distribuição dos recursos produzidos em uma sociedade. Por um lado, o Estado, representado pelos agentes e instituições governamentais, é tomado como um ator privilegiado, mas, por outro, também como uma arena em que se enfrentam os interesses constituídos e organizados.

3.4. Política Pública de Saúde no Brasil

As primeiras leis sociais acerca da saúde datam do final do século XIX. Contudo, devido ao caráter pontual e isolada das mesmas, considera-se que no Brasil as primeiras políticas públicas de proteção social, só viriam a surgir, a partir do processo de industrialização, com o movimento operário grevista.

No início do século XX, as campanhas sanitárias assumiram especial importância na economia agrário-exportadora, pelo controle dos portos e das estradas de ferro. As campanhas contra a varíola, com a lei de vacinação obrigatória em 1904, contra a febre amarela e a peste bubônica, marcaram as primeiras décadas do século, demandando medidas de saúde como respostas momentâneas a estes agudos problemas.

A Saúde nesta época foi marcada por campanhas sanitárias e reforma dos órgãos federais. Houve um movimento pela mudança na organização sanitária que resultou na criação em 1921 do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP, que segundo Guimarães (1984) atuava nas áreas do saneamento urbano e rural da higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil muito especialmente.

Em 1923, foi promulgada a Lei Eloy Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP), sendo considerado o início das políticas sociais no Brasil. Muito embora, essa política, tenha sido decorrente do movimento operário grevista e não da preocupação com o bem-estar social.

As CAP eram organizadas por empresas, sendo administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, os quais eram responsáveis por benefícios pecuniários, como serviços de saúde para alguns empregados de empresas específicas, em sua maioria de importância estratégica para a economia.

A Lei Eloy Chaves, além da seguridade social, concedia serviços médicos assistenciais e medicamentos aos “segurados”. Antes desta lei, muitas fábricas já forneciam serviços médicos aos seus trabalhadores, muito embora parte do custo fosse pago pelos próprios trabalhadores através de descontos nos salários.

Do ponto de vista histórico, Getúlio Vargas chegava ao poder com a Revolução de 30, no qual uma de suas primeiras medidas foi a Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP. Dentre as políticas sociais que foram criadas por ele, no período do governo provisório (1930-1934), vale destacar a criação em 1933 dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP, que na realidade foi um novo modelo de organização previdenciária que veio a substituir as antigas CAP. Este novo modelo era organizado por categoria profissional e administrado pelo Estado.

Somente em 1953 ocorreu a divisão da saúde e educação, através da criação do Ministério da Saúde, antes vinculadas em um único ministério. (PAIM, 2009).

Já sob o Regime Militar (1964 – 1985) os IAP foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966.

Durante o regime militar o sistema de saúde brasileiro passava por uma crise por ter priorizado a medicina curativa. O modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo), assim como os aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente. A diminuição do crescimento econômico trouxe a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas, levando a incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema. Além disso, os desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal contribuía para uma situação dramática do sistema de saúde.

Essa situação caótica mobilizou a sociedade civil e aos poucos foi se iniciando um movimento intelectual e político de discussão sobre a saúde que rapidamente ganhou corpo e em 1976 foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES - que marca o início da mobilização social que se convencionou chamar Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB, grande indutor da VIII Conferência Nacional de Saúde.

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do MRSB, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade.

A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização.

As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde – foram dadas por esta Conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde.

Sistema Único de Saúde - SUS

A Constituição brasileira, aprovada em 1988, no momento da redemocratização do país, representa uma conquista política e um avanço no sentido da equidade e da cidadania. Nela instituiu-se, entre outras conquistas sociais, a universalização da saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) e um novo arcabouço jurídico-institucional para o serviço público, o Regime Jurídico Único (RJU), que normatiza as contratações no setor público.

O SUS, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/1990, coloca-se como uma política que tem como proposta a mudança radical do modelo de atenção à saúde no Brasil reconhecendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Do ponto de vista do trabalho no setor público, o RJU, promulgado pela Lei n. 8.112/1990, cria um regime próprio para o servidor público, pautado na meritocracia, com ingresso nas carreiras por meio de concurso público.

No tocante ao funcionamento é importante ressaltar que o SUS não possui um caráter institucional, ele é um complexo sistema, formado por centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais da iniciativa privada e do poder público, bem como por outros órgãos da União, Estados e Municípios, tendo como gestor central o Ministério da Saúde, todavia participam também da sua gestão os estados, municípios e a comunidade.

Portanto, pode se definir SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Sendo assim, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivas estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes (ESCOREL, 1998).

O financiamento do SUS foi previsto nas Disposições Constitucionais Transitórias (DCT) da Constituição com a indicação de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde. Entretanto, essa indicação não foi seguida. Foi estabelecido que o financiamento federal fosse feito segundo a variação nominal do PIB, que não

vem sequer acompanhado o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias.

Os descaminhos do SUS

Embora o SUS em sua concepção seja um modelo que propõe a integralidade do cuidado, ao longo dos anos de forma gradativa vem sofrendo inúmeras mutilações, que vão desde o apagamento do seu quadro funcional ao seu subfinanciamento.

A reforma do aparelho do Estado que se deu através do Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE), aprovado em 1995 trouxe para o setor público o conceito de flexibilidade, tendo como reflexos a flexibilização das normas e regras estabelecidas na Constituição de 1988.

O redesenho da relação público-privada se expressou na introdução de novas modalidades jurídico-administrativas dos prestadores de serviços e na conformação de modelos gerenciais tipicamente desenvolvidos no setor privado. Entre essas novas modalidades, se inscreve o modelo de Organizações Sociais (OS), instituído pela Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, criado como forma de viabilizar a parceria público-privado para a implementação de políticas públicas por meio de contratos de gestão, nos quais são definidos e firmados compromissos mútuos entre o Estado e os entes contratados. A justificativa é assegurar eficiência e garantir resultados por meio da realização de contratos entre o Estado e organismos externos, não estatais, para prestação de serviços de responsabilidade dos primeiros.

Na saúde, esses novos modelos flexíveis de contratação desresponsabilizam o Estado dos processos de seleção e gestão das relações de trabalho, bem como da qualificação dos trabalhadores, além de trazerem mudanças estruturais no modelo de gestão, tais como: o fim do concurso público para ingresso no trabalho; a implementação da terceirização; a desprofissionalização dos serviços e dos servidores públicos; a desorganização do processo de trabalho; a flexibilização dos contratos (MARTINS & CARNEIRO, 2014).

Em maio de 2009, as OS foram qualificadas como prestadoras de serviços por meio da Lei n. 5.026/2009 e sua regulamentação posterior pelo Decreto n. 30.780, de 2 de junho de 2009. Segundo os referidos documentos as OS são consideradas pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à saúde e ao esporte.

Discutir a nova realidade do mundo do trabalho no campo da saúde implica discutir a equidade nos processos que conformam o campo da gestão do trabalho, a saber: acesso e natureza dos postos de trabalho, proteção social, remuneração, ambiente e condições de trabalho, qualificação, participação política e acesso à tecnologia (MARTINS e MOLINARO, 2013).

A natureza pública do trabalho na Atenção Primária de Saúde (APS) e as normas sobre o acesso aos postos

de trabalho no setor público, conquistadas na Constituição de 1988, assinalam que a inserção de profissionais nesses serviços deve acontecer mediante a realização de concurso público, segundo os princípios constitucionais do direito administrativo.

No que tange à regulação do trabalho, as mudanças decorrentes do estabelecimento de vínculos terceirizados, por meio de contratação de instituições de natureza privada, têm colocado o trabalhador em uma posição vulnerável na medida em que os contratos são negociados sem sua participação, são pouco regulados e possuem um tempo de vigência determinado. Além disso, a externalidade das normas e regras de admissão, demissão, contratação e qualificação podem comprometer princípios básicos das relações de trabalho no setor público, como a estabilidade e a perspectiva de carreira dos profissionais da APS.

É visível e inequívoco o subfinanciamento do SUS, que vem acontecendo ao longo dos anos. Some-se a isso o envelhecimento da população em paralelo ao aumento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), e aos adoecimentos decorrentes de acidentes e violência urbana que tem trazido uma nova população de seqüelados, em sua grande maioria cuidados no âmbito do SUS.

Em 13 de setembro de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 com o objetivo de definir a forma de financiamento da política pública de saúde de maneira vinculada à receita tributária, passando o financiamento do SUS a ser garantido constitucionalmente.

Para viabilização do cumprimento da EC 29 foi fixado um período de transição até 2004. O governo Federal deveria corrigir anualmente o orçamento da saúde com base na variação do produto interno bruto (PIB) do ano anterior. Já os Estados deveriam até 2004, estar aplicando pelo menos 12% da base vinculável (composta pelos impostos pagos deduzidos as transferências entre governos). A regra para os municípios é semelhante, sendo os percentuais de pelo menos 15% da base vinculável a partir de 2004.

A EC 29 somente foi implementada em 2011 e estará vigente até este ano (2017), pois no seguinte o financiamento será regido pela Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/2016.

O Governo Federal, no mês de junho de 2016 encaminhou à Câmara dos Deputados, uma Proposta de Emenda à Constituição, que foi protocolada como PEC 241/2016, que visava alterar Ato das Disposições Constitucionais Transitórias com o objetivo de implantar um novo regime fiscal. No seu teor a PEC 241 propõe a reforma fiscal impondo limite ou teto para os gastos públicos tendo como base as despesas do ano anterior corrigida pela inflação, situação que deve vigorar por vinte anos. Em dezembro de 2016 essa EC foi encaminhada ao Senado Federal, onde passou a ser denominada PEC 55, sendo aprovada.

Não resta dúvida que essa PEC implicará em cortes profundos nos pilares essenciais do poder público que são a educação, saúde, segurança pública e aplicação da justiça, sem falar no financiamento da infraestrutura do país. Ela congela por cerca de vinte anos a grade fiscal e o orçamento propugnado pelo governo mesmo se

ocorrer crescimento econômico nesse período.

A PEC 55/2016 suscitou ampla discussão, instituições como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), se manifestaram e o coro contrário aumentou depois de nota técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), publicada em setembro/ 2016, apontar que a medida pode resultar em perdas de até R\$ 743 bilhões para a Saúde. Após essas reclamações, foi informado que a limitação dos gastos em saúde e educação, diferentemente dos demais, deve ter início somente em 2018.

Lei 12. 871 de 12/10/2013 – institui o Programa Mais Médicos

A premência e a recorrência do problema identificado de insuficiência de profissionais médicos para atendimento junto à atenção básica de saúde pública brasileira encontram-se atreladas à concepção constitucional de direito universal à saúde, enquanto dever a ser cumprido pelo Estado. Portanto, é desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), há mais de 26 anos, que se reconhece a incapacidade do Estado em prover o atendimento médico a todos os cidadãos.

Há várias maneiras de compreender esse fato:

Se nos voltarmos à construção do SUS e aos seus descaminhos entendemos que passa pelo subfinanciamento resultando em condições de trabalho insatisfatórias que dificultam a melhor prática médica e assim afugentam esse profissional dos rincões do país. As condições de trabalho que se constituem na disponibilidade de serviços complementares que possam subsidiar as necessidades de saúde e mais a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, que não se encontram organizados. É indubitável o proposto teoricamente nas públicas de saúde para a fixação dos profissionais médicos nos locais mais distantes, entretanto, não alcançamos, até o momento o proposto.

Se o viés for as condições políticas decorrentes do neoliberalismo que propõe um Estado mínimo que o desresponsabiliza dos compromissos sociais, nos defrontamos com a necessidade de respostas do Estado ao clamor social com medidas emergenciais ou medidas propostas sem dimensionar ou valorar o fulcro do problema do subfinanciamento do SUS.

Conjugando e ampliando esses dois olhares, tivemos as manifestações populares que ocorreram no Brasil em junho de 2013, na mesma esteira de outros movimentos sociais ocorridos no mundo afora desde os anos de 2008.

A manifestação de junho de 2013 se iniciou como um grito de indignação contra o aumento de preço nos transportes públicos que se difundiu pelas redes sociais e foi se transformando em manifestações de rua por mais de 350 cidades, reivindicando uma vida civil com saúde, trabalho, moradia e educação e, sobretudo, pela moralização na administração política da coisa pública, expostos em vários cartazes e *post* nas redes sociais: *“Não são os centavos, são nossos direitos”*; *“Trocamos dez estádios por um hospital”*; #VemPraRua; #ChangeBrazil e #AcordaBrasil.

Naquele momento histórico de 2013, apoiada pela articulação via rede, a mobilização de rua, começou a multiplicar-se em pautas e eventos públicos para muito além do controle dos governos e dos atores políticos tradicionais, para perplexidade da mídia hegemônica e do senso comum. A partir da eclosão política da indignação com o aumento da passagem de um sistema de transporte público caro e ineficiente, emergiram dezenas de reivindicações ligadas à qualidade dos serviços públicos analisados em uma perspectiva mais ampla. Educação, saúde e ética na política entraram na agenda em uma conjuntura que colocava as obras preparatórias para a Copa de 2014 no centro do noticiário televisivo. O contraste entre os gastos públicos com os megaeventos e a precariedade dos serviços públicos, garantidores de direitos fundamentais inscritos na Constituição Federal, foi evidenciado pelos manifestantes de todo o país, em uma crítica social poderosa traduzida em um movimento de massas inédito no Brasil.

Se as palavras de ordem se multiplicavam, óbvia e proporcionalmente incrementava-se a diversidade do público presente, bem como o número de pessoas que aderiam a cada convocação para as passeatas e atos públicos. A resposta estatal não tardou e contou com episódios de extrema violência por parte das polícias locais ao reprimir o avanço das massas. Eventos mais violentos ocorridos em São Paulo, inicialmente, foram amplamente divulgados e explorados pela mídia sensacionalista tentando deslegitimar a iniciativa popular, rotulando todos os movimentos como adeptos do vandalismo do patrimônio público e privado, liderados por táticas Black Blocs reduzindo assim a composição política, social e ideológica dos atores e práticas do período.

Em resposta à demanda inicial das manifestações, maior qualidade do transporte público, o governo prometeu investimentos com foco também na melhoria da mobilidade urbana. No âmbito da educação foi aprovado o Plano Nacional de Educação que contém 20 metas a serem alcançadas até 2024 conjuntamente por parte da União, dos Estados e dos Municípios, para melhorar a educação infantil, de jovens e adultos e qualificar os docentes. Em relação à saúde, também uma das grandes reivindicações da população, foi criado o programa Mais Médicos para suprir a carência desses profissionais em regiões onde não havia ou onde o número de profissionais era insuficiente para suprir a demanda.

Ainda que as manifestações de junho de 2013 não tenham tido as características de um “movimento”, certamente podem ser classificadas como um acontecimento histórico de grande relevância na construção dos direitos de cidadania no Brasil, em função de sua magnitude e das reações que provocaram. A emergência do direito à cidade no cenário jurídico-político brasileiro é um saldo importante das “mobilizações de junho”.

A Lei 12.871 de 12/10/2013 que institui o Programa Mais Médicos altera as Leis 8745 de 09 de dezembro de 1993, e a Lei 6932 de 07 de julho de 1981 e dá outras providências. No seu artigo 1º preleciona:

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos: I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; II - fortalecer a

prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (BRASIL, 2013)

No seu capítulo III DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL, preleciona:

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

Art. 5º *Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.* Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018. (Grifo nosso)

Art. 8º As bolsas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade poderão receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

No seu capítulo IV DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL, preleciona:

Art. 19. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades [...] § 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde [...].

No seu capítulo V DISPOSIÇÕES FINAIS, preleciona:

Art. 25. São os Ministérios da Saúde e da Educação autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas de que trata esta Lei.

Art. 30. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Lei observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis. [...] § 3º As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no orçamento geral da União.

Ressalte-se que próximo de completar quatro anos de sua promulgação, essa Lei já sofrerá mudanças no seu

arti

go 5º, fruto da escassez de ordenação de recursos estabelecidos nos artigos 8º; artigo 19 § 3º; artigo 25; e artigo 30 § 3º.

Comentar que a respeito do financiamento do SUS, nada está prelecionado, o que se subentende não ter sido objeto de consideração. Junte-se a isso a PEC 55/2016, comentada anteriormente.

Ou seja, o fulcro da impossibilidade da prática da política de saúde defina pelo SUS, que é o seu financiamento, mais uma vez não foi enfrentada de forma a possibilitar o seu efetivo e desejado funcionamento.

Com os serviços de saúde caminhando a passos largos para condução pelas OS, com profissionais sem vinculação efetiva às unidades de saúde, se estabelece um prejuízo incomensurável, quer no atendimento à população, quer na formação médica.

Nesse aspecto, citamos o exemplo do município do Rio de Janeiro (maio/2017), no qual as Clínicas de Saúde da Família têm todos os profissionais médicos vinculados às OS, sem vínculos profissionais efetivos, propiciando uma rotatividade de profissionais médicos. Isso rompe os princípios do cuidado em saúde na atenção primária em saúde, que tem no estabelecimento de vínculo com a comunidade um dos seus pilares.

Além disso, o governo municipal do Rio de Janeiro modificou o proposto no COAPES saindo de um acordo de cooperação técnica, para a cobrança de valores pecuniários a serem pagos pelas escolas médicas privadas (junho/2017). Esse modelo pode ser comparado a um modelo de locação, as escolas médicas “alugam” as unidades de saúde para a inserção dos seus estudantes, escancarando uma ruptura à CF e à Lei 8080 que instituiu o SUS, e como já citado, faz constar os serviços de saúde como ordenadores na formação de profissionais de saúde.

4 METODOLOGIA E O PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO

4.1 Preambulo

A pesquisa qualitativa habitualmente é utilizada nas Ciências Sociais e cada vez mais também na área da saúde por constituir-se em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que permitem o estudo do significados, intenções e representações dos fenômenos em um grupo. O pesquisador se aproxima do mundo simbólico e imaginário das pessoas, que é ao mesmo tempo particular e expressão da base cultural de sua época, com base em concepções, metodologias e instrumentos adequados à produção do empírico, e depois se afasta para fazer o seu diálogo com a teoria e a experiência que lhe são próprios, em um processo de compreender e "interpretar interpretações" (GEERTZ, 1989).

Outra característica fundamental da pesquisa qualitativa é, segundo Bicudo (2011), o fato de que a pesquisa qualitativa busca uma *compreensão* particular daquilo que estuda, já que o foco de sua atenção é dirigido para o

específico, o individual, aspirando à compreensão dos fenômenos estudados que somente surgem quando situados.

Os lugares ocupados pela pesquisa qualitativa permitem a busca da subjetividade, que se apresenta como um conjunto de processos “os quais mudam em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto” (GONZÁLEZ REY, 2005).

A abordagem na fenomenologia sociológica trata, de uma estrutura de significados na vivência intersubjetiva da relação social da face a face, entendendo que as ações sociais têm um significado contextualizado, de configuração social e não puramente individual (SCHÜTZ, 1979).

Na pesquisa qualitativa, a entrevista se dá no encontro intersubjetivo entre entrevistador e entrevistado, ouvinte e narrador, partícipe de uma aventura comum de apreensão e construção de memórias (Bosi, 2004) e reflexões. Estimula-se a produção de narrativas acerca de questões estipuladas em um roteiro com a intencionalidade de perceber atitudes, conhecer fatos, valores, sentimentos, que permitem adentrar um campo vivencial que revela sentidos, conflitos e acomodações (Schraiber, 2008). As narrativas são capazes de permitir revelar não só a experiência singular de um sujeito, mas sendo este também um sujeito histórico e social, mostram os sistemas, as estruturas e teias de representação aos quais o sujeito pertence.

A observação participante é compreendida como o processo pelo qual o pesquisador se insere no cenário vivencial de um grupo com a intencionalidade de realizar uma investigação científica ampliada, capaz de fornecer elementos para a compreensão dos aspectos objetivos e subjetivos das relações interpessoais no grupo, as tradições, os afetos, os motivos, os sentimentos, enfim, o registro vivido que não é possível ser alcançado por meio de inventários (MINAYO, 2008).

Para tanto, o pesquisador precisa ter aproximação teoria com os aspectos que pretende estudar, como também atitude empática que permitam ser aceito pelo grupo e assim poder mergulhar no campo intersubjetivo que faz parte da pesquisa.¹⁵² Sua base teórica o coloca na posição de quem procura ativamente, no grupo, vivências relativas aos pressupostos, mas com flexibilidade, crítica e capacidade de fazer dialogar concepções e realidades, entendendo que a base teórica é o apoio para a construção científica, e não um conjunto de preconceitos que engessam e inviabilizam a pesquisa. O observador faz parte do estudo, ele próprio um dos sujeitos da pesquisa, complementaridade considerada necessária ao método (MINAYO, 2008; RIOS & SCHRAIBER, 2012).

Sobre o Estudo

Para o embasamento teórico, procedemos estudos bibliográficos junto a diversos autores no campo interdisciplinar que envolve medicina e educação médica (Abbott, 1991; Aguiar, 2001; Almeida-Filho, 2010;

Ceccim & Feuerwerker, 2004), que incidem sobre a história da medicina (Almeida, 2009; Azevedo, 2015; Cardoso, 2010; Donatelli, 2008; Rebollo, 2002, 2003, 2006; Rezende, 2009; Ribeiro, 2003; Rodrigues, 2013; Santos, 2012; Talmoni, 2012), estudos curriculares (Apple, 1982; Belei, 2008; Bourdieu, 2010; Coll, 1998; Davini, 1994; Giroux, 1986; Gomes, 2009; Hall, 2000; Santomé, 1998; Silva, 1999, 2010, 2011) e debate educacional atual sobre formação médica no Brasil e em alguns países (Almeida-Filho, 2014; Amaral, 2007; Brasil, 2001, 2014; Ceccim, 2004; Feuerwerker, 2002; Flexner, 2010; Freidson, 2009; Gomes, 2008; Rios & Schraiber, 2012; Venturelli, 1997).

O procedimento metodológico adotado foi pesquisa qualitativa com abordagem na fenomenologia sociológica, utilizando entrevistas semiestruturadas, com observação participante. Utilizamos fontes documentais escritas, e narrativas orais. Os sujeitos escolhidos foram estudantes, professores e gestores do curso de graduação em medicina da Universidade Federal do Ceará e do UNIFESO- RJ.

4.2. Escolha das Escolas

Considerando a abrangência que envolve a temática da formação médica, cremos ser necessário que o estudo fosse realizado em ambiências que desvelassem a diversidade, ao mesmo tempo que guardassem uma aproximação com a representatividade das escolas médicas do Brasil contemporâneo, inseridas em situações usuais de ensino-aprendizagem em Medicina, e ao mesmo tempo, representante de uma situação modelar. Além disso, como o tema a ser trabalhado suscitava o emprego de uma pesquisa qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas com observação participante na qual o pesquisador é também um partícipe, consideramos que a escolha da escola guardasse proximidade com a formação e atuação da pesquisadora. Com esses pressupostos, selecionamos duas faculdades:

(i) a faculdade de medicina da UFC, fundada em 1948, reconhecida por sua excelência, com desenvolvimento de pesquisa clínica e experimental, que atualmente através do SISU, recebe estudantes de diferentes estados do país, e na qual a pesquisadora fez sua graduação e guarda suas memórias afetivas.

A FAMED/UFC, apresenta uma longa e portentosa história de participação em projetos inovadores na formação médica, incluído a valorização dos projetos de extensão, dentre eles, ressaltar o Programa Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC). O CRUTAC, se iniciou ainda no de 1972, destinando-se à época, a estudantes dos últimos semestres dos cursos de Medicina; mantém-se vigente e desde 2008, inclui estudantes de Odontologia, Enfermagem e Fisioterapia. A FAMED-UFC, atenta às discussões mundiais acerca das necessidades de mudanças na educação e formação médica, vinha desde o ano de 1995 trazendo essa discussão para docentes e discentes. Em 2003, concorreu e foi selecionada entre as 19 escolas médicas, para participar do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). Em 2006, concorreu e foi selecionada para o Programa Nacional de Reorientação da Formação

Profissional em Saúde (Pró-saúde). Em 2010, concorreu e foi selecionada para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família. Atendendo às Diretrizes Curriculares de Graduação para o Curso de Graduação em Medicina (DCN medicina) de 2001, promoveu mudanças no seu Projeto Pedagógico adotando um currículo centrado no estudante, com estrutura modular (definido módulo como unidade didática formada por disciplinas que trabalham de forma articulada), constituído de um módulo sequencial, um longitudinal e um optativo; flexível (20% de disciplinas opcionais a partir do 5º período); avaliação com caráter também formativo; e abordagem pedagógica empregando a Aprendizagem Baseada em Problemas, em alguns módulos; com proposta de inserção nos serviços de saúde desde o início do curso. Fizemos a visita à FAMED-UFC campus Fortaleza, no segundo semestre letivo de 2015, momento no qual ainda vigia o Projeto Pedagógico de 2001 (anexo 1).

(ii) a faculdade de medicina do UNIFESO, fundada em 1975, privada, sem fins lucrativos, situada na região sudeste do Brasil que historicamente recebe e acolhe pessoas dos diferentes estados do país e guarda tradição na formação médica, desenvolve pesquisa clínica, e na qual a pesquisadora exerce atividade de docência e gestão. As entrevistas foram realizadas no segundo período letivo de 2016, quando vigia o Projeto Pedagógico de 2016 (anexo 2).

A FAMED-UNIFESO tem uma história de protagonismo nos movimentos de transformação na educação médica. Nos idos do ano de 1998, implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), como parte de um projeto municipal, que atingiu oito Unidades de Saúde administradas pelo poder público local, com orientação técnica da FESO. No ano de 1999 a FESO foi credenciada pelo Ministério da Saúde como Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente das Equipes Básicas do PSF da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Foi uma das escolas que participou da elaboração do projeto que resultou nas DCN medicina 2001. Em 2003 concorreu e foram selecionadas entre as 19 escolas médicas, para participar do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), o que oportunizou a formação de um grupo de estudo composto por docentes e representação discente com a intencionalidade de elaborar as mudanças propostas por aquelas DCN, tendo a pesquisadora coordenado esse grupo de trabalho. A transformação da FAMED/UNIFESO foi efetivada a partir de 2005. Desde então, a escola adota o currículo integrado com inserção dos estudantes nos serviços de saúde desde o início do curso, está organizado por competências de complexidade crescente trabalhado por ciclos de vida, utilizando como metodologia de ensino-aprendizagem a Aprendizagem Baseada em Problemas, do 1º ao 4º ano do curso. Em 2006, concorreu e foi selecionada para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde), passando a trabalhar com a óptica da Educação Permanente no âmbito da escola, e a partir de 2010 atendendo à publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (MS, 2009), também no âmbito dos serviços que recebe os seus estudantes. Em 2008,

concorreu e foi selecionada para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família.

4.3. Seleção dos Entrevistados

Dos Estudantes

Considerando a importância de reproduzir a diversidade de tipos de sujeitos existentes, escolhemos estudantes do 1º, 4º e 6º ano, pois esta diversidade localiza o começo, a fase intermediária e a terminalidade do curso. Além disso, consideramos outra diversidade – a afinidade do participante com algum subgrupo que expressam subculturas dentro do universo estudantil, como Diretório Acadêmico e Ligas Acadêmicas.

Foram selecionados quatro estudantes do 1º ano do curso, dois de cada escola. Nesse momento, os estudantes iniciam a construção das habilidades para a prática profissional que acontece em ambientes vigiados no âmbito da escola, não guardando diferenças relevantes entre as duas escolas selecionadas. Estão inseridos na Atenção Primária de Saúde com a intencionalidade de conhecer os determinantes sociais em saúde e os cuidados primários em saúde mais voltados para a prevenção e promoção da saúde. A inserção guarda peculiaridades decorrentes das diferenças do Projeto Pedagógico e do currículo das duas escolas escolhidas para esse estudo. Na FAMED/UFC campi Fortaleza, à época da visita, não estavam acontecendo uma efetiva inserção na APS, os estudantes faziam uma visita técnica às UBSF. Na FAMED/UNIFESO, os estudantes são efetivamente inseridos na Atenção Primária em Saúde, com atividades em creches, escolas e asilos para idosos da rede pública municipal, momentos em que são acompanhados por preceptores que têm graduação em medicina ou em enfermagem. Elaboram e apresentam um trabalho de intervenção, tendo o tema para o estudo sido disparado por situações de saúde vivenciadas durante a inserção.

Foram selecionados quatro estudantes do 4º ano do curso, dois de cada escola, sendo um desses estudantes membro coordenador de uma Liga Acadêmica. Nesse momento do curso, é mantida a construção das habilidades para a prática profissional em ambientes vigiados, em complexidade crescente, com peculiaridades decorrentes da diferença entre o currículo e o Projeto Pedagógico das duas escolas. Na FAMED/UFC essas habilidades nem sempre estão conectadas com a ementa do recorte curricular que está sendo aplicado. Na FAMED/UNIFESO, essas habilidades são construídas atendendo ao ciclo de vida que está trabalhado no recorte curricular em curso. Todos os estudantes estão inseridos na Atenção Secundária de Saúde, tendo as atividades desenvolvidas em ambulatórios e enfermarias dos hospitais de ensino. Nesse momento, o fulcro é a construção da competência para elaboração da história clínica e realização do exame físico, a formulação de hipóteses explicativas, a tomada de decisão para a elaboração das melhores propedêuticas diagnósticas e terapêutica, considerando os aspectos éticos e bioéticos, e a singularidade do sujeito. Nesse aspecto, da análise entre o prescrito e o vivido, restou

identificadas significativas diferenças, observadas igualmente nas duas escolas, aspecto que será discutido no capítulo 5 desse estudo.

Foram selecionados seis estudantes cursando o 6º ano - estágio supervisionado em serviço (internato médico) -, sendo dois desses estudantes membros do Diretório Acadêmico, um deles exercendo a presidência. Nesse momento, os estudantes estão inseridos em todos os níveis de atenção de saúde, concluindo as habilidades para a prática profissional construída ao longo da graduação, bem como novas relacionadas às diferentes áreas da medicina que estiveram expostos. Nessa fase do curso, já com responsabilidade informal pelo ato de cuidar. O internato médico expõe de forma mais contundente a diferença entre o prescrito e o vivido, não se percebendo, nesse aspecto, diferenças significativas entre as duas escolas, aspecto que será discutido no capítulo 5 desse estudo.

Dos Professores

Os professores selecionados tinham mais de dez anos de graduação em medicina, atuavam como professores, médicos preceptores de serviço, e preceptores. Compreendendo que preceptores - definidos como professores médicos ou enfermeiros que acompanham os estudantes durante a inserção nos serviços-; que preceptores de serviço – médicos do serviço que recebem os estudantes em estágio supervisionado-, todos exercem o ofício de professor, doravante passaremos a nos referir a todos, como professores.

Entrevistamos doze professores com área de atuação em clínica médica, clínica cirúrgica, urgência e emergência, pediatria, e saúde da mulher. Todos trabalhavam formal e diretamente com estudantes de medicina. Entrevistamos os gestores - coordenadores de curso e coordenadores de internato médico momento da formação médica no qual os estudantes estão mergulhados no mundo do trabalho, situação de ensino na qual o fazer médico é posto em questão.

4.4 As Visitas e as Entrevistas

As vistas às escolas foram previamente agendadas junto à coordenação do curso. Nosso primeiro contato foi com os coordenadores de curso, oportunidade na qual apresentamos o projeto de pesquisa, e estes, considerando os horários mais apropriados, oportunizaram nossos encontros com os estudantes e professores, selecionados conforme os critérios referidos.

As entrevistas foram realizadas e gravadas pela pesquisadora; as gravações foram transcritas e digitadas por um mesmo profissional graduado em Letras, sendo supervisionadas pela pesquisadora.

O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética do UNIFESO-RJ e aprovado.

Todos os entrevistados foram informados sobre a natureza do trabalho, registrando sua ciência e anuência em

participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerando a premissa de que uma significativa parte da desejada formação humanística se dá pela apreensão e vivências de modelos representados pelos professores na relação professor-aluno e nas interações informais no ambiente acadêmico, nos interessava desvelar e compreender o encontro pedagógico, no ensino do encontro clínico. Assim, o roteiro da entrevista e de observação foi elaborado interagindo com nossas referências teóricas sobre subjetividade e intersubjetividade, e questões mais específicas da educação médica – como se dá a inter-relação professor e aluno, aluno e aluno; como professor e aluno se referem ao paciente; como professores e estudantes entendem o cuidado em saúde; como são as imagens e constructos de si e dos outros; e a percepção da pesquisadora acerca dos valores sociais em circulação. Mesmo seguindo o roteiro, a pesquisadora buscou total abertura à observação, atenta à linguagem não verbal. A ambiência das entrevistas esteve voltada para o contexto típico da formação médica – ambulatórios, enfermarias, e áreas de convivência no âmbito das escolas.

Vale comentar que ao final das entrevistas, os participantes manifestaram a satisfação em participar do estudo, e os professores entrevistados relataram ter tido a oportunidade de (re) significar suas experiências e externar suas opiniões e percepções sobre a formação e a prática médica.

No tocante ao material documental, procedemos à leitura do Projeto Pedagógico do Curso e do currículo, de cada uma das escolas selecionadas. Na forma de leitura sistemática e crítica, foi possível identificar as propostas de ensino formalmente apresentadas, e sobre as quais, na observação, pode-se evidenciar afirmações e contradições do discurso institucional.

Operamos com a triangulação metodológica, que consiste na complementaridade da análise das narrativas, da observação participante e do estudo documental, usualmente recomendada para estudos dessa natureza.

4.5. Análise das Entrevistas

Dentre os diversos modelos de apreensão do “real/ narrado/ observado” e de técnicas de análises embasadas em diferentes linhas de pensamento que permitem o tratamento dos dados, escolhemos sobre a produção de conhecimento em um processo hermenêutico, aqui compreendido como busca de compreensão e interpretação dos fenômenos (transformados em objetos de estudo sistematizados) por meio da comunicação humana (GADAMER, 1993).

Para Gadamer (2015), o ato de compreender corresponde ao ato de estar no mundo, próprio da condição humana. Para o autor, partimos do que sabemos, criamos um jeito próprio e singular de nos aproximarmos dos fatos e fenômenos de interesse e depois pensamos, dialogamos, fazemos julgamentos, elaboramos interpretações, construímos conceitos que ressignificam o prévio. Esse processo é absolutamente próprio da experiência humana, inerente ao modo de “ser” humano, que se revela um ser em constante atitude de quem olha, pensa o

mundo e o compreende. É dessa qualidade que se nutre, no cotidiano, a construção de saberes práticos, que são saberes de determinada época e sociedade. A apreensão dessa primeira elaboração nas falas dos entrevistados, ou nos textos escritos, dá-se pela interação do pesquisador com seu material empírico em construção, e, por isso, nas relações com os sujeitos e os textos.

Entretanto, para produzir uma compreensão da realidade a que dizem respeito e da qual, e sobre a qual, falam, novas interpretações são necessárias aos triangulá-los.

E, de acordo com Geertz (2012), a pretensão de elaborar explicações científicas supõe não só aceitar que sempre se trabalha com interpretações, como também é necessário ultrapassar a interpretação primeira em novas reflexões, progressivamente adensadas, da perspectiva teórico-conceitual.

Esse processo, segundo Ayres (2009), pode ser entendido como tendo dois momentos complementares. A *compreensão*, como o exercício de compreender a fala do outro, reciprocamente nos vários significados possíveis pela linguagem compartilhada, em um arranjo intersubjetivo que Ayres, recorrendo a Gadamer (1993), chama de “fusão de horizontes”. E a *interpretação*, aprofundamento da significação pela construção de sentido para a fala, a forma de conteúdo elaborado no exercício da razão sobre os fenômenos, envolvendo opiniões, conhecimento prévio, apreensão de novos elementos, reflexão que, leva enfim ao encadeamento de um novo discurso sobre o assunto.

A compreensão e a interpretação vêm do campo de conjunção dos sujeitos que fazem parte do estudo, território o qual não há e nem deve haver neutralidade no sentido de supressão dos personagens em cena, no palco de opiniões e juízos que precisam ser explicitados, qualificados e processados. A face do objeto que se pretende conhecer será aquela da visão do intérprete.

A verdade é produzida no decorrer da experiência dialógica, na relação entre o intérprete e o que ele procura entender, na forma de um juízo válido sobre um recorte de realidade. O estatuto da verdade dado ao conhecimento se dá pelo alcance a um sentido pertinente, e será a verdade possível, restrita à circunstância e condição do estudo e provisória (como qualquer verdade científica) (RIOS & SCHRAIBER, 2012).

A autenticidade do conhecimento assim produzido se confere pela racionalidade, aqui compreendida na perspectiva proposta por Minayo¹⁵⁷, que afirma suas propriedades na linguagem. Essa verdade provisória e relativa, é aceita por critérios de racionalidade definidos para as condições do estudo, por meio da linguagem, na ação relacional, na racionalidade comunicativa. Sendo daí que vem a legitimação do conhecimento.

Para nos aproximarmos do encontro pedagógico, sob o viés técnico-metodológico, construímos núcleos temáticos que nos permitiram produzir e interpretar dados empíricos relativos a diversas situações e contextos das narrativas e da observação participante, dando concretude e particularidade aos temas abstratamente delineados. Esses núcleos se constituem do conjunto das principais configurações psicossociais (valores, lugares,

atitudes, conceitos, história) implicadas na produção de subjetividades, que se pode observar no comportamento ou no discurso das pessoas ou grupos. Compõem-se, pois, de referências culturais identitárias que, no vivenciar subjetivo, adentram o universo simbólico dos sujeitos na construção dos modos de ser e se relacionar com o outro.

Esses núcleos temáticos serviram como categorias teórico-conceituais de análise do material empírico produzido, dando concretude e particularidade aos temas abstratamente delineados. São eles: o constructo de si e do outro, o cuidado e a tecnologia.

Neste estudo, o material empírico foi examinado considerando os princípios orientadores, a seguir: as narrativas podem ser entendidas por si mesmas dentro do código linguístico compartilhado pelo entrevistador e pelo entrevistado; as narrativas partem de concepções e opiniões prévias do entrevistado e do entrevistador; são experiências individuais, mas que guardam características coletivas; a narrativa é, em si mesma, uma produção de sentido sobre a qual opera a análise hermenêutica; a interpretação se dá sobre o material assim compreendido, acrescido de elementos vindos do referencial teórico.

O movimento da pesquisadora foi desde as leituras flutuantes iniciais à exaustão de contato com o material da pesquisa, ir se impregnando das cenas (visitas) e narrativas que traziam representações e mais das cenas (contadas) de cada entrevista em particular e, aos poucos justapondo umas às outras para organizar o material em uma perspectiva temática (considerando a regra hermenêutica de compreender o todo a partir das partes a parte em relação ao todo). Considerando o tema como uma unidade de significação que se desprende de um texto aos olhos do intérprete, assumidamente um sujeito presente, histórico, social e desejante, os fragmentos do material empírico foram selecionados por referência aos núcleos temáticos, a esse momento já ressignificados pelos elementos advindos da interação com as cenas e narrativas, como apresentaremos no capítulo 5.

5 CURRÍCULO E PROFISSÃO MÉDICA

5.1 SIGNIFICADOS DO CURRÍCULO

Mas, o que é mesmo que se elenca para a formação médica? É possível ensinar medicina? O currículo consegue ser um guardião dinâmico e atento à formação médica?

5.1.1 Teorias do Currículo

Do ponto de vista etimológico, o termo *currículo* vem da palavra latina *Currere* – caminho, jornada, trajetória, percurso a seguir.

Gomes (2009) citando Hamilton (1992, p.41) informa que o autor historicizando sobre as origens do currículo, relata que a mesma é escassa. Atribui ao *Oxford English Dictionary* o mérito de ser a fonte

bibliográfica mais antiga em que localizou o termo “curriculum”, nos registros de 1633 da Universidade de Glasgow.

Relata que “a palavra aparece num atestado concedido a um mestre quando de sua graduação; e está vazada numa forma que, assim o afirma a reimpressão feita no século XIX, tinha sido promulgada ‘logo após’ que Universidade tinha sido reformada pelos protestantes em 1577”.

Em 1582 a palavra aparece nos registros da Universidade de Leiden (uma instituição fundada pelos Calvinistas). Na mesma obra, Hamilton questiona se “seria o caso de que ‘curriculum’ tenha trazido para a prática educacional calvinista o mesmo tipo de ordem que ‘disciplina’ tinha trazido para a prática social calvinista? ” Pergunta essa que ele mesmo responde ao sintetizar sobre a origem do termo educacional *curriculum*, escrevendo que o mesmo:

[...] emergiu na confluência de vários movimentos sociais e ideológicos. Primeiro, sob a influência das revisões de Ramus¹, o ensino de dialética ofereceu uma pedagogia geral que podia ser aplicada a todas as áreas de aprendizagem. Segundo as visões de Ramus sobre a organização do ensino e da aprendizagem tornou-se consoante com as aspirações disciplinares do calvinismo. E, terceiro, o gosto calvinista pelo uso figurado de “*vitae curriculum*” – uma frase que remonta a Cícero (morte: 43 a.C.) – foi ampliado para englobar as novas características de ordem e de sequência da escolarização do século XVI[...] (HAMILTON, 1999, p. 47 Apud GOMES, 2009).

Na literatura mundial, as duas primeiras obras versando sobre currículo com o aspecto pedagógico, surgiram no início do século XX.

Em 1902 John Dewey publica a obra *The Child and the Curriculum*, traduzido para o português por Anísio Teixeira sob o título de “A Criança e o Programa Escolar”. De fato, um tomo da obra “*Vida e Educação*” estava organizada em uma parte introdutória com dois subpontos – “I. Educação como reconstrução da experiência e II- A escola e a reconstrução da experiência -, e dois tomos: I. A criança e o programa escolar e II. Interesse e esforço”.

Em 1918 Frankin Bobbitt, publica nos Estados Unidos *The Curriculum*, obra que passa a ser considerada como um marco no estabelecimento do currículo como um campo especializado de estudos. Esse livro foi escrito em um momento crucial da história da educação estadunidense na quais diferentes forças econômicas, políticas e culturais procuravam modelar os objetivos e as formas da educação em massa.

Embora os dois autores vivessem nos Estados Unidos e as duas obras tenham um distanciamento temporal pequeno, a diferenciação entre esses dois autores é significativa.

Dewey trazia para o currículo a vertente humanista que existia na escola clássica, que visavam os mais altos ideais do espírito humano. Dewey cria ser importante considerar no planejamento curricular, os interesses e as experiências das crianças, dos jovens e dos adultos. Considerava que a educação não era uma preparação para a

vida adulta ocupacional, e sim um lugar de experiência e prática direta de princípios democráticos. A obra de Dewey não trouxe significativa influência na formação do currículo como campo de estudo (SILVA, 1999; PACHECO, 2005).

Bobbitt oferecia um currículo voltado às necessidades para a prática de mercado; entendia que a escola funcionasse da mesma forma que qualquer outra empresa comercial ou industrial. Tal como uma indústria, queria que o sistema educativo fosse capaz de especificar precisamente que resultados pretendia obter, que pudesse estabelecer métodos para obter precisão e formas de avaliação, que permitissem saber se esses resultados foram verdadeiramente alcançados (SILVA, 1999; PACHECO, 2005).

Esse modelo de currículo consolida-se com a obra de Ralph Tyler publicada em 1949. O paradigma estabelecido por Tyler irá dominar o campo do estudo nos Estados Unidos, com influência em diversos países, incluindo o Brasil aonde ainda tem sua marca indelével no século XX. Tyler, apesar de admitir a filosofia e a sociedade como possíveis fontes de objetivos para o currículo, o paradigma formulado por ele está centrado nas questões de organização e desenvolvimento. Tal como o modelo de Bobbit, o currículo para Tyler é essencialmente uma questão técnica (SILVA, 1999; PACHECO, 2005).

Ao longo dos anos, o currículo vem sendo conceituado de diversas formas, entendido em diferentes aspectos, enquanto *nexo* entre a sociedade e a escola, o sujeito e a cultura, o ensino e a aprendizagem. Apresenta-se como um projeto escolar, um plano educativo formalizado, a cultura objetivada, sob um determinado formato, com conteúdos previamente definidos, mas também refletem práticas, experiências cotidianas, ideologias, crenças, valores; uma linguagem simbólica (SILVA, 2010).

Para Coll (1998), a primeira função do currículo consiste em explicitar o projeto — as intenções e o plano de ação — que norteia as atividades educativas escolares. Segundo esse autor, o currículo deve proporcionar informações sobre *o que ensinar* (conteúdos e objetivos), sobre *quando ensinar* (ordenação e sequencia dos conteúdos e objetivos), e *sobre como ensinar* (modo de estruturar atividades, a fim de alcançar os objetivos estabelecidos em relação a conteúdos selecionados). O currículo também se propõe a apresentar informações sobre *o que, quando e como avaliar*.

No final do século XX, a obra de Tomaz Tadeu de Silva (2010, 2011) avança para o conceito de teoria do currículo, estabelecendo desde então uma visão do currículo para além de organização e planejamento. Traz a provocação da questão central – que conhecimento deve ser ensinado? - O que é que as pessoas precisam saber. Para respostas a essas questões as diferentes teorias podem recorrer a discussões sobre a natureza humana, sobre a natureza da aprendizagem ou sobre a natureza do conhecimento, da cultura e da sociedade. Assim, destaca três campos de teoria: as teorias tradicionais, as teorias críticas e as teorias pós-críticas.

Teorias Curricular Técnica

As teorias tradicionais do currículo, que têm como expressão mais dominante a de Tyler, não estão preocupadas em fazer qualquer tipo de questionamento às disposições educacionais existentes, tomando o *status quo* como referência desejável. Pretendem ser neutras, científicas e objetivas. São pensadas na centralidade do professor e na aceitação passiva dos estudantes, sem nenhuma crítica. Os modelos desse currículo limitam-se à atividade técnica de como fazer o currículo.

Teoria Curricular Crítica

O primeiro momento das teorias críticas foi o de questionar o conhecimento corporificado no currículo e de deslocar a ênfase dos conceitos simplesmente pedagógicos de ensino e aprendizagem para os conceitos de ideologia e poder.

Essas teorias críticas surgem em meio aos muitos movimentos sociais e culturais que caracterizaram os anos de 1960 em todo o mundo - os movimentos de independência das antigas colônias europeias, o protesto estudantil na França, a continuação do movimento pelos direitos civis nos Estados Unidos, os protestos contra a guerra do Vietnã, os movimentos de contracultura, o movimento feminista, as lutas contra as ditaduras estabelecidas -, teorizando e questionando o pensamento e a estrutura educacional tradicional, em específico, aqui, as concepções sobre o currículo.

As teorias críticas preocuparam-se em desenvolver conceitos que permitissem compreender, com base em uma análise marxista, o que o currículo faz. No desenvolvimento desses conceitos, existiu uma ligação entre educação e ideologia. Vários pensadores elaboraram teorias que foram identificadas como críticas e, embora tivessem uma linha semelhante de pensamento, apresentavam suas peculiaridades. Dentre os pensadores que apresentaram uma nova concepção do currículo têm maior expressão as obras de Althusser (1992), Bourdieu e Passeron(2010), Michael Apple (1982), Giroux (1986) e Paulo Freire (1987, 2004).

Segundo Silva (1999), Althusser, fez uma breve referência à educação em seus estudos, nos quais pontuou que a sociedade capitalista depende da reprodução de suas práticas econômicas para manter a sua ideologia. Sustentou que a escola é uma forma utilizada pelo capitalismo para manter sua ideologia, pois atinge toda a população por um período prolongado de tempo. Na sua concepção, através do currículo, a ideologia dominante transmite seus princípios, por meio das disciplinas e conteúdos que reproduzem seus interesses, dos mecanismos seletivos que fazem com que crianças de famílias menos favorecidas saiam da escola antes de chegarem a aprender as habilidades próprias das classes dominantes, e por práticas discriminatórias que levam as classes dominadas a serem submissas e obedientes à classe dominante.

Bourdieu e Passeron (2010) desenvolveram uma crítica sobre a educação afastando-se um pouco das análises

xistas. Em seus estudos, propuseram que a reprodução social ocorre por meio da cultura, ou seja, ocorre na reprodução cultural, que pela transmissão da cultura dominante fica garantida a sua hegemonia; o que tem valor é a cultura dominante, com os seus valores, os seus gostos, costumes e hábitos que passam a ser considerada a “cultura”, desprezando-se os costumes e valores das classes dominadas (PACHECO, 2005).

Pode-se compreender que essa reprodução cultural, atua como educação excludente, eliminando do processo educacional as crianças de famílias menos favorecidas que não têm como compreender a linguagem e os processos culturais das classes dominantes. Desse modo, as crianças das classes dominantes são bem-sucedidas e alcançam um grau mais elevado de escolarização, e as das classes dominadas são excluídas da escola ou apenas frequentam até um nível básico da educação. Sobre esse aspecto, citamos Moreira e Silva (2001, p. 27):²³

Na concepção crítica, não existe uma cultura da sociedade, unitária, homogênea e universalmente aceita e praticada e, por isso, digna de ser transmitida às futuras gerações através do currículo. Em vez disso, a cultura é vista menos como uma coisa e mais como um campo e terreno de luta. Nessa visão, a cultura é o terreno em que se enfrentam diferentes e conflitantes concepções de vida social, é aquilo pelo qual se luta e não aquilo que recebemos.

Para Apple (1982), a seleção que constitui o currículo é o resultado de um processo que reflete os interesses particulares das classes e dos grupos dominantes. A questão não é apenas qual conhecimento é verdadeiro, mas qual é considerado verdadeiro e quem o considera verdadeiro. Considera importante analisar tanto valores, normas e disposições, quanto os pressupostos ideológicos das disciplinas que constituem o currículo oficial. A escola, além de transmitir conhecimento, deve ser também, produtora de conhecimento. Apple faz uma intensa crítica à função da escola como simples transmissora de conhecimentos determinados por interesses dominantes, principalmente valores capitalistas, e questiona o papel do professor nesse processo.

Henry Giroux (1986) acreditava que as teorias tradicionais, ao se concentrarem em critérios de eficiência e racionalidade burocrática, deixavam de levar em consideração o caráter histórico, ético e político das ações humanas e sociais e do conhecimento, contribuindo, assim, para a reprodução das desigualdades e das injustiças sociais. Compreende o currículo por meio dos conceitos de emancipação e libertação.

Freire (1987, 2004), embora não tenha elaborado uma teoria sobre currículo, acaba discutindo essa questão em suas pesquisas. Sua análise está mais baseada na filosofia e voltada para o desenvolvimento da educação de adultos em países subordinados à ordem mundial. A crítica de Freire ao currículo está resumida no conceito de educação bancária, que concebe o conhecimento como constituído por informações e fatos a serem simplesmente transferidos do professor para o aluno, instituindo, assim, um ato de depósito bancário. Freire ainda critica que a educação se resume apenas em transmitir o conhecimento, e que o professor tem um papel ativo, enquanto o aluno, de recepção passiva. O currículo está, dessa forma, desligado da situação existencial das pessoas envolvidas no ato de conhecer.

Segundo Silva (1999), outro movimento crítico em relação às teorias de currículo ocorreu na Inglaterra, com Michael Young. Essa crítica era baseada na sociologia e passou a ser conhecida como Nova Sociologia da Educação (NSE). Diferentemente das outras teorias que tinham como base as críticas sobre as teorias tradicionais de educação, a nova sociologia tinha como referência a antiga sociologia da educação, a qual seguia uma tradição de pesquisa empírica sobre os resultados desiguais produzidos pelo sistema educacional, preocupada principalmente com o fracasso escolar de crianças das classes operárias.

As raízes teóricas do pensamento de Michael Young podem ser localizadas na fenomenologia, na etnometodologia, no interacionismo simbólico e na sociologia do conhecimento.

Identificam-se na obra de Young várias fases. Uma fase inicial (1969-1971) que se expressa no artigo *An approach to the study of curricula as socially organized knowledge*, no qual o foco central é o conhecimento e onde define educação como “uma seleção e organização do conhecimento disponível em um determinado momento, que envolve escolhas conscientes ou inconscientes” (YOUNG, 2014).

Young recebe duras críticas de vários autores quanto ao relativismo demonstrado naquele artigo, e se inicia uma nova fase na qual responde às críticas apresentando sua defesa ao afirmar que o relativismo não leva ao desespero: é necessário conviver com ele, ao mesmo tempo em que é necessário comprometer-se com o homem e sua libertação. Nesse período Young volta sua atenção para a prática curricular, para a interação pedagógica na escola e na sala de aula, procurando questionar as categorias utilizadas pelo professor e buscando entender o processo de negociação pelo qual o conhecimento é produzido e distribuído.

No meado da década dos anos 70, Young apresenta uma reformulação do seu pensamento inicial aproximando-se da perspectiva neomarxista. O foco no currículo persiste havendo uma reafirmação da importância da categoria classe social para análise do currículo. Entretanto, questões relacionadas a gênero e raça, continuam ausentes dos seus estudos.

Já nos anos 80, as atenções de Young (2014) volta-se para a discussão do significado de vocacionalização e para a análise das políticas britânicas que vinham procurando ajustar o sistema educacional às necessidades industriais do momento. Critica as reformulações curriculares que estavam sendo propostas e as vê reforçando a divisão entre trabalho manual e intelectual; ou se tem um currículo modernizado pela inclusão da tecnologia (para os bem-sucedidos academicamente) ou de programas pré-vocacionais e vocacionais (para a maioria).

As teorias iniciais de Young são hoje rejeitadas, sendo sua contribuição a discussão entre conhecimento escolar e trabalho, em que pese nos seus trabalhos não trazerem uma compreensão mais elaborada dos elos entre produção de conhecimento, produção econômica e Educação.

Grosso modo, as teorias críticas questionam os pressupostos das composições sociais e educacionais. São teorias de desconfiança do estabelecido, de questionamentos e transformação radical.

Para essas teorias o mais importante não é desenvolver técnicas para fazer o currículo, mas desenvolver conceitos que permitam entender o que torna o currículo e seus significados para a sociedade.

Além disso, essas teorias apresentam uma estratégia de dominação presente na rotina escolar e que conforma em um tipo de currículo diferente do estabelecido, mas ocorrido de fato, a que se nominou **currículo oculto**.

Teorias Críticas e Currículo oculto

Silva (2010, 2011) assevera que o currículo oculto pode ser entendido como um conjunto de atitudes, valores e comportamentos que não fazem parte de forma explícita do currículo formal, porém, são implicitamente “ensinados” por meio das relações sociais, dos rituais, das práticas e da configuração espacial e temporal da escola. São as ações implícitas que caracterizam o currículo oculto. Estão presentes, mas não estão organizadas ou planejadas no currículo e tanto podem ser positivas como negativas. Para as teorias críticas, estas ações geralmente ensinam o conformismo, a obediência e o individualismo, ou seja, comportamentos que mantêm a ideologia dominante.

Cito trecho de uma entrevista com Michael Apple, no qual se expressa bem o currículo oculto:

[...], mas o currículo oculto pode ter uma série de danos como todos sabemos. Deixe-me contar uma história: a melhor professora que já conheci (trabalhava com matemática), me convidou para participar da sala de aula dela para fazer um filme com os estudantes - talvez vocês saibam, eu mencionei em um livro, eu também faço filme nas escolas. Estava no fundo da sala de aula observando a aula da minha professora favorita de matemática, o conteúdo daquela aula era bastante igualitário, queria aplaudi-la, era extremamente interdisciplinar, as crianças gostavam muito daquela professora. Agora preciso contar o lado não tão bom da história: na aula que ela ministrava, pedia que as crianças trouxessem problemas matemáticos de suas vidas/vivências, e pedia que essas crianças colocassem no quadro os problemas de modo que as outras pudessem resolver. Uma das crianças que nunca falava nada em sala de aula levantou a mão timidamente, era uma criança negra um tanto quanto malvestida. Esta criança levantou-se foi até o quadro e respondeu corretamente o problema, e a minha professora favorita de matemática olhou com surpresa para essa criança. O próximo problema foi apresentando. Uma criança de classe média muito bem vestida levantou a mão, se dirigiu ao quadro e acertou o problema. A professora simplesmente deu um sorriso e disse: “Muito bem! Muito bem!”. (SILVA, 2011 p.179).

Não há uniformidade de abordagem entre os diferentes autores envolvidos nas teorias críticas, mas há sim no núcleo central de suas ideias - a crítica emancipatória. Crítica emancipatória compreendida como sendo capaz de recuperar, o sujeito autônomo, consciente de si e das relações igualitárias entre os homens.

Teorias Pós-Críticas

As teorias pós-críticas têm sua origem no multiculturalismo com expressão em Stuart Hall. O multiculturalismo é uma estratégia política de reconhecimento e representação da diversidade cultural, não podendo ser concebido dissociado dos contextos das lutas dos grupos culturalmente oprimidos. Politicamente, o movimento reflete sobre a necessidade de redefinir conceitos como cidadania e democracia, relacionando-os à

afirmação e à representação política das identidades culturais subordinadas. Como corpo teórico questiona os conhecimentos produzidos e transmitidos pelas instituições escolares, evidenciando etnocentrismos e estereótipos criados pelos grupos sociais dominantes, silenciadores de outras visões de mundo. O multiculturalismo emerge em território estadunidense não apenas como movimento social em defesa das lutas dos grupos culturais negros e outras “minorias”, mas também, como abordagem curricular contrária a toda forma de preconceito e discriminação no espaço escolar.

Segundo Silva (1999), o multiculturalismo leva a crer que a igualdade em educação não pode obtida simplesmente através de acesso ao currículo hegemônico existente, como nas reivindicações educacionais progressistas anteriores.

El currículo es lugar, espacio, territorio. El currículo es relación de poder. El currículo es trayectoria, viaje, recorrido. El currículo es autobiografía, nuestra vida, *curriculum vitae*: en el currículo se forja nuestra identidad. El currículo es texto, discurso, documento. El currículo es documento de identidad. [Silva, 1999, p.36]

Analisando o que apresentamos sobre currículo, fica evidenciado que não existe uma única definição de currículo que represente todas as ideias, o que pode ser entendido essencialmente por sua complexidade e ambiguidade.

Pacheco expressa de forma esclarecedora o entendimento do que seja currículo.

Em síntese, a resposta à questão “o que se entende por currículo?” É uma missão, por um lado complexa porque existe uma grande diversidade no pensamento curricular e, por outro lado, fácil, na medida em que o currículo é um projeto de formação (envolvendo conteúdos, valores/atitudes e experiências), cuja construção se faz a partir de uma multiplicidade de práticas inter-relacionadas através de deliberações tomadas nos contextos sociais, cultural (e também político e ideológico) e econômico. [PACHECO, P.41, 2009]

5.1.2 Currículo nas Escolas De Medicina no Brasil

É fato que as escolas médicas não têm aproximação formal na área da Educação, nem no terreno pedagógico. Os currículos das escolas médicas, grosso modo, até os anos 90 se restringiam à organização das disciplinas e trazem a marca indelével de Tyler.

E mais, compreendendo que o currículo está relacionado com a questão do poder e transmite visões específicas sobre a sociedade e seus valores, e nas escolas médicas, expressa a concepção de saúde, sobre o papel do médico na sociedade, e sobre o médico que se quer formar, evidencia-se que esta discussão tem passado ao largo nas escolas médicas.

Entretanto, a partir dos anos 90 do século XX, observa-se uma salutar mudança nos atores que estudam temas afeitos à educação médica. Até aquela época, os estudos acerca da educação médica e as propostas curriculares para as escolas médicas eram de autoria de eméritos professores de medicina, atualmente estão envolvidos pedagogos, sociólogos, filósofos e médicos que também são estudiosos das ciências humanas.³⁴ Essa

transformação também se deu no Brasil, e ancorou as discussões para a elaboração das DCN de 2001, como apresentado no capítulo Políticas Públicas de Educação e Saúde.

Atualmente encontramos pelo menos três tipos de currículos nas escolas médicas brasileiras: escolas com o currículo tradicional; escolas com currículos modernos / inovadores adotados em atendimento às DCNA; e a escola da Universidade Federal Sul da Bahia – UFSB (fundada em setembro de 2013), estruturada nos moldes da Universidade McMaster – Canadá.

Escolas com Currículo tradicional

Até o final dos anos 90 do século XX, na maioria das escolas médicas ainda se vivenciava o currículo tradicional, centrado no professor e na transmissão do seu saber. A organização do currículo era feita em disciplinas isoladas e estanques, justapostos arbitrariamente, fragmentando e isolando o conhecimento. Eram dispostas no ciclo básico e no profissional, sem interface. Os conteúdos pretendiam esgotar “tudo” sobre cada disciplina. As doenças e agravos a serem tratados eram também divididos em especialidades (disciplina de cardiologia, disciplina de nefrologia, dentre tantas) e não se considerava, para seleção de estudo, as doenças de maior prevalência.

Algumas escolas incluíam disciplinas de outros campos do saber, como a antropologia e a sociologia, mas o faziam como disciplinas concentradas em um único momento do curso. A disciplina de psicologia médica, de caráter obrigatório na grande maioria das escolas, era ofertada em um único momento do curso tendo um viés de compreender como o indivíduo lida com sua doença, e não sobre o seu processo de adoecimento. A disciplina da saúde coletiva, embora também ofertada em momento único, era o momento em que oportunizava a discussão do contexto que as pessoas viviam, para entender as pessoas em suas múltiplas dimensões, e como isso implicava no processo saúde-doença.

Os aspectos de gestão em saúde e educação permanente em saúde não eram contemplados no currículo tradicional das escolas médicas.

A avaliação não se constituía como um processo era um ato isolado em cada disciplina e tinha um aspecto de avaliar a memorização dos conteúdos a que os estudantes foram expostos. Não era criterizada e assim professor dependente. O resultado da avaliação era numeral e ranqueadora através do Coeficiente Rendimento (CR) que era valorizado nos concursos para estágios práticos curriculares e de residência médica.

A distribuição das aulas ocupava todos os horários, não oportunizando ao estudante a participação em atividades de extensão, ou a prática de qualquer outra atividade de seu próprio interesse.

O treinamento prático dos estudantes iniciava-se efetivamente no internato, que tinha a duração de um ou dois anos por decisão de cada escola médica, tendo o hospital como o cenário privilegiado. Hospital, local onde

os sujeitos adoecidos estão para “submeterem-se” a tratamentos médicos, local onde a identidade dessas pessoas é desconsiderada, local em que essas pessoas devem obedecer a regras e normas. Local onde se trabalha com tecnologia dura (propedêutica armada) que reduz a oportunidade do exercício do raciocínio clínico a partir da anamnese e do exame físico, e reduz o contato entre médico/ estudante e os pacientes, levando a crer que não existem pessoas, mas tão somente doenças. Desta forma, desconsidera-se que a prática médica é uma prática social, onde médicos/ estudantes e pacientes se relacionam em um campo de significações e valores, o qual exige a interpretação do sentido.

A distribuição da grade curricular utilizando todos os horários e mais a inserção nos serviços somente nos últimos períodos do curso levavam o estudante a procurar inserções em serviços de saúde sem nenhuma interface com a academia, por vezes em unidades de serviço sem qualificação quer das condições de trabalho, quer da supervisão/ orientação do médico daquele serviço, constituindo o currículo oculto, que voltaremos a abordar ainda nesse tópico.

Escolas com currículo moderno/ inovador

A partir dos anos 1980 *pari passo* às necessidades de mudanças na formação médica advindas das inúmeras críticas das sociedades médicas e da sociedade em geral, quanto ao saber e o fazer médico, assim como da urgente necessidade do reordenamento das ações e estratégias na saúde, o currículo das escolas médicas começa a ser repensado.

A formação médica precisava caminhar para o que Ceccim (2004), conceituou como o quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. A imagem do quadrilátero da formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social.

O processo para as mudanças na educação médica se formalizou quando da promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em medicina (2001 e 2014). Essas Diretrizes definem as competências do médico como crítico, reflexivo, aptos à educação permanente e continuada, e para atender as demandas do SUS. Discutimos essas Diretrizes no capítulo Políticas Públicas de Educação e Saúde.

Para tanto, era absolutamente necessários dois movimentos entrelaçados – inserção nos serviços de saúde para além do hospital e mudança do currículo tradicional para um modelo moderno.

A proposta metodológica do currículo moderno, baseado em teorias críticas da educação, representa, principalmente, o abandono da concepção de aluno-receptor de informações em benefício da concepção aluno-construtor de seu conhecimento, a partir da reflexão e indagação sobre sua própria prática e em função da mesma

(DAVINI, 2004; SILVA, 2011).

Também são características marcantes do currículo moderno a interdisciplinaridade e a integração, que tem como pressupostos a identificação e definição de problemas da realidade, elaborando unidades de ensino-aprendizagem em torno destes assuntos e estimulando a investigação e a compreensão dos problemas. Desse modo, o aluno é incentivado a construir seu próprio conhecimento (DAVINI, 1994).

Compreendendo o estudante como um sujeito capaz, pensante, reflexivo, construtor do seu conhecimento, com uma visão ampliada do processo do adoecimento, era para tanto necessário organizar o currículo garantindo espaços livres para estudo individual, bem como para participação em atividades de extensão.

Com a proposta de inserção nos serviços de saúde construída pela escola juntamente com os serviços de saúde e se iniciando desde o início do curso, e mais os espaços protegidos para o estudante, acreditava-se que haveria minimização progredindo à extinção do currículo paralelo, que discutiremos ainda nesse tópico.

Embora, como discutido no capítulo Políticas Públicas de Educação e Saúde, as DCN 2001 tenham sido fruto de ampla discussão das sociedades médicas e de educação seguindo uma tendência mundial de mudança na formação médica, essa discussão não foi estendida para a sociedade, nem considerou a formação educacional formal dos estudantes dos cursos de medicina, assim como de seus professores e preceptores.

Os atuais professores e preceptores foram formados no currículo tradicional, e muitos trazem arraigada a centralidade na doença e não no sujeito, a concepção que seu saber pode ser transmitido, e que ao estudante cabe ouvir e estudar arduamente as disciplinas médicas.

Assim como docentes e preceptores, os estudantes ao ingressarem no curso médico foram expostos a uma modelo educacional que reproduz o *status quo* - idealiza o modelo do médico como masculino, branco, heterossexual, que está autorizado a exercer uma relação de poder simbólico e por vezes explícito, com os demais profissionais de saúde e com os sujeitos adoecidos.

Dessa forma, o proposto nas DCN 2001 não se consolidou e em 2014 as DCN foram reeditadas desta feita como Lei, novamente sem considerar a formação educacional dos atores envolvidos, nem tampouco a desorganização dos serviços de saúde, como já discutido.

Para cumprirem-se as DCN (2001/2014), as escolas médicas lançaram mão de diferentes modelos de currículos, sendo o currículo orientado por competências, o currículo integrado, e o currículo integrado orientado por competência, os adotados pela maioria das escolas médica, até o presente.

Nesse contexto Briand (2014) realizou uma revisão bibliográfica com objetivo de verificar as tendências dos estudos desenvolvidos sobre currículo, em cursos da área da saúde no Brasil, no período de 2005 a 2011. A conclusão dessa revisão é que há predomínio de narrativas de currículos inovadores, integrados ou de base interdisciplinar.

Currículo orientado por competência

Competência é um conceito polissêmico. No senso comum, está relacionado à legitimidade atribuída por lei ou reconhecimento a alguém ou a uma organização para executar uma ação ou apreciar uma questão; ou ainda relacionado ao reconhecimento de qualidades pessoais vinculadas à capacidade e idoneidade para resolver determinadas questões.

Na literatura educacional, encontram-se três relevantes abordagens conceituais sobre competência: uma considera competência como sendo uma coleção de atributos pessoais; outra vincula o conceito aos resultados observados/obtidos (tarefas realizadas) e uma terceira propõe a noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados.

Para Mogilka (2003), a abordagem dialógica de competência reconhece e considera a história das pessoas e das sociedades nos seus processos de reprodução ou de transformação dos saberes e valores que legitimam os atributos e os resultados esperados numa determinada área profissional. Nesse sentido, essa abordagem guarda relação com a compreensão interacionista da relação escola-sociedade na qual a escola é potencialmente capaz de influenciar a sociedade, sendo por ela constituída.

A definição de currículos orientados por competência requer uma opção conceitual em relação ao que se define como competência. As matrizes referenciais para as diferentes escolhas têm raízes histórico-sociais nos países nos quais foram desenvolvidas e representam disputas ideológicas nos campos da educação e do trabalho.

No Brasil, os currículos orientados por competência parecem tender para a opção pela concepção dialógica de competência que trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional.

A capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações foi conceituada como competência por diversos autores da área educacional (Hager et al., 1994; Hager & Gonczi, 1996; Perrenoud, 1999; Hernández, 2002). Destes autores, Perrenoud foi o que mais se notabilizou.

Competência pode ser entendida como a capacidade de mobilizar e colocar em ação, de modo articulado, recursos cognitivos, sócios afetivos e psicomotores, para enfrentar desafios, resolver problemas e construir novos conhecimentos. (PERRENOUD, 1999, p. 26.).

Para construir essa competência o pressuposto principal não é apenas a adoção de uma nova organização, mas sim de procedimentos metodológicos, nos quais o aluno é colocado como sujeito de aprendizagem, considerando o conhecimento prévio e a aprendizagem significativa. Esta compreensão leva ao currículo por

competências.

Para Perrenoud, os currículos voltados para a construção de competências devem promover uma limitação “*drástica da quantidade de conhecimentos ensinados e exigidos*” (p.10), dando prioridade a conteúdos que possam ser exercitados, no âmbito escolar, pela mobilização em situações complexas. Ou seja, não se podem formar competências por meio de um currículo que privilegie apenas a transmissão de conhecimento, sem promover situações em que esse conhecimento seja mobilizado. A primazia das competências sobre os conhecimentos, nessa perspectiva, assume relevância fundamental nas decisões curriculares.

Perrenoud (1999, 2000) lembra que um bom médico identifica e mobiliza conhecimentos científicos em uma situação concreta: se, por um lado, os conhecimentos adquiridos da física, biologia, anatomia, fisiologia, farmacologia, são importantes, por outro lado, não são suficientes para que ele faça um diagnóstico, diante de situações que são sempre singulares, daquele doente concreto e não outro. Ou seja, para desenvolver as competências, é preciso construí-las à medida que as exercitamos em situações complexas.

Construir competências implica que o estudante diante de um problema, lance mão dos seus saberes prévios e elenque novos necessários para a resolução do problema.

A orientação dos currículos por competência, na área da saúde, implica a inserção dos estudantes, desde o início do curso, em cenários da prática profissional com a realização de atividades educacionais que promovam o desenvolvimento dos desempenhos (capacidades em ação), segundo contexto e critérios. Nesse sentido, cabe ressaltar como aspectos de progressão do estudante o desenvolvimento crescente de autonomia e domínio em relação às áreas de competência. Essa inserção pressupõe uma estreita parceria entre a academia e os serviços de saúde, uma vez que é pela reflexão e teorização a partir de situações da prática que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem.

Nesta óptica, é necessária uma modificação da concepção da organização curricular, é necessário romper a organização por disciplinas e mais, é necessária a interdisciplinaridade, quiçá a transdisciplinaridade, vez que a competência prescinde de atributos para além dos recursos cognitivos. Faz-se imprescindível a modificação na forma da avaliação, não mais uma avaliação ranqueadora e punitiva, mas uma avaliação integrante do processo de aprendizagem.

Luckesi (2011, 2014) destaca que o papel da avaliação é diagnosticar a situação da aprendizagem, tendo em vista subsidiar a tomada de decisão para a melhoria da qualidade do desempenho do educando. Nesse contexto, a avaliação, segundo o autor, é processual e dinâmica. Na medida em que busca meios pelos quais todos possam aprender o que é necessário para o próprio desenvolvimento, é inclusiva. Sendo inclusiva é, antes de tudo, um ato democrático. Implica em acolher o resultado, seja satisfatório ou insatisfatório, em assim sendo é compreendida como um ato amoroso – “ato amoroso é aquele que acolhe a situação na sua verdade (como ela é).”

O processo avaliativo deve assegurar a coerência entre as avaliações de processo (formativas) e as avaliações que definem a progressão dos estudantes (somativas) e dessas duas com o perfil profissional desejado e os princípios filosóficos, pedagógicos e ideológicos do currículo.

No modelo de currículo orientado por competência, a avaliação é entendida como inerente ao processo ensino-aprendizagem, como um instrumento de consolidação da educação. Se efetiva como uma atividade contínua, com caráter formativo e somativo, sistematizada, ética e amorosa.

Currículo Integrado

Em 1992, estando evidenciado que a educação profissional tem sido ponto fundamental para se produzir conhecimentos e construir novas práticas em saúde, a Fundação W. K. Kellogg lançou um convite às universidades latino-americanas para participarem do Projeto UNI - Uma Nova Iniciativa na formação dos profissionais da saúde. As instituições que aceitaram o convite e participaram do projeto desenvolveram o currículo integrado e propuseram parceria entre a universidade e a comunidade para enfrentar os problemas sociais.

O currículo integrado é um exemplo de currículo moderno apoiado na teoria curricular crítica - problematizadora, no qual o ato pedagógico é a ação que, para se constituir de maneira mais consequente, precisa da reflexão, do autoquestionamento, e da teoria.

Davini (1994) define o currículo integrado como um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade. As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas hipóteses de solução devem ter sempre, como pano de fundo, as características socioculturais do meio em que este processo se desenvolve.

Para Davini (1994) o currículo integrado é uma opção educativa na qual se consolida uma efetiva integração entre ensino e prática profissional, oportunizando a construção de teorias a partir do vivenciado na prática na busca de soluções específicas e originais para as diferentes situações que se apresentam o que leva em conta a singularidade de cada sujeito, assim como a realidade local com os seus padrões culturais próprios. Dessa forma, permite a construção efetiva da integração professor/preceptor-aluno-comunidade, implicando em compreensão e busca de ações transformadoras por todos os atores envolvidos.

Santomé (1998) explica que a denominação currículo integrado tem sido utilizado como tentativa de contemplar uma compreensão global do conhecimento e de promover maiores parcelas de interdisciplinaridade na sua construção. A integração ressaltaria a unidade que deve existir entre as diferentes disciplinas e formas de conhecimento nas instituições escolares.

No currículo integrado, conhecimentos de formação geral e específicos para o exercício profissional também

se integram. Um conceito específico não é abordado de forma técnica e instrumental, mas visando a compreendê-lo como construção histórico-cultural no processo de desenvolvimento da ciência com finalidades produtivas. Em razão disto, no currículo integrado nenhum conhecimento é só geral, posto que estrutura objetivo de produção, não somente específico, pois nenhum conceito apropriado produtivamente pode ser formulado ou compreendido desarticuladamente das ciências e das linguagens (SANTOMÉ, 1998).

Currículo integrado orientado por competência

Esse modelo toma o conceito do currículo integrado no sentido da interdisciplinaridade e o conjuga ao conceito de competência dialógica, organizando o currículo do curso em eixos transversais – semiologia ampliada do sujeito e da coletividade; ética e humanismo; construção e produção do conhecimento; política e gestão em saúde.

O Currículo Oculto e o Currículo Paralelo

Na educação médica, o **currículo oculto** aparece expresso com as mesmas nuances do currículo oculto escolar. Mas, em sendo a profissão médica carregada do poder simbólico e não simbólico tendo se iniciada no ocidente e se perpetuada de forma elitista, reproduzindo na sociedade pós-moderna o individualismo as vontades e os direitos sem deveres, assume de forma assustadora vieses de crueldade, visando à manutenção do corporativismo estudantil/profissional e da exclusão social.

A expressão mais visível do currículo oculto nas escolas médicas é a cultura do trote. O trote representa a hierarquização dentro das escolas médicas, na qual o veterano reproduzindo a organização da escola médica subordina o recém-chegado a situações de constrangimento, que caracterizam violação de direitos, para muitos. Entretanto, para muitos outros dos ingressantes há uma banalização do que seja o trote, e são estes que perpetuam, sem reflexão, essa cultura.

Vale mencionar que essa expectativa do ingressante quanto ao trote só é possível em uma conjuntura de restrição do direito à educação, como a que vivenciamos. O ensino superior (sobretudo de medicina) é entendido como prêmio, disputado de forma desigual pelos setores privilegiados da sociedade que tiveram acesso ao ensino privado e/ou pelo subgrupo que pode pagar pelas caríssimas mensalidades. Os estudantes que ingressam são então nutridos com auto enaltecimento e ufanismo em relação a sua “conquista” e sua faculdade. É frequente que os grupos trotistas alimentem essa cultura de ufanismo e de superioridade, deixando em evidência seu classicismo e arrogância.

A expressão não visível, não dita, não comentada, existe na submissão de pessoas adoecidas internadas em

hospitais de ensino, a se submeterem inúmeras vezes à coleta da história clínica e do exame físico, como se fossem manequins disponíveis para o ensino da técnica médica. E mais, a exposição dessas pessoas durante as visitas de enfermagem, nas quais o professor seguido com um séquito de médicos-residentes e estudantes discute a doença daquele sujeito adoecido a beira do seu leito, sem ouvi-lo, sem qualquer privacidade, e ali define condutas a serem seguidas.

Após uma década das DCN, nas escolas médicas nas quais foram adotados currículos integrados que oportunizam uma visão ampliada do processo do adoecimento e uma discussão do papel social do profissional médico, assistimos mudanças no ritual do trote, mas não na cultura trotista. O trote passou a ser “trote solidário”, traduzido como a obrigação do calouro de doar gêneros alimentícios e de higiene pessoal para que sejam doados à instituições de asilamento.

Quanto às atividades dos estudantes nos hospitais de ensino se inicia um movimento do estudante de não aproximação do sujeito adoecido, carecendo de estudos para compreensão dessa atitude. Ouso inferir, pelo que observo do meu convívio enquanto professor em uma escola médica, que retrata uma transformação positiva, uma compreensão que ali está um sujeito adoecido que deve ser respeitado e não invadido, como dantes.

O termo **currículo paralelo** surge em 1994, a partir da dissertação de mestrado do médico Sérgio Rego, que o define como “o conjunto de atividades extracurriculares que os alunos desenvolvem, subvertendo, na maioria das vezes, a estrutura curricular formal estabelecida pela Faculdade” (REGO, 1994, p.10).

O termo currículo paralelo foi incorporado pelos estudiosos da educação médica brasileira, sendo amplamente utilizado.

O **currículo paralelo** aparece como voz corrente como sendo as práticas do estudante de medicina desenvolvidas em unidades de saúde que não são reguladas pela academia, constituindo-se numa tradição na formação médica. Poder-se-ia compreender essa tradição como sendo uma repetição do ensino médico hipocrático – o mestre e seu aprendiz, mas para que pudéssemos acatar tal compreensão era necessário que se estabelecesse uma relação de compromisso tutorial, mas não é o que ocorre.

Esse tipo de inserção acontece informalmente, em horários alternativos, preferencialmente em espaços do hospital, sem que haja uma criterização para a inserção do estudante, sem que exista um programa pedagógico, ou ao menos uma relação formal de supervisão/ acompanhamento do estudante pelo médico do serviço. O que se observa é uma supervisão informal, uma possibilidade de dirimir dúvida quanto à conduta ou procedimento a ser realizado. Essa inserção, quando acontece com estudantes nos anos terminais do curso, é algumas vezes remunerada sendo utilizada a inserção como divisão do trabalho do médico que está recebendo o estudante.

A despeito de todas essas considerações, o currículo paralelo parece ser aceito e até estimulado, de forma velada, por professores das escolas médicas, como evidenciado na fala ouvida durante as entrevistas realizadas

no desenvolver dessa tese:

[...] meu professor de cirurgia me incentivou para que nos finais de semana eu procurasse um hospital para treinar a mão. Eu vou para um hospital pequeno, onde não tem internos, nem médicos residentes, acompanhar o plantão de um tio de um amigo, lá eu posso vários procedimentos porque o movimento é grande e o médico não dá conta [...] (N3)

Embora conceitualmente o currículo paralelo não possa ser conceituado como currículo oculto, no fulcro da sua prática, se reverte sim em currículo oculto ao perpetuar a relação de poder e supremacia do futuro médico em relação ao sujeito adoecido, visto somente como um corpo que precisa de um procedimento técnico, reproduzindo um comportamento arraigado e não transformador.

5.1.3 Currículo na Faculdade de Medicina da UFC

Atendendo às mudanças propostas nas DCN (2001) o curso de graduação em medicina da UFC promoveu uma reestruturação do Projeto Pedagógico do Curso (anexo I).

O Curso é estruturado em 12 semestres. Os conteúdos essenciais (nucleares) obrigatórios estão contidos nos módulos sequenciais, nos módulos longitudinais (Desenvolvimento Pessoal e Assistência Básica em Saúde), e no Internato. Os conteúdos complementares são oferecidos em disciplinas eletivas.

O curso conta com um hospital de ensino classificado como de atenção quaternária, ambulatórios de especialidades. A inserção dos estudantes na atenção primária em saúde é feita mediante acordo de cooperação técnica com o governo municipal.

O currículo é centrado no aluno, tendo garantido espaços livres para atividades autodirigidas, podendo ser esse espaço livre utilizado para atividades não necessariamente vinculadas à formação médica, mas, podendo também ser utilizada de como carga horária complementar no incentivo às atividades de pesquisa, de extensão e de iniciação à docência.

A estrutura curricular é modular, dividida em ciclo básico e ciclo profissional. O ciclo básico é constituído de disciplinas da área de ciências biológicas, que são integradas e organizadas por sistemas dispostos em módulos consecutivos. O ciclo básico é ofertado nos dois anos iniciais do curso, já, no ciclo profissional, a integração se dá entre as abordagens clínicas e clínicas cirúrgicas, permeados pelos módulos longitudinais (que integram as disciplinas entre os semestres consecutivos).

Os módulos longitudinais se subdividem em Módulo de Desenvolvimento Pessoal, que agrega disciplinas relacionadas à ética, psicologia e às ciências sociais; e o Módulo de Atenção Básica em Saúde, que agrega temas relacionados à medicina social e à Atenção Primária e Secundária em Saúde.

A avaliação da aprendizagem discente, até o momento dessa escrita, está sendo organizada, percebendo-se

uma tendência para avaliação não ranqueadora.

5.1.4 Currículo na Faculdade de Medicina do UNIFESO

O Curso é estruturado em 12 semestres, sendo os quatro últimos períodos o estágio supervisionado em serviço ou internato médico.

Adota o currículo integrado orientado por competências, estruturado em quatro eixos: Semiologia Ampliada do Sujeito e da Coletividade; Ética e Humanismo; Construção/Produção do Conhecimento; Gestão e Educação em Saúde.

O currículo é organizado por ciclos de vida, durante os oito períodos iniciais. Os estudantes são inseridos nos serviços de saúde desde o início do curso, sendo a Atenção Primária em Saúde o campo de prática do primeiro ao quarto períodos; a Atenção Primária e Secundária em saúde, nos períodos subsequentes; e todos os níveis de atenção em saúde, no internato médico.

A abordagem pedagógica praticada do primeiro ao oitavo período é a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), já o internato médico se caracteriza por aprendizagem em serviço.

Para a construção das situações problema elencou docentes de diferentes áreas de ciências da saúde com atuação também na assistência, quer na Atenção Primária, Secundária ou Terciária de Saúde, de forma a garantir uma visão ampliada da clínica do sujeito. Esta equipe de docentes tem um membro coordenador que tem assento no Núcleo Docente Estruturante do Curso e na Comissão Permanente de Currículo, garantindo assim uma integração das situações problema com o Projeto Pedagógico de Curso. Esta equipe elaborou um Termo de Referência da Construção de Situação Problema embasada nas literaturas técnicas afeitas, de modo que a construção fosse critério referenciado.

A despeito desta estruturação, ao longo dos anos foi-se observando a partir do processamento das situações-problemas, que os estudantes não apresentavam uma percepção adequada da evolução natural das doenças crônicas, assim como dos determinantes sociais em saúde, mormente os relativos às questões psicoafetivas e ambientais.

Nas análises de compreensão desse fato, ficaram evidenciados que as SP se encerravam em si mesmo a cada período, os personagens não tinham vínculos entre eles, nem com a comunidade onde se ambientavam as histórias. Como enfrentamento, construiu-se um núcleo condutor de histórias que contempla núcleos familiares centrais e núcleos satélites que se interfaceiam, vivenciando situações de saúde que contemplam os aspectos bioecopsicossociais contextualizado aos aspectos epidemiológicos, e se apresentam em forma crescente de complexidade ao longo dos oito períodos do curso.

ar marcado pelo cultivo de ideologias, pelo surgimento de novas ideias, mas também pela reprodução de ideais conservadoras, a educação exerce um papel essencial nos acontecimentos históricos produzidos pelo homem que transformam a sociedade, mas, ao mesmo tempo, a própria educação é influenciada pelas mudanças que ocorrem nas relações sociais e nas forças de produção.

Um aspecto essencial a se considerar é que a educação teve e tem um papel importante no processo de humanização do homem e de transformação social, embora sozinha, não possa transformas a sociedade. O grande desafio e questão pulsante nesse século é tornar a educação um instrumento de libertação humana e não de domesticação.

Quando ao longo da história civilizada ocidental, a partir do século XVII, a educação formal passou a ser feita para um número maior de pessoas e houve uma valorização da infância, novas necessidades surgiram, foi se constituindo a necessidade de formas de aprender e ensinar, ou seja, passou-se a intervir de maneira intencional na educação formal, surgindo um saber específico compreendido como pedagogia. Segundo Gauthier (2013) o século XVII, pode ser considerado como início da pedagogia entendida naquele momento como método.¹¹¹

Por pedagogia entendemos aqui a codificação de certos saberes próprios ao docente, isto é, um conjunto de regras, de conselhos metódicos que não devem ser confundidos com os conteúdos a ensinar, cuja formulação visa o mestre para que o aluno aprenda um acervo maior de conhecimentos, mais depressa e em melhores condições [GAUTHIER, 2013 p.105]

Para Cambi (1999), a história da pedagogia no sentido próprio nasceu entre os séculos XVIII e XIX, tendo seu desenvolvimento marcado no século XIX.

Entretanto, guardavam no aspecto da legislação (escolaridade obrigatória, gratuidade, laicidade) e organização escolar, as mesmas práticas educativas dos séculos anteriores fundamentadas na tradição (prática conservadora, prescritiva e ritualizada). Não é, pois, de surpreender que se veja surgir no final do século XIX e início do XX, vários pensadores que preconizavam a necessidade de superar a tradição e de fundar a pedagogia sobre a ciência. O que de fato se apresenta no século XX.

Saviani (2007) compreende que entendida a Pedagogia como “teoria da educação”, se constitui uma teoria da prática – a teoria da prática educativa. Neste sentido, busca equacionar a relação educador- educando e no caso específico da escola, professor-aluno, orientando o processo de ensino aprendizagem. Agrupa duas diferentes concepções de educação: uma composta por concepções pedagógicas que enfatizam a teoria sobre a prática – engloba a pedagogia tradicional, “teorias do ensino” e a outra que subordina a teoria à prática, “teorias da aprendizagem” – engloba pedagogia nova. Se a pedagogia tradicional foi dominante até o final do século XIX, houve um deslocamento para a pedagogia nova, sem, contudo, excluir a tradicional, como se observa ainda neste século XXI.

Outro aspecto a se considerar é que a pedagogia se pautou mais no aspecto da educação infantil no âmbito esc

olar, sendo a discussão voltada para a educação no ensino superior surgida mais recentemente no século XX.

Segundo Oliveira & Vasconcelos (2011), tratar das questões da atuação docente é uma das tarefas da universidade, mas estudos evidenciam que a ação de grande parte dos professores é improvisada, sem qualquer formação pedagógica. Para este autor, a docência na Educação Superior, notadamente, tem deixado de considerar características específicas dos cursos, dos estudantes e dos conteúdos. Tem assumido um significado empobrecido como sendo o trilhar uma carreira que seja ascendente de acordo com o grau de titulação cada vez maior que lhe é exigido; em detrimento do ensinar, produzir e disseminar conhecimento, entre outras funções complexas que envolvem o mundo universitário.

Considerando a formação do docente na Universidade brasileira, observa-se que na sua formação para este labor, não está implícita uma aproximação com a pedagogia como discurso e como ato, ficando essa discussão circunscrita aos estudiosos das ciências da educação.

Anastasiou (2003), acerca da discussão da ação docente como ainda atualmente se dá, toma os significados de ensinar, aprender e aprender, e traz o termo ensinagem – que define como:

Prática social complexa efetivada entre os sujeitos, professor e aluno, englobando tanto a ação de ensinar quanto a de aprender, em um processo contratual de parceria deliberada e consciente para o enfrentamento na construção do conhecimento escolar, decorrente de ações efetivadas na sala de aula e fora dela [ANASTASIOU, 2003 p.15]

HOLANDA (2011), sobre a questão da formação do docente, de modo geral, considera:

Que investigar o papel da Psicologia da Educação na formação docente implica em compreender que existem múltiplos aspectos que decorre à prática pedagógica, no sentido de aprofundar a análise da funcionalidade dos conteúdos ministrados na prática pedagógica do professor, a proporção que auxilia na interpretação de determinados comportamentos dos alunos visando ofertar subsídios para o planejamento pedagógico – seleção de conteúdos e organização das atividades [HOLANDA, 2011 p.300]

Fato a ser ressaltado é que a pedagogia, diferente da história de educação comparada, não caminhou para uma pedagogia comparada. Alexander (2012) traz esta discussão partindo dos diferentes significados atribuído à pedagogia, sem que seja estipulado um sentido que possibilite adotar tal termo para comparação. Nessa proposta o autor faz a distinção entre pedagogia como discurso, e ensino como ato, embora os trate como inseparáveis.

Pedagogia é o discurso com o qual precisamos nos envolver para ensinar de forma inteligente e dar sentido ao ensino – pois discurso e ato são interdependentes, e não pode haver ensino sem pedagogia ou pedagogia sem ensino. [ALEXANDER, 2012 p.336]

5.2.2. Abordagens Pedagógicas nas Escolas Médicas

Ao considerarmos o viés da educação médica, observa-se que guarda, como esperado, relação com as práticas educativas ao longo da sua história, e muito claramente no imbróglgio do significado de pedagogia

enquanto discurso e como ato.

Se na Antiguidade, embora a conceituação de pedagogia não estivesse posta, a medicina hipocrática com a aprendizagem se fazendo com o mestre-aprendiz na ótica do aprender-fazendo, parecia ser significativa.

Na medicina escolástica, houve um deslocamento para o ensino médico pautado na memorização e repetição não reflexiva.

No Renascimento houve certo recuo desta forma de ensinar com reaproximação do discurso reflexivo.

Na medicina moderna, quando a pedagogia já estava estabelecida como ciência, ao invés de avanços, houve um retrocesso para a prática da memorização e repetição não reflexiva, que perdurou até final do século XX e início do século XXI, quando parece estar se modificando.

Essa observação se põe para a discussão que não há uma clareza quanto ao modo de ensinar- aprender medicina, considerando todas as peculiaridades de tratar-se de uma ciência que também é arte – arte de perceber nas entrelinhas a subjetividade dos sujeitos, sujeito paciente e sujeito médico.

Quando da publicação do Relatório Flexner em 1910, a despeito de Flexner ser um educador, suas observações e considerações foram voltadas para as necessidades que as escolas médicas precisavam atender - aspecto da legislação (admissão, anos de estudo, laboratórios, vinculação à Universidade, dentre outras) e a organização escolar (número de estudantes, qualificação docente) não trazendo uma discussão que permeasse a pedagogia como discurso e como ato. Focou-se na compreensão que os conteúdos das ciências básicas biológicas deveriam ser responsabilidade da escola e somente após este ciclo os estudantes iriam para o hospital estudar as doenças. Mas, como fazer este ensino-aprendizado de forma inteligente e significativa, não foi tratado.

O modelo flexneriano difundiu-se mundo afora, e os médicos atualmente em atividade nos serviços de saúde que recebem estudantes nas unidades de serviço, bem como os professores da academia foram formados nesse modelo.

Vale adentrar, ainda que brevemente, no perfil de formação docente do professor da escola médica.

Historicamente, especialmente no Brasil, o professor médico, mesmo com titulação de mestrado e/ou doutorado, não tem aproximação com a ciência da educação e conseqüentemente com a da pedagogia. Em que pese a disciplina da Psicologia da Educação está bem-posta, considera-se o saber técnico na área médica, inclusive no processo seletivo para a carreira da docência, como a única prerrogativa para este labor. Desta forma, a discussão da pedagogia como discurso ou ato, não tem lugar. Grosso modo, o importante é ter sapiência na medicina técnica para ensinar medicina, mas não o constructo do ser médico, que muitas das vezes, este professor médico também não o tem.

Com a promulgação das Diretrizes Curriculares para o curso de graduação em medicina em 2001 as escolas médicas são convidadas a mudarem suas práticas pedagógicas, numa tentativa de se aproximarem da realidade

social e de motivarem seus corpos docente e discente a tecerem novas redes de conhecimentos, e explicita que a mudança das práticas pedagógicas deve trilhar para as metodologias ativas de ensino.

Berbel (1998, 2011) entende que as Metodologias Ativas se baseiam em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, com o intuito de resolver de forma exitosa os desafios apresentados ou vivenciados nestas experiências. Neste processo se constrói a autonomia para tomada de decisões em diferentes aspectos e momentos do que está vivenciando, preparando-se para o seu exercício profissional futuro. Para que esse processo aconteça, visto que é de várias vias, se faz necessária uma postura pedagógica de seus professores com características diferenciadas das práticas tradicionais.

Segundo Gomes (2011) as metodologias ativas de ensino trazem como características maiores, (1) servir para o fortalecimento da autonomia do estudante e (2) fomentar a indissociabilidade teoria-prática, estribando-se, conceitualmente, na **aprendizagem significativa**, consistente referencial teórico para a construção de um saudável processo de ensinar-aprender.

O conceito de aprendizagem significativa advém dos trabalhos de Ausubel (1973, 1980), que tem a proposição de uma teoria do processo de aprendizagem humana ancorada na consideração de que os indivíduos apresentam uma organização cognitiva interna baseada em conhecimentos de caráter conceitual, sendo que a sua complexidade depende muito mais das relações que esses conceitos estabelecem entre si que do número de conceitos presentes. Entende-se que essas relações têm um caráter hierárquico, de maneira que a estrutura cognitiva é compreendida, fundamentalmente, como uma rede de conceitos organizados de modo hierárquico de acordo com o grau de abstração e de generalização, do menos ao mais complexo a partir da ligação do conhecimento prévio – os subsunçores-, para construir o novo e/ou (re) significar o prévio (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Para Ausubel (1973), na aprendizagem significativa há três vantagens essenciais em relação à aprendizagem memorística: (1) o conhecimento que se adquire de maneira significativa é retido e lembrado por mais tempo; (2) aumenta a capacidade de aprender outros conteúdos de uma maneira mais fácil, mesmo se a informação original for esquecida; (3) uma vez “esquecida”, facilita a aprendizagem seguinte – a “reaprendizagem”, para dizer de outra maneira. Essa interação traduz-se em um processo de modificação mútua tanto da estrutura cognitiva inicial como do conteúdo que é preciso aprender, constituindo o núcleo da aprendizagem significativa.

No processo da aprendizagem significativa se interfaceiam a diferenciação progressiva e a reconciliação integrativa. A diferenciação progressiva reflete a interação dos conceitos prévios aos novos com a atribuição de novos significados que vão também se modificando em função dessa interação, se diferenciando progressivamente. A reconciliação integrativa consiste no estabelecimento de relações entre ideias, conceitos e proposições já existentes na estrutura cognitiva. Esses processos têm como resultado explícito o delineamento de

diferenças e similaridades entre as ideias relacionadas.

Dessa forma, a aprendizagem significativa possibilita a construção do conhecimento como um processo de construção-desconstrução-reconstrução do conhecimento, sem pretensão de uma terminalidade e considerando a impermanência.

A expressão pedagógica da aprendizagem significativa se dá através da elaboração de **Mapas Conceituais**, elaboração essa feita por estudantes tendo o professor como um facilitador dessa construção.

A estratégia do mapa conceitual foi desenvolvida por Novak e colaboradores, na Universidade de Cornell, a partir de 1972. Trata-se de uma técnica que, como sugere o próprio nome, enfatiza conceitos e relações entre conceitos à luz dos princípios da diferenciação progressiva e reconciliação integrativa (NOVAK & CAÑAS, 1976).

Os mapas conceituais podem ser usados como recurso didático, de avaliação e de análise de currículo, assim como também servir como instrumento de metacognição, i.e., de aprender a aprender.

Nesse aspecto citamos Moreira (1998)

Mapas conceituais foram desenvolvidos para promover a aprendizagem significativa. A análise do currículo e o ensino sob uma abordagem ausubeliana, em termos de significados, implicam: 1) identificar a estrutura de significados aceita no contexto da matéria de ensino; 2) identificar os subsunçores (significados) necessários para a aprendizagem significativa da matéria de ensino; 3) identificar os significados preexistentes na estrutura cognitiva do aprendiz; 4) organizar sequencialmente o conteúdo e selecionar materiais curriculares, usando as ideias de diferenciação progressiva e reconciliação integrativa como princípios programáticos; 5) ensinar usando organizadores prévios, para fazer pontes entre os significados que o aluno já tem e os que ele precisaria ter para aprender significativamente a 7 matéria de ensino, bem como para o estabelecimento de relações explícitas entre o novo conhecimento e aquele já existente e adequado para dar significados aos novos materiais de aprendizagem. [MOREIRA, 1988]

Segundo Feuerweker & Sena (2002) as metodologias ativas de ensino-aprendizagem ancoradas na aprendizagem significativa, permitem a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade, visto que desenvolvem no estudante possibilidades de leitura e intervenção rápida sobre a realidade, valorizando os diversos atores no processo de construção coletiva e seus diferentes conhecimentos, promovendo a liberdade no processo de pensar e o trabalho em equipe.

As metodologias ativas utilizadas no contexto de transformação da educação médica no Brasil são a *Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problema*, com predomínio dessa última. São duas propostas distintas que “*trabalham intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensinar e aprender*” (BERBEL, 1998 p. 141).

A *Problematização* teve seu início nos anos 80 do século passado, na Universidade do Havai. Fundamenta-se na pedagogia libertadora de Paulo Freire, nos princípios do materialismo histórico-dialético expressado por Vygotsky e no construtivismo de Piaget.

Na Problematização a construção do conhecimento se dá a partir de experiências significativas, vindas do mundo do trabalho em saúde no qual os estudantes estão inseridos – prática- teoria- prática. A base para sua aplicação é a utilização do diagrama denominado *Método do Arco* por Charles Maguerez²¹, que representa cinco movimentos: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

Bordenave & Pereira (1991) retomam e divulgam o Método do Arco, que ficou conhecido como Arco de Maguerez. Berbel (1991) embasada nestes autores sistematiza a Metodologia da Problematização utilizada no Brasil.

No ensino médico, em que pese que a problematização da realidade faça surgir a necessidade de uma abordagem além do conhecimento técnico-médico, vez que estabelece uma relação de dialogicidade que tem no substrato social o espaço de mediação e de transformação, por outro lado, traz grandes dificuldades na organização curricular pelas características intrínsecas da construção do saber médico, considerando os aspectos técnicos inerentes à profissão médica (BERBEL, 1998)

Ademais, para a adoção da Problematização é imprescindível que haja uma qualificada inserção dos estudantes no mundo do trabalho em saúde, para tanto se fazendo necessário que os médicos em atividade nos serviços e /ou os preceptores que acompanham estes estudantes, tenham aproximação com a metodologia e mais e principalmente, tenham suas práxis com este olhar ampliado do trabalho em saúde. Considerar ainda a crescente desestruturação dos serviços públicos de saúde, que dentre tantos males concorre com a dificuldade, por vezes impossibilidade da pactuação das Instituições de Ensino Superior (IES) com os serviços de saúde.

Estes aspectos comprometem a aplicabilidade da *Problematização* no Brasil. O curso de graduação em medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL) é o único que iniciou e manteve esta metodologia.

A *Aprendizagem Baseada em Problemas* (ABP) é, na sua essência, um método caracterizado pelo uso de problemas advindos da vida real com a intencionalidade de propiciar ao estudante o desenvolvimento de pensamento crítico, de habilidades para a solução de problemas, e a aprendizagem de conceitos fundamentais da área de conhecimento em que estiver sendo utilizada.

A ABP tem sua origem na escola de medicina da Universidade McMaster (Canadá) no final dos anos 60 do século XX. Foi inspirada no método de estudo de casos da escola de Direito da Universidade de Harvard (EUA) na década de 1920 e no modelo desenvolvido na Universidade Case Western Reserve (EUA) para o ensino de medicina nos anos 50 do século XX.

A ABP nasce como resposta a uma demanda dos estudantes de medicina da McMaster em face ao tédio frente ao grande volume de conhecimentos percebidos como irrelevantes ao fazer médico. E, além disso, da

²¹ Charles Maguerez educador francês – nos anos 70 do século XX concebeu este método para formação/ qualificação de trabalhadores analfabetos originários de países africanos, a fim de possibilitar-lhes o ingresso no mercado de trabalho.

observação que os egressos saiam com muito conteúdo técnico, mas com pouca habilidade para aplicar esse conhecimento na elaboração de hipóteses diagnósticas.

Não se identifica uma base filosófica para a ABP, talvez pela motivação do seu surgimento, que foi centrada no aspecto mais cognitivo da formação médica. Dos vários autores que têm se dedicado ao estudo das metodologias ativas Berbel (1998, 2011; Penaforte (2001); Zanotto (2003); Cyrino (2004); Ribeiro (2005); Siqueira-Batista (2009); e Borges (2014) identificam que a ABP encontra parte de suas bases em um momento histórico já bem distante, com Dewey (1859-1952), filósofo, psicólogo e pedagogo norte-americano. Dewey formulou um ideal pedagógico (da Escola Nova) no qual a aprendizagem ocorresse pela ação – *learning by doing* - ou o aprender fazendo (NASCIMENTO, 2014)

Para Nascimento (2014), o conceito de experiência de Dewey se inspira na noção darwinista do ser vivo interagindo com o ambiente, o que envolve tanto a dimensão científica da conjectura quanto a dimensão histórica da vida social. Dewey parte de um conceito amplo de experiência, considerando não apenas os atributos puramente racionais. O que caracteriza a experiência nessa abordagem é a sua dinamicidade que se realiza de dois modos: ela é ativa quando age sobre algo e sua ação produz consequências; ela é passiva quando sofre ou passa por alguma coisa e recebe as consequências de sua ação. O processo implica a qualidade da ação, de maneira que não existe nem pura atividade nem pura passividade: a experiência envolve simultaneamente estes dois processos.

GADOTTI (2001), ao comentar sobre Dewey apresenta sua explicação para o ato de pensar mobilizado diante de um problema o que passaria por cinco estágios: 1º - uma necessidade sentida; 2º - a análise da dificuldade; 3º - as alternativas de solução do problema; 4º - a experimentação de várias soluções, até que o teste mental aprove uma delas; 5º - a ação como a prova final para a solução proposta, que deve ser verificada de maneira científica.

A ABP passou a ser disseminada nos EUA a partir da publicação, em 1984, do relatório *Report of the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for medicine – GPEP* repórter, que recomendava sua adoção. (Barrow, 1996). Ainda em 1984, a Escola de Medicina de Harvard iniciou uma proposta curricular em APB em paralelo ao currículo tradicional. Após os primeiros anos e uma avaliação comparativa entre os dois processos educacionais, passou a adotar o currículo em ABP agregando conteúdos biopsicossociais. (AGUIAR, 2001)

Na América Latina a ABP difundiu-se a partir da publicação em 1997, do livro *Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos* de José Venturelli, que tem sido âncora das escolas brasileiras que adotaram a ABP (VENTURELLI, 1997).

No Brasil, as instituições pioneiras na implantação da ABP foram a Faculdade de Medicina de Marília-SP,

em 1997, e o Curso de Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos –UNIFESO –, em 2005.

Na ABP, o processo ensino-aprendizagem se dá a partir do processamento de situações-problema, ancorado na aprendizagem significativa.

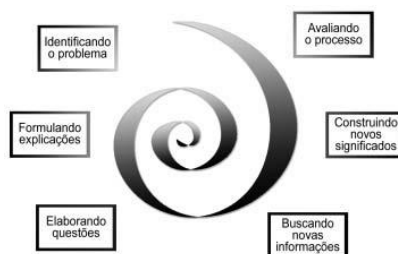
Uma situação-problema caracteriza-se por recortes de um domínio complexo, cuja realização implica mobilizar recursos, tomar decisões e ativar esquemas. Refere-se, pois, a recortes de algo sempre aberto, dinâmico e, como tal, repete aquilo que é universal no problemático e fantástico que é a vida, entendida como exercício das funções que a conservam no contexto de suas transformações.

As situações-problema devem ser construídas por professores de diferentes áreas do saber, que tenham em paralelo à docência atividade de assistência, de forma a trazerem do mundo trabalho para as situações-problemas situações reais. Esta abordagem interdisciplinar considera a utilização de vários pontos de vista com a finalidade cooperativa de construir um objeto teórico comum e a configuração de modos de trabalhar com encontros, diálogos e conexões entre os saberes, visando propiciar importância equivalente para os determinantes sociais em saúde e da doença, com indissociabilidade das bases biológicas, psíquicas, sociais e ecológicas.

A partir da reflexão sobre uma situação-problema, o desenvolvimento do trabalho deve permitir a todos expressar seus saberes prévios, buscando identificar de que problema trata a situação e construam hipóteses que o expliquem. A partir destas hipóteses, objetivos de aprendizagem são elencados para confirmar ou refutar as hipóteses, e nova discussão será feita para síntese e aplicação do novo conhecimento ou do reconhecimento (re) significado.

O emprego de mapas conceituais se adéqua sobremaneira ao processamento de uma situação-problema, oportunizando o registro dos seus passos, quer no momento inicial onde são trazidos os conhecimentos prévios, quer no seu momento final quando são resignificados e trazidos os novos, uma vez que são vivos e dinâmicos.

Figura 1: Espiral construtivista do processo de ensino-aprendizagem a partir da exploração de uma situação-problema



Fonte: Traduzido e adaptado de Lima, V.V. Learning issues raised by students during PBL tutorials compared to curriculum objectives. Chicago, 2002 [Dissertação de Mestrado – University of Illinois at Chicago. Department of Health Education]

O processamento dessas situações – problema se realiza em pequenos grupos de estudantes e um ou dois

professores tutores que facilitam este processo.

Cabe aqui ressaltar a mudança imprescindível do fazer desse professor, que nesta perspectiva recebe a denominação de tutor – aquele que *defende, ampara e protege*. Este tutor precisa resgatar/ reconstruir a disposição para respeitar, escutar com empatia e acreditar na capacidade potencial do discente para desenvolver e aprender a construir o seu conhecimento, sendo o facilitador.

Nesse aspecto, há a valoração do ofício do professor numa “nova” perspectiva do professor para o século XXI, que vem ao encontro da ampla e atual discussão mundial capitaneada por Antonio Nóvoa (1999, 2007).

Uma questão que está posta é se adoção da abordagem em ABP será capaz de modificar positivamente a formação médica, quer no que tange ao saber técnico aplicado ao processo de trabalho, quer no que tange à relação do estudante com a ciência e a construção do seu conhecimento, às inter-relações pessoais profissionais e ao olhar do processo saúde-doença considerando a subjetividade dos sujeitos.

No Brasil, até o presente não foram publicados trabalhos de revisão sistemática acerca dos efeitos da ABP na construção das competências médicas. Entretanto, é fala corrente entre as escolas médicas que adotam a ABP - e me incluo nesta fala-, que a inserção do estudante nos serviços de saúde nas atuais condições de precarização dos serviços deixa claro que isoladamente, a mudança na metodologia de ensino-aprendizagem não é/ será capaz de promover a mudança desejada. Há um distanciamento entre o que está posto nas Políticas Públicas de Saúde e na sua efetivação nos serviços. Este distanciamento tem sido crescente e tamanho, o que tornou as Políticas Públicas de Saúde retóricas, no sentido pejorativo de retórica.

Cerqueira Gomes (2010), comenta os trabalhos de Parikh, McReelis e Hodges (2001), Kolkhorst e Yazedjian (2007), Koh et al. (2008). O grupo de Koh realizou uma revisão sistemática da literatura, que buscam evidências para os efeitos da ABP na construção de competências de médicos. Comparando as competências desenvolvidas pela ABP e pelos currículos tradicionais, os autores concluem que, entre as oito dimensões da competência médica (geral, técnica, social, administrativa, pesquisa, ensino, cognitiva, conhecimento/conteúdo), a social mostrou forte evidência em favor da ABP. Ainda nesta dimensão, a ABP mostrou melhores resultados em: trabalho em equipe, observação de aspectos emocionais, sociais, legais e éticos no cuidado em saúde, e atitudes apropriadas com relação à saúde pessoal e bem-estar (CERQUEIRA GOMES, 2010).

5.3. Significados de Sujeito

Neste tópico buscaremos brevemente apresentar os significados de sujeito, entendendo que esses significados se delineiam de formas diferentes em configurações históricas distintas. Entretanto, o escopo é trazer uma reflexão acerca dos conceitos de sujeito, intersubjetividade e as práticas de saúde.

Do não sujeito ao sujeito contemporâneo

O homem desde os primórdios da vida na terra necessitou preservar sua vida e para tanto emergiu a necessidade do alimento e do abrigo, há esse tempo eram estas as suas necessidades mais prementes e as suas perguntas sobre a sua existência ainda não se faziam. Ou seja, sem a consciência de si e do mundo, este homem ainda não era um sujeito, era um não-sujeito.

Evolutivamente o homem vai dominando técnicas essenciais para sua sobrevivência, mas ainda não formula questões explicativas sobre a sua existência. Paulatinamente vai estabelecendo meios para a sobrevivência e em paralelo se inicia a necessidade do agrupamento, até para sua própria defesa. Com o decorrer dos tempos, as associações entre os humanos começam a se estabelecer (pré-história) e o mínimo de organização social se embriona, surgem também os questionamentos sobre os fenômenos da natureza. Os grupos sociais vão se organizando e surgem as lideranças de grupo ainda que pela força física ou pela capacidade “adivinhatória” de explicar os fenômenos naturais que os aterrorizava, mas ainda não se fazia a pergunta de como ou por que acontecia.

Com o transcorrer do tempo, o homem começa a se fixar à terra, se iniciando um modo de vida social, mas o homem era ainda distante de si e assim todas as suas questões eram cósmicas. A identidade individual não estava constituída e era relacionado ao seu lugar de moradia, ele ainda não era um sujeito.

Na Grécia antiga, século VI a.C, já se havia estabelecido o comércio e através dele a comunicação entre os povos. O homem vai tomando consciência de si o que suscita novas perguntas na tentativa de conhecer e compreender o mundo e sua própria existência, saindo do mito (*mythos*) para a razão (*logos*), dando início à formação do pensamento filosófico.

Surge então uma nova mentalidade, que passa a substituir as antigas construções mitológicas pela forma intelectual expressa por meio da especulação livre sobre a natureza do mundo e as finalidades da vida. Neste espírito houve o desenvolvimento da matemática, da ciência e da filosofia (*philia*, amizade e *sophia*, sabedoria). Os primeiros filósofos tiveram seu interesse filosófico voltado para a natureza (*phýsis*), assim sendo, os primeiros filósofos eram investigadores da natureza, ou *phýsicos*.

Sócrates (469 a.C. – 399a.C) amplia estes questionamentos, passando a pergunta do que é o homem – conhecer o próprio homem. A resposta que Sócrates chegou foi a de que o homem é a sua alma – *psyché*. A sede racional, inteligente e eticamente operante, ou ainda, a consciência e a personalidade intelectual e moral. Nasce o significado de sujeito.

Nessa época, havia uma preocupação com a cultura e o cuidado de si, com a casa, com o corpo e com a alimentação. Havia um exercício do indivíduo sobre ele mesmo, numa relação agonística, na qual importava transformar-se a partir da relação com o outro. Não havia uma predominância de um pensamento transcendental

ou religioso, mas um fim, que seria a transformação do indivíduo em sujeito, por ele mesmo, pelo modo como ele se exercia na *pólis* com os demais cidadãos.

Longo tempo transcorre sem significativas mudanças na concepção de sujeito, até chegarmos à Idade Moderna e René Descartes (1596 – 1650).

Há esse tempo Galileu Galilei (1564- 1642) desenvolveu os primeiros estudos sistemáticos do movimento uniformemente acelerado e do movimento do pêndulo. Descobriu a lei dos corpos e enunciou o princípio da inércia e o conceito de referencial inercial, ideias precursoras da mecânica newtoniana.

Descartes responde, no campo filosófico em que o sujeito encontra sua primeira formulação, ao gesto de Galileu, no campo científico em que ele encontra as condições reais de sua aparição. Partindo da desconfiança sobre os sentidos e expandindo pelas demais experiências e certezas humanas, pode inferir que a saída encontrada por Descartes é a dúvida metódica que consiste no processo de duvidar de tudo. Descartes inaugura assim o *Cogito* pela proposição: *Cogito, ergo sum*. Com Descartes, a noção de sujeito começa com o estabelecimento do caráter metódico da dúvida, isto é, ele pretende encontrar algo de firme e seguro ou então saber que não há nada neste mundo de certo. Ao supor que todas as coisas são falsas, ou tem a menor chance de o serem, Descartes percebe que o eu é quem é capaz de produzir todas as coisas como: as noções de corpo, lugar, sentido, figura, extensão, movimento. O eu é o substrato, a causa do conhecimento, pois “(...) *Não haverá algum Deus, ou alguma potência, que me ponha no espírito tais pensamentos? Isso não é necessário; pois talvez seja eu capaz de produzi-los por mim mesmo. Eu então, pelo menos, não serei alguma coisa?*” [Descartes, *Meditações Metafísicas*]. Em outras palavras, ainda que exista um gênio maligno que emprega toda a sua indústria para enganá-lo, de modo que o conteúdo do seu pensamento pode até ser falso, mas o pensar é verdadeiro. Logo, tem-se a noção de que o sujeito é pensamento e pensamento lógico. (DESCARTES, 2014).

Elia (2010) discute a tradução para a língua portuguesa de *cogito, ergo sum* como *penso logo existo*, defende a tradução para. *Penso, logo sou*. Esta defesa se faz por dois motivos, uma pelo estrito respeito à tradução e a outra por razão filosófica. Sob o aspecto da tradução, o autor lembra que a forma latina é *sum* – o verbo é ser – e a forma em francês, língua de Descartes é “*Je pense donc je suis*”. Sob o aspecto da filosofia, a questão da *existência*, do *ser que continuaria sendo em exterioridade ao pensamento que o pensa*, do ex-sistir (subsistir *fora* – *ex* – como uma entidade), não era garantida pelo *Cogito*. Este só garantia o ser do pensar, uma *res cogitans* (substância pensante) distinta da *res extensa* (substância material), que se estende em corpos no espaço. Para garantir a existência das coisas, e também de um sujeito pensante que pudesse seguir existindo para além de seu próprio pensamento, Descartes recorre a Deus, sua terceira *res*, a *res* infinita.

Assim, vai tomando forma o sujeito do conhecimento em um longo debate que marca a história da filosofia. As coisas sensíveis passam a ser geradas não pela ‘forma’ potencialmente preexistente num mundo das ideias,

mas sim forjadas no conhecimento construtor do próprio homem. A definição do homem, para Descartes, implica na relação problemática entre a alma e o corpo e, conseqüentemente, na impossibilidade de se atingir o conhecimento inteiro, total. O corpo tornou-se ‘inimigo’ a ser combatido. É a forma com que o homem encontra de escapar da sua história (imaginação, memória e sensação) em favor de uma possível transformação de si mesmo em sujeito do conhecimento.

Um século depois, novo diálogo se estabelece entre ciência e filosofia, no que concerne ao sujeito: Kant (1724- 1804) responderá, filosoficamente, ao gesto de Newton, fundador da física moderna. Como se vê já separado pelo corte do advento da ciência moderna como *ciência* e como *moderna*, ciência e filosofia estabelecem correspondências discursivas e temporais. Em Kant o sujeito não aparecerá mais como uma *res*, substância consistente como em Descartes, mas como Vazio que, no campo do Entendimento, introduz a Razão, momento em que o sujeito é um sujeito transcendental, não-individual nem psicológico, sem que para isso seja necessário recorrer à *res* divina.

O Homem moderno apostava na força do pensamento. O mundo era compreendido em seu funcionamento. O corpo entendido como uma máquina. O progresso e o desenvolvimento decorriam dessa ideia. O auge do *cogito*. A razão madura, saindo de sua meninice, diria Kant, convida e promete tirar o homem da repetição, da fragilidade e da condição de indefeso.

Contudo, adentrando o século XX se inicia a descentração do sujeito, advinda principalmente da propagação do pensamento de Karl Marx (1818- 1883), e da descoberta do inconsciente por Sigmund Freud (1856- 1939).

Marx procura se distanciar de uma concepção que sobrevaloriza o papel da filosofia como “iluminação” transformadora de *per si* e apresenta a necessária base material de qualquer projeto emancipatório ao atribuir--lhe um sujeito social concreto: a classe trabalhadora. Na concepção do materialismo-histórico, o sujeito é determinado por aquilo que ele faz, é determinado pelo seu ser social.

Freud dirá que o ser humano não age somente consciente, mas também movido pelo seu desejo e por motivações que permanecem inconscientes para ele. O Homem objeto de suas próprias pulsões, já não mais senhor de si mesmo. A teoria de Freud com uma lógica muito diferente daquela da Razão, arrasa o conceito do sujeito cognoscente e racional. Inicia-se um novo ciclo e uma nova concepção de sujeito – o sujeito capaz independente e consciente, e o modo como este sujeito vivenciam/ compreende uma ação/ sentimento se constitui na subjetividade do sujeito.

No interior do projeto de desconstrução do sujeito, podem-se encontrar autores que seguem as mais diversas orientações teóricas: Heidegger, Foucault, Deleuze, Derrida, Lyotard, entre outros. Grosso modo, pode-se compreender que esses autores têm em comum a compreensão de que não existe verdade em si, na medida em que a verdade é sempre condicionada por certas regras históricas e epistemológicas. Entretanto, no seio do

próprio processo de desconstrução do sujeito sucedeu o movimento da sua reconstrução. Depois da desconstrução do sujeito cartesiano, era preciso reconstruir a categoria do sujeito em novas bases.

Em *Ser e Tempo*, Heidegger (2001) se vale de uma antiga fábula de Higino para argumentar acerca da situação simultaneamente contingente e transcendente da condição humana. O *dasein*, ou “ser-aí”, construção com a qual caracteriza a existência humana, é um “estar lançado” num mundo que, por sua vez, só é percebido enquanto tal na (e por meio da) atividade “projetiva” humana, isto é, da tripartição temporal da consciência do ser (em presente, passado e futuro), efetivada e possibilitada no e pelo ato de atribuir significado às experiências pretéritas, a partir de uma vivência atual, entendida como o dever de um projeto existencial. Nesta dialética do presente, passado e futuro, o humano surge como criador e criatura da existência, numa construção sempre em curso, que tem como substrato a linguagem e como “artesão” o cuidado (*sorge*). Em sua incessante atividade, o cuidado molda, a partir do mundo e contra a sua dissolução nesse mundo, as diversas formas particulares da existência.

Michel Foucault dedicou toda sua vida a criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos. O campo de sua reflexão é a história do presente, a questão de como nos tornamos esse indivíduo que objetivou a si por meio de ciências (*As Palavras e as Coisas*, 1966 e *Arqueologia do Saber*, 1999), esse sujeito dividido em normal e anormal, disciplinado, controlado (*História da Loucura e Vigiar e Punir*, 1975), e esse sujeito que forjou tecnologias para constituir um "eu", uma subjetividade (*História da Sexualidade*, 1976). Ele retoma a genealogia nietzschiana dedicando-se a estudar a história das instituições disciplinares que surgiram na modernidade e pensa a constituição do sujeito a partir de formas de discursos e de relações de poder. Seu pensamento revela também marcantes influências do movimento estruturalista, a história epocal de Heidegger; da epistemologia francesa, as noções de descontinuidade, de irrupção, de acontecimento discursivo. O modo como a loucura entrou no campo do saber médico faz da loucura objeto de saber; a tendência da modernidade em psicologar e medicalizar as relações humanas faz da normalidade o parâmetro de avaliação do corpo saudável; o tema da circulação das riquezas mostra a moeda como meio universal de troca; o ser vivo, como tendo uma estrutura invisível, dá início à vida como objeto biológico (ARAÚJO, 2004). Adentrando a década de 80 (*A Hermenêutica do Sujeito*, 1981-1982), uma interpretação da interpretação do sujeito, retoma o Cuidado de Si numa relação consigo determinada, que emerge um sujeito ético, mas no contraponto ao modo de subjetivação antiga infere a precariedade do modo de subjetivação moderno.

5.3.1 Conceito de Sujeito utilizado nas Práticas de Saúde

A atividade médica pressupõe um processo de transformação, processo este em que se estabelece uma

relação entre sujeitos: o médico/estudante e o paciente. Nesta atividade espera-se que ambos sejam transformados a partir de uma relação de troca. Com esse olhar, o processo de trabalho da atividade médica passa a ser compreendido como o próprio ‘cuidado médico’, ou numa visão mais ampliada sob o viés da saúde coletiva, como no "cuidado à saúde”, no qual interagem esses sujeitos.

Cuidado em saúde tem como significado ouvir, respeitar, compreender, e tratar as necessidades de saúde do outro. Assim, o ato de cuidar em saúde se constitui uma atitude interativa que inclui o afetamento entre o profissional médico e o outro, o outro adoecido, que tem sua história de vida e compreensões singulares do adoecer. O ato do cuidar em saúde é, pois, uma relação intersubjetiva que além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e inclusão dos saberes, dos desejos, e das necessidades do outro. Prescinde de ouvir, acolher, praticar a alteridade e a empatia, em uníssono com o saber técnico imprescindível para o fazer médico.

Há de um lado um sujeito (o paciente) – que conta/narra a sua história de vida, condição social, cultura, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares – que busca alívio da sua dor, do seu sofrimento e, de outro lado, um sujeito (médico/estudante) também com sua história de vida, condição social, cultura, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares – que é portador de um conhecimento técnico que pode intervir nesse sofrimento. No encontro entre esses sujeitos é que se realiza o trabalho em saúde.

O momento desse encontro clínico é um momento fundamental para identificar a singularidade que o processo de adoecimento adquire para quem demanda atenção e as linhas de força que o estão determinando, de maneira a poder se pensar em estratégias de intervenção que possam mudar esse processo. Trata-se de um “momento de dizer”, em que esses dois sujeitos se apresentam com as marcas de seu viver e onde falas e gestos fazem parte de uma complexa comunicação.

Estabelece-se um estranhamento, uma relação de micropoder segundo Foucault (1990), entre aquele que “sabe” e aquele “não sabe”. Ultrapassar essa antagonia e estabelecer uma inter-relação igualitária é um processo de construção onde o sujeito que “sabe” precisa ter uma atitude empática – que pode e precisa ser construída ao longo da formação médica- com aquele que "não sabe". Quando isto se dá, se configura a intersubjetividade, o encontro clínico tem possibilidade de ser exitoso. Ou seja, teoricamente esses dois sujeitos ficam satisfeitos – o médico por ter realizado o seu fazer, e o paciente (no sentido etimológico da palavra *patientem* — “o que sofre o que padece”) por ter sido cuidado. Quando não se ultrapassa essa antagonia, não se estabelece um encontro, há apenas uma medicalização. Isso se traduz no esgarçamento dessa relação e nas notícias que ganham a mídia.

Ressalte-se que há a compreensão do que seja saúde, do que seja doença, e que a partir dos seus significados que se transformaram e se transformam, esse Encontro assume diferentes significados.

A Organização Mundial de Saúde (1986) apresenta a saúde sob uma perspectiva de ser entendida não como

um objeto em si ou ausência de doença, mas positivamente como um recurso fundamental para a vida cotidiana e considerada como o maior recurso social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão do bem-estar e da qualidade de vida. Assim compreendendo a saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico socialmente produzido.

Cabe referenciar a obra de Canguilhem (2006), *O Normal e o Patológico*, na qual defende a existência de uma normatividade biológica - e uma diferença qualitativa - que define o normal e o patológico: a doença estaria fora da norma, mas implicaria no estabelecimento de outra normatividade que não aquela que caracteriza a saúde, sendo inclusive inferior em relação a esta segunda normatividade por ser limitante. Assim, a saúde não seria a ausência de doença e a doença não é ausência de saúde. Conforme essa perspectiva, o que caracteriza a saúde é a abertura a eventuais modificações e a capacidade normativa, isto é, a possibilidade de instituir novas normas, de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo e de tolerar infrações à norma habitual. Já o patológico é a perda da capacidade normativa, impossibilidade de mudança, fixação, obediência irrestrita à norma. A saúde é uma certa capacidade de ultrapassar as crises para instalar uma nova ordem, é a possibilidade de se poder adoecer e restabelecer: implica em desobedecer, em produzir ou acompanhar uma transformação, em adoecer e sair do estado patológico.

A categoria foucaultiana do Cuidado de Si (*A Hermenêutica do Sujeito*) apresenta o cuidado como expressão de formas de vida da civilização ocidental, e de acordo com uma tradição que remonta muito longe na cultura grega, o cuidado de si está em correlação estreita com o pensamento e a prática médica. Atualmente, essa correlação antiga vem se ampliando cada vez mais. Na cultura de si, o aumento do cuidado médico foi claramente traduzido por uma certa forma, ao mesmo tempo particular e intensa, de atenção com o corpo por parte de um indivíduo que sofre de certos males que deve fazê-los curar, seja por si mesmo, seja por alguém que tem competência para isso: em nossa sociedade contemporânea, esse vem sendo o lugar por excelência do profissional médico. (FOUCAULT, 2010)

O cuidado à saúde tem sido centralizado no médico com uma valorização da atenção médica especializada e instrumentalizada pela tecnologia disponível no mercado de saúde. A medicina enquanto campo de prática dominante no âmbito do cuidado à saúde, configura as suas concepções e intervenções a partir de uma noção de saúde enquanto ausência de doença e de cuidado associado aos "especialismos", ao emprego de tecnologias e procedimentos objetivando a remissão de sintomas e prolongamento da vida. A clínica, saber e prática central da medicina, surgem como a ação, inserida num contexto social e cultural, que se instrumentaliza de um conjunto de ferramentas técnicas biomédicas - homogêneas, homogeneizantes e marcadas pelo mecanicismo, fragmentação e tecnicismo biológico - para procurar dar respostas singulares às necessidades e às demandas em saúde de pessoas que a ela recorrem (PINHEIRO& MATTOS, 2005).

A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Para Ayres (2000), nessa perspectiva é fundamental se que entendo o lugar privilegiado do cuidado nas práticas de saúde: atitude e espaço de (re) construção de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde.

Ayres (2009) traz uma instigante discussão acerca da conceituação desse sujeito paciente, ao questionar. *Será essa concepção de sujeito, que temos usado tão acriticamente, adequada aos valores que têm norteado nossos ímpetos de renovação? Muito particularmente no campo da prevenção, onde talvez ainda mais do que no campo do tratamento ou da reabilitação, se cobra a presença do sujeito na orientação de nossas intervenções, será essa concepção de sujeito verdadeiramente produtiva?* O autor, nesse aspecto persevera:

Assim, nossa limitada capacidade de alcançar o acalentado ideal de que as pessoas se tornem sujeitos de sua própria saúde é sempre interpretada pela pobre versão de um “fracasso”. Fracasso nosso em comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às nossas propostas. E a versão do fracasso nos mantém imobilizados, ou quase. Na melhor das hipóteses repetimos, com alguma cosmética remodeladora, as velhas estratégias “mobilizadoras”. Na pior delas simplesmente desistimos. O que deixamos de fazer é lidar positivamente com a alteridade revelada no desencontro; deixamos de colocar em questão porque o grande e imperceptível diálogo que já vínhamos mantendo torna tão inoperante esse pequeno diálogo particular que quisemos operar, porque esse pequeno diálogo é tão ineficaz. [AYRES,2009, p. 29]

Esse modo de ver a questão nos leva a rever com profundo desconforto a atitude tão difundida entre profissionais da saúde - mormente os médicos, de buscar estabelecer um diálogo com os indivíduos ou populações em favor dos quais se quer dispor os talentos e competências profissionais. Desconforto porque, ao analisar-se de uma forma mais ampliada, verifica-se que quando se pensa em “estabelecer” um diálogo ignora-se o diálogo no qual já se está imerso. Não se trata apenas de uma questão formal de linguagem, mas de uma experiência concreta que reiteramos com pouca densidade de crítica: o fato de que desconsideramos o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima desse outro a que chamamos, de modo tão revelador, de nossas populações-alvo. É como se houvesse entre sujeito-profissional médico e sujeito-adoecido um vazio. É como se cada sujeito saísse, de repente, de seu nicho individual, de sua mesmidade, e fosse a alguma arena neutra, desde sempre existente, desde antes de nós, para se encontrar e buscar a saúde.

Ayres (2009) convida a uma reconstrução da intersubjetividade no campo das práticas em saúde, para tanto se ampara na obra de Habermas; de Ricoeur; de Rorty; e de Gadamer. Para o autor *a obra de Habermas, um dos mais importantes teóricos dessa constituição dialógica das subjetividades, poderá talvez nos socorrer nesse mister.*

As comunicações que os sujeitos estabelecem entre si dizem respeito a três mundos: o mundo social das normas e instituições, o mundo objetivo das coisas e o mundo subjetivo das vivências e dos sentimentos. No agir comunicativo, ocorre uma ação intermediada pela comunicação entre os sujeitos que procuram se entender

acerca do mundo objetivo, social e subjetivo. Nessa ação, as pessoas interagem por meio da utilização da linguagem e organizam-se socialmente buscando o consenso de uma forma livre de toda a coação externa e interna, cujos pressupostos são a verdade, a argumentação, o consenso, as relações intersubjetivas e o discurso (HABERMAS, 2013).

Para Habermas (1985, 2013), o sucesso de um discurso em realizar efetivo diálogo apoia-se em três níveis de validação intersubjetiva: a) na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso é correto desde um ponto de vista ético, moral, político; b) na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, isto é, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes; e c) na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso.

Essa *razão comunicativa* permite o consenso, pois não se vê coagida nem impelida apenas pelo ponto de vista inicial de cada participante. Eles irão trocar convicções que asseguram a unidade do mundo objetivo e a intersubjetividade do contexto em que vivem. Toda a comunicação reporta a situações, refere-se a algo do/no mundo e liga-se à pretensão de que o ato de fala tenha uma validade, que permite ao ouvinte, posicionar-se, aceitando ou recusando essa pretensão de validade. Só assim atinge-se o *fim ilocucionário* de entender-se com alguém, acerca de algo.

Ayres (2009) traz essa compreensão habermaniana de intersubjetividade dialogada para as práticas em saúde, ressaltando que não se trata de desconsiderar nem minimizar a ciência do âmbito desses regimes, mas de resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção das verdades úteis para a construção da saúde, desde os conhecimentos acadêmicos não-nomológicos, como a filosofia, o direito e certos ramos das ciências humanas, até as diversas sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diversas tradições culturais (AYRES, 2009; HABERMAS, 1985, 2013).

Seguindo o mesmo raciocínio, Ayres (2009) ressalta que não se pode imaginar que os códigos com os quais os profissionais médicos experimentam e constroem intersubjetivamente deixem suas identidades fora de questão.

Se queremos enriquecer o diálogo, é preciso cuidar que sua matéria-prima acompanhe essa ambição, é preciso refletir sobre nossa linguagem. Nesse sentido, um dos maiores desafios que se nos é colocado como partícipes do diálogo sanitário é superar as barreiras linguísticas que o jargão técnico interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população. Boaventura Santos (1989) já nos chamava a atenção para a necessidade desse movimento de reconstrução das pontes linguísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum. [AYRES,2009 p. 34]

Entretanto, cabe retomar Foucault e sua crítica ao *consenso* habermaniano, que não considera a relevância da resistência ao poder normativo imbricado na relação das práticas de saúde entre "aquele que sabe" e o outro

adoecido "que não sabe". Foucault entende que a Medicina, nas sociedades capitalistas, tornou-se uma Medicina social, isto é, que sob o capitalismo ampliou-se a esfera de cognição e intervenção normativa dos saberes e fazeres da saúde ao campo das relações sociais, no entanto, este processo não parece ter afetado radicalmente o caráter individual-universalista do cuidado de si, especialmente quando se trata das ações de assistência médica. Com efeito, Foucault mostra que é sobre o corpo dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas, disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva (FOUCAULT, 1990).

Para Ricoeur (1995), interessa particularmente um aspecto fundamental dessa dialética: o lugar do sujeito, esse ser pensante que, ao atribuir predicados ao mundo, identifica a si próprio. Interessa-nos a experiência de “resistência” que faz surgir esses sujeitos como presenças reais. O que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um “sonho” de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente “o outro de cada um”.

Foge aos objetivos deste estudo, no entanto, uma maior fundamentação dessa discussão da persistência do caráter individual-universalista do cuidado em saúde. Interessa-nos entre essas diversas possibilidades de aproximação crítica, nos deter especificamente nas tecnologias de assistência à saúde, aspecto que de certa maneira atravessa todas as outras, mas que, sem dúvida, diz respeito mais imediatamente ao encontro terapêutico propriamente dito.

Para Gadamer (2015), o momento do Encontro clínico assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação “dessubjetivadora”, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo “objeto de intervenção” que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios. Nesse sentido, o Cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Ou seja, não é a *theoría* nem a *póiesis* o espaço privilegiado do Cuidado, mas aquele que os amalgama nas interações terapêuticas, a práxis, ou atividade prática. O saber que se realiza aqui (se deixarmos) é algo que na filosofia aristotélica é chamado de *phrónesis*, ou sabedoria prática, um tipo de saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo.

Embora não seja a prática acadêmica, entendo que uma tese envolve o autoral e creio ser essa a compreensão da Linha da História da Educação Comparada, na qual tenho o prazer e a honra de estar inserida. Com esse olhar, ousou trazer um paralelo entre uma pesquisa e o Encontro Clínico uma vez que este se reverte num aspecto de pesquisa para o médico, quando esta busca compreender de forma ampliada o que o sujeito adoecido busca/ necessita/ deseja, para assim possibilitar estabelecer o Cuidado singular.

Ao longo de 38 anos no exercício da minha prática profissional enquanto médica em diferentes níveis da

Atenção em Saúde, o exercício diário da prática médica assistencial foi/ tem sido entender e de me fazer entender ao outro, em muitas das situações, tão próximo/parecido e em outras, tão diferente de mim. Essa questão reflexiva me levou a buscar referenciais teóricos que pudessem amparar ou refutar essa compreensão, me levando à antropologia interpretativa, de Clifford Geertz, fazendo uma livre compreensão da obra *O Saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa* relativa ao encontro de diferentes culturas e a trazendo para a singularidade do Encontro Clínico entre o sujeito médico e o sujeito adoecido (GEERTZ, 2012).

No segundo capítulo do seu estudo, “Descoberto na tradução: a história social da imaginação moral” (p. 41), Geertz reflete sobre como a tradução de formas de manifestação cultural são realizadas e como as implicações das mesmas afetam nossas vidas e imaginário. Para o ensaísta os “produtos significativos da imaginação humana [...] são testemunhos igualmente poderosos da crença reconfortante de que somos todos iguais e da desconfiança preocupante de que não somos” (p. 47-48). No terceiro capítulo “Do ponto de vista dos nativos: a natureza do entendimento antropológico” (p. 60), o autor registra que olhar “do ponto de vista dos nativos” é tentar “captar conceitos que para outras pessoas são de experiência-próxima e fazê-los de uma forma tão eficaz que nos permita estabelecer uma conexão esclarecedora com os conceitos de experiência-distante”. Tal exercício requer momentos de afastamento e de encharcamento com o outro, por isso segundo o autor é “uma tarefa tão delicada” (p. 62). O caminho sugerido é o de buscar compreender como as pessoas de uma determinada cultura concebem a si mesmas, “analisando as formas simbólicas” que são utilizadas por elas para representarem a si mesmas e aos outros. Geertz destaca que o “conceito de pessoa” é um “veículo excelente” para passear e se apropriar do que “passa pela mente alheia” (p.63). Afirma ainda que “para entender as concepções alheias é necessário que deixemos de lado nossa concepção, e busquemos ver as experiências de outros com relação à sua própria concepção do “eu”” (p. 64) (GEERTZ, 2012).

Esse paralelo pode inserir-se na discussão da prática médica ensejando compreender principalmente as dificuldades crescentes observadas amplamente no estabelecimento de um discurso efetivo que possibilite um Encontro Clínico exitoso.

5.4. Profissão Médica

5.4.1 Significados de Profissão

Nesse capítulo revisitamos os conceitos de profissão, que se modificaram e se modificam ao longo do tempo em respostas às mudanças sociais, culturais, ecológicas e culturais, sendo, entretanto, o fulcro a discussão da profissão médica.

A noção de trabalho e as diferentes formas concretas de sua efetivação são históricas, vão se construindo e rec

onstruindo ao longo da história das sociedades humanas, variando de acordo com os modos de organização da produção e distribuição da riqueza e poder. Dessa forma, as especializações profissionais surgem em decorrência de mudanças de ordem técnico-organizativa no sistema econômico das sociedades, afetando igualmente as condições materiais de trabalho e os tipos de profissionais necessários.

Exemplos de profissões, que eram socialmente necessárias durante um período e passaram por um processo de qualificação/desqualificação, de desmonte e até mesmo de extinção, são observados ao se perلustrar a história da humanidade; houve uma época em que o ferreiro, o tecelão, o sapateiro eram ofícios reconhecidamente importantes e necessários; a Revolução Industrial fez surgir uma nova classe de profissionais ligados à organização do trabalho do sistema fabril. Já com o desenvolvimento da tecnologia da informática, a sua adoção, pelas atividades produtivas e de comunicação (informática, as máquinas numéricas e a robótica), e das tecnologias resultantes no campo da pesquisa em microeletrônica surgiram novas especializações profissionais.

A questão entre o que seja ocupação e profissão, e a compreensão sociológica de profissão, toma relevância em meados do século passado, e de lá até os dias atuais, foi se configurando e, diferentes paradigmas foram sendo apresentados: o funcionalista (representado por Carr-Saunders e Wilson, Parsons, Goode, Merton); o interacionista (por Hughes); paradigma do poder (por Johnson, Freidson e Larson); abordagem sistêmica (destacando-se os trabalhos de Abbot) (RODRIGUES, 2002).

Os primeiros trabalhos de Carr-Saunders e Wilson (1933) apresentaram uma definição de profissão que ainda nos dias de hoje é bastante citada: “*dizemos que uma profissão emerge quando um número específico de pessoas começa a praticar uma técnica definida, fundada sobre uma formação específica*”, destacando que esse processo de emergência se chamaria profissionalização, e dando ênfase pela primeira vez ao papel central que a formação específica prolongada teria na distinção entre profissão e ocupação (RODRIGUES, 2002).

Outro elemento principal do quadro teórico funcionalista sobressai: a concepção das profissões como instrumentos de resposta às necessidades sociais que concorrem para a integração e coesão sociais nas sociedades capitalistas. Parsons (1958, 1972, 1982) um dos sociólogos que recupera esta tese de Durkheim ([1897] 1973 e [1893] 1984), enfatizando-a na sua análise e rompendo, em simultâneo, com a perspectiva de natureza sociográfica sobre as profissões, que era apanágio de outros sociólogos funcionalistas. Parsons elabora um texto de resposta à teoria econômica do utilitarismo—segundo a qual todo o comportamento é resultado de motivações econômicas —, argumentando que as profissões são orientadas por motivações altruísticas e não por razões econômicas. Segundo Parsons, o papel dos profissionais exerce-se na relação com os clientes e é a sua reciprocidade assimétrica (conhecimento/ignorância) que permite a sua institucionalização (autoridade/confiança). Assim, parte da relação profissional-cliente (decalcada da relação médico-doente) para

compreender o fenômeno das profissões. A assimetria da relação e o potencial risco de exploração são geradores de um sistema de controle social suportado pela ideologia e pela mística do profissionalismo. Neste sistema, o papel do profissional é estabelecido em três dimensões específicas, nas quais se articulam normas sociais e valores culturais (RODRIGUES, 2002; GONÇALVES, 2008).

Segundo Goode (1969), as profissões constituem comunidades cujos membros partilham uma mesma identidade, valores, linguagem e um estatuto adquirido para toda a vida; têm poder de controle sobre si e os seus membros, sobre a seleção e admissão de novos membros, bem como sobre a formação requerida. Assim, as profissões seriam definidas, de fato, por dois elementos básicos: o *conhecimento profissional*— conhecimentos abstratos organizados num corpo codificado de princípios aplicáveis a problemas concretos, aceites como tal pela sociedade, veiculados por uma comunidade com capacidade para criar, organizar e transmitir esses mesmos conhecimentos, e vistos pela sociedade como uma espécie de mistério, não banalizável; e o *ideal de serviço ou orientação para a comunidade* —conjunto de normas segundo as quais as soluções técnicas são baseadas nas necessidades dos clientes, mas não necessariamente determinadas por eles; o profissional tem poder para decidir e impor soluções; dedica-se e sacrifica-se pela atividade; crença social de que o profissional aceita e segue essas normas; sistema de controlo/punição e recompensas estabelecido pela própria comunidade profissional (GOODE, 1969; GONÇALVES, 2008; PEREIRA-NETO, 1995).

Robert Merton (1968) elabora uma distinção entre funções manifestas e funções latentes dos grupos profissionais, estando as funções manifestas ligadas à realização altruisticamente orientada de um ideal de serviço, e as funções latentes relacionadas com a reprodução do grupo profissional. Merton considera, e é aqui que se distancia dos restantes funcionalistas, que o carácter normativo associado a este valor, ou seja, a norma do altruísmo, não requer que os profissionais sintam o altruísmo, mas apenas que ajam altruisticamente (GONÇALVES, 2008; MERTON, 1968).

Como crítica ao modelo interacionista, surge outra linha de pensamento acerca das profissões, o modelo interacionista, com origem na Escola de Chicago. Diferentemente da abordagem funcionalista, os interacionistas, ao invés de se preocupar com a proposição de listagem de atributos que definisse uma profissão e a distinguisse de uma ocupação, eles procuram privilegiar uma lógica de processo e buscam atentar-se para as circunstâncias que possibilitam a passagem de uma ocupação para uma profissão. Hughes (1984) defende que “cada profissão se realiza numa “matriz social” onde se jogam interações de muitos grupos distintos: clientes, colegas, a profissão como um todo praticante de ocupações conexas, pessoas relacionadas com a clientela, o Estado e mesmo diversos elementos do público”. Hughes (1984) considera mais importante do que definir o que é uma profissão, identificar as circunstâncias segundo as quais as ocupações se transformam em profissões. O autor identifica as escolas e os professores como instituições centrais nos processos de profissionalização, uma vez

que, nos conflitos de disputa de áreas de trabalho entre grupos ocupacionais, o recurso mais importante é o aumento dos níveis de qualificação, a instituição de currículo. A formação e as escolas transformam-se, efetivamente, em instituições que atribuem licenças para trabalhar numa ocupação, estabelecendo a distinção entre os verdadeiros profissionais e os leigos. É esta perspectiva processual e relacional do fenômeno que permite a Hughes perceber a formação como um meio, um recurso, e não como um atributo (GONÇALVES, 2008; HUGHES, 1984).

Ao longo das décadas de 70 e 80, pari passo às transformações sociais, culturais, econômicas e tecnológicas, surge uma pluralidade de orientações paradigmáticas e metodológicas, acerca do tema profissão. Trata-se de diferentes abordagens, visões e interpretações de um mesmo fenômeno - poder das profissões. No domínio estrito do paradigma do poder destacam-se autores como Johnson, Freidson e Larson, que são simultaneamente responsáveis pelo movimento crítico e seus tributários. Todavia, a discussão estende-se a muitos outros autores, que se interrogam acerca de qual o sentido de evolução das profissões e se, perante as mais recentes transformações sociais e econômicas, elas mantêm os seus poderes e privilégios, abrindo-se um debate em torno das teses da dominação e das teses do declínio do poder profissional (GONÇALVES, 2008; HUGHES, 1984).

Rodrigues (2002), na obra *Sociologia das Profissões*, discutindo o poder das profissões retoma Johnson Terence (1972) como o primeiro autor a defender a necessidade de centrar a análise nas relações de poder. Considera que as atividades ocupacionais, na sua essência ou natureza, é uma consequência geral da divisão do trabalho, e que a emergência, em qualquer sociedade, de saberes ocupacionais especializados na produção de bens ou serviços, cria relações de dependência social e econômica e relações de distância social — à especialização da produção corresponde a desespecialização dos consumidores. Para Johnson, o principal recurso ou fundamento do poder profissional resulta da contribuição do grupo profissional para as *funções globais do capital*, quer dizer, a posição de uma ocupação na divisão do trabalho é função da sua contribuição para as funções globais do capital, à produção de lucro, à realização do capital e à reprodução das relações sociais que asseguram a manutenção (RODRIGUES, 2002).

É com o contributo de Freidson (2009), desenvolvido ao longo de décadas, que se consolida o paradigma do poder. Para este autor, profissionalização pode ser definida como um processo pelo qual uma ocupação — organizada formalmente ou não, através da reivindicação ou afirmação das suas competências especiais e esotéricas, da particular qualidade do seu trabalho e dos benefícios que com isso proporciona à sociedade — obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, o controle sobre a formação e o acesso, bem como o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado; e identifica profissão com um *princípio ocupacional de organização do trabalho*. A análise de Freidson sobre o poder profissional centra-se

nas vantagens (*autonomia* e poder sobre o próprio trabalho) conferidas por monopólio do conhecimento (*expertise*) e por *gatekeeping* (*credenciais*), que são os principais recursos ou fontes de poder profissional, isto é, criam a base de grande parte dos poderes profissionais, incluindo o mais fundamental deles, que é a capacidade de definir a forma como o trabalho deve ser realizado— este controle sobre o trabalho, ou autonomia técnica, é o mais amplo e fundamental dos poderes dos profissionais. Assim, as características essenciais das profissões estão inteiramente baseadas na ligação entre *tarefas*, para as quais existe procura num *mercado*, *formação* fornecida pelo sistema de educação para a realização de tais tarefas e *acesso privilegiado* de trabalhadores formados para o desempenho de tais tarefas; ligação esta que institucionaliza a relação entre sistema de ensino superior e o mercado de trabalho (FREIDSONS, 2009; RODRIGUES, 2002).

Quase uma década depois dos primeiros trabalhos de Freidson, Magali Larson (1977) apresenta o que seria uma síntese das teses marxistas e weberianas na sua análise das profissões — estuda-as como grupos de interesses ligados ao sistema de classes da sociedade capitalista e analisa a profissionalização como um projeto de mobilidade coletiva no qual as ocupações tentam conseguir não apenas posições econômicas, mas também estatuto social e prestígio. Inspirada num esquema teórico, baseado numa síntese entre as teses marxistas e weberianas, o interesse dirige-se para a análise do “projeto profissional” de várias profissões em Inglaterra e nos E.U.A. (médicos, advogados e engenheiros) durante o século XIX, articulando-o com o desenvolvimento do capitalismo. Tal projeto incorpora um processo histórico em que as profissões alcançaram um monopólio legal sobre certas atividades de serviços, criando mercados de profissionais específicos (fechados a não profissionais), garantindo do Estado o reconhecimento legal e a proteção para as atividades dos respectivos profissionais e, obtendo, assim, privilégios acrescidos em termos materiais e simbólicos. O monopólio também se estende a uma área do conhecimento (estabelecendo-se a “exclusividade cognitiva” a favor de uma profissão) e às qualificações profissionais específicas ao grupo, imprescindíveis para o exercício das atividades, as quais são ensinadas nas universidades e legitimadas socialmente por credenciais específicas. Paralelamente, subsiste um processo histórico de mobilidade social, individual e coletivo, dos profissionais que lhes possibilita o acesso a posições marcadas por um estatuto social elevado. O monopólio de um mercado de serviços profissionais e o fechamento cultural por parte de um grupo profissional conduz ao seu fechamento social (“*social closure*” - conceito retomado de Weber). Este fechamento seria o objetivo primeiro das profissões. A questão do fechamento social das profissões irá ser aprofundada por Parkin (1978), no quadro mais lato da sua teoria sobre a estratificação social, demonstrando que a profissionalização não é mais do que uma estratégia de fechamento assente no credencialismo, bem como por Collins (1979; 1990), que avança com a tese das profissões combinarem sempre dois aspectos: “*market closure*” e “*high occupational status honour*” (RODRIGUES, 2002).

Bourdieu (1989) considera que, sendo a designação de profissão tradicionalmente utilizada para referir

conjuntos homogêneos de pessoas no que respeita à sua atividade, estatuto, formação e associação, o sociólogo deve, na sua utilização como sistema de classificação, ter presente que se trata de uma construção social de um grupo e de uma representação dos grupos: apreende simultaneamente uma categoria social e uma representação mental. Ora, enquanto classificação oficial, o sistema de profissões fixa hierarquias e, ao fazê-lo, sanciona e consagra uma relação de forças entre os agentes a respeito das normas de profissão e de ofício, componente essencial de identidade social. Assim, o sistema de profissões constitui um campo de poder simbólico, estruturado e estruturante, que cumpre a função política de legitimação da dominação, contribuindo para assegurar a dominação de uma classe sobre outra.

A questão do poder dos profissionais é, pois, atravessada por visões contraditórias. Opondo-se às teses da profissionalização e da dominação, que atribuem aos profissionais um poder decorrente da crescente importância da ciência e do saber profissional (Bell, 1976; Galbraith, 1973) ou um poder sobre a divisão do trabalho no seu próprio domínio (Freidson, 2009), outros autores não só consideram tal poder excessivo, como, em alguns casos, encaram os profissionais, na esteira de Larson, como meros instrumentos passivos do capital, do Estado, ou dos seus clientes, não lhes reconhecendo, de fato, a capacidade de exercerem ou influenciarem a vida política e as instituições.

Para Rodrigues (2002), foram Haug (1973) e Oppenheimer (1973), que ao apresentarem as teses da desprofissionalização e da proletarização, respectivamente, suscitaram o debate, bem como o desenvolvimento de alguns estudos empíricos tendentes a testar o poder das profissões. Segundo Haug (1973; 1975; 1977), fenômenos como a emergência de atores/consumidores menos passivos e com maiores expectativas de participação, a escolarização generalizada e universal, implicando uma melhoria dos níveis educativos e informacionais dos indivíduos, a tendência para a divisão do trabalho profissional (especialização) e para uma certa erosão resultante da rotinização e codificação da informação, teriam como principal consequência a perda, por parte dos profissionais, da confiança dos clientes, a perda do poder, da autonomia e da autoridade — ou seja, uma *tendência para a desprofissionalização*. Os estudos de Haug são contestados por vários autores. Para Bourdieu (1989), a vulgarização dos conhecimentos não produz o efeito de reapropriação social em detrimento do monopólio dos profissionais, nem tem o efeito de deslocar a fronteira entre leigos e profissionais (RODRIGUES, 2002; BOURDIEU, 1989).

A tese da proletarização, advoga que o aumento do assalariamento e a entrada dos profissionais em organizações teriam como principal consequência a *proletarização técnica* — perda de controle sobre o processo e o produto do seu trabalho — e/ou a *proletarização ideológica* — que significa a expropriação de valores a partir da perda de controle sobre o produto do trabalho e da relação com a comunidade. Oppenheimer (1973) descreve os profissionais como estando a transformarem-se num novo proletariado: o assalariamento, num

contexto em que as novas tecnologias e as condições de trabalho não favorecem o labor liberal, implicaria a perda de privilégios e a aproximação dos profissionais, em termos de atitudes, valores e comportamentos, ao mundo dos operários. Segundo o autor, as profissões estabelecidas, como os médicos, os engenheiros e os advogados, mas também as semi-profissões, como, por exemplo, os enfermeiros, por força da sua existência num contexto burocrático, estão a ser atingidas por este processo de proletarização. Os principais fatores incentivadores do assalariamento seriam a excessiva oferta e a massificação do ensino, mas também o crescimento do aparelho de Estado com correspondente capacidade de absorção de profissionais (BUYRUK, 2014; GONÇALVES, 2008).

Nos anos 80 do século XX, surge outra análise sociológica da profissão, que se diferencia das teses do poder e dos monopólios profissionais, passando a uma compreensão numa perspectiva comparativa, sistêmica e complexa sobre o fenómeno profissional. Destacam-se, os trabalhos de Abbott(1991), marcados pela preocupação de construção de uma teoria sistêmica que permita explicar a diversidade e complexidade das situações no domínio das profissões e identificar modelos; destacam-se também os estudos comparativos desenvolvidos na Europa,¹ tendo em conta o tempo (dimensão histórica) e o espaço (dimensão internacional/nacional/local — analisam a evolução de diferentes profissões numa mesma formação social, ou as mesmas profissões em diferentes países). Abbott (1991) revisitando e recuperando alguns dos contributos teórico-metodológicos expressos pelos funcionalistas, pelos interacionistas simbólicos e pelos defensores das teses do poder profissional, formula um novo quadro conceptual sobre as profissões e os processos de profissionalização nas sociedades capitalistas avançadas. Ao contrário de ocupar-se com a estrutura das profissões, a sua atenção dirige-se, em primeiro lugar, para a análise da natureza do trabalho dos profissionais. É um nível de observação fundamental para se perceber as práticas dos profissionais, os modos como são mobilizados os conhecimentos produzidos nos espaços académicos e as relações de conflito com outras profissões a propósito do controle das respectivas jurisdições.

Das teorias funcionalistas, Abbott (1991) recupera a importância e centralidade do conhecimento como atributo ou traço característico das profissões: analisa o papel do conhecimento abstrato na fixação, manutenção e fortalecimento de jurisdições; inversamente, analisa os processos de rotinização e codificação como fatores facilitadores do acesso de outros grupos ao conhecimento de base de determinado grupo dominante; demonstra como mudanças nos currículos, ou mesmo no sistema de ensino, permitem usar a posse de conhecimentos de base como argumento para justificar as invasões de jurisdição. Do paradigma interacionista, para além daquilo que é explicitamente assumido, o autor recupera os conceitos de segmentação intraprofissional e de processo, analiticamente pertinentes para compreender a base social dos conflitos interprofissionais. As clivagens e segmentações intraprofissionais levam ao desenvolvimento de expectativas diferenciadas e de estratégias de

alargamento de áreas de influência por parte dos segmentos que se acham com mais recursos para desencadear tais ações, invadindo as fronteiras ou os limites que os separam de outros grupos ou segmentos. Finalmente, do paradigma do poder recupera o próprio conceito de poder, os de autointeresse e de ação política, mais do que sugestivos para a análise da resolução de conflitos. De fato, se o sucesso da jurisdição ao nível da situação de trabalho depende da capacidade de evidenciar a competência do grupo profissional, ao nível legislativo depende, sobretudo, do envolvimento político (ABBOTT, 1991; GONÇALVES, 2008).

A partir das contribuições do interacionismo simbólico e do movimento crítico do modelo profissional, torna-se evidente que, se o conhecimento científico é uma condição necessária e indispensável nos processos de profissionalização, não é uma condição suficiente. Trata-se, então, já não de medir quanto de conhecimento teórico/abstrato possuem determinadas ocupações ou profissões, avaliado pelo número de anos de formação, mas perceber as condições sociais que levaram ou permitiram que uma ocupação reivindicasse, alcançasse e depois mantivesse ou perpetuasse uma particular competência/*expertise*. Em propostas tão distintas como as de Freidson, Derber ou Abbott, o conhecimento é o principal recurso de poder profissional. Abbott (1991) considera que só o sistema de conhecimento abstrato pode definir os problemas e tarefas dos profissionais, defendê-los dos competidores e ajudá-los a conquistarem soluções novas para problemas novos — o conhecimento é assim a peça fundamental da autonomia profissional, das posições de poder e privilégio na sociedade e nas organizações, assegurando a sobrevivência no sistema de profissões competitivo. Freidson (2009) faz um clarividente diagnóstico da situação que mantém ainda hoje atualidade.

É possível identificar dois grandes problemas de análise com que se confrontam os sociólogos ao estudar as profissões. O primeiro é a necessidade de entender como as profissões se auto-orientam ou como a autonomia é desenvolvida, organizada e mantida. O segundo é a necessidade de entender a relação do conhecimento e procedimentos das profissões com as organizações profissionais e como mundo leigo. O primeiro é um problema de organização social; o segundo é um problema da sociologia do conhecimento [2009, P.16]

5.4.2 Antropologia e Sociologia da Profissão Médica

A Medicina, definida em dicionários, como o conjunto de conhecimentos relativos à manutenção da saúde ou como o conjunto de práticas e intervenções, socialmente reconhecidas, de prevenção e tratamento de doenças, no nível individual ou coletivo, é sempre citada como ciência, como técnica, mas também como arte, tendo suas origens na racionalidade grega do século V A.C. As analogias entre a ciência e a Medicina tornam-se óbvias. Sócrates preocupava-se com a moralidade, a ética, a imortalidade da alma e com o conhecimento da virtude. Estes valores, certamente, eram também importantes para Hipócrates, seu contemporâneo, e acham-se expressos no famoso juramento de Hipócrates que, ainda hoje, as escolas médicas exigem de seus formandos, no ato da

colação de grau, como condição para praticar a medicina. Ou seja, a profissão médica conjuga necessidades de conhecimentos específicos e de conhecimentos específicos vinculados a outros saberes correlatos - a cada dia com maior complexidade-, de conhecimentos gerais para se compreender o mundo das coisas, do desenvolvimento da capacidade de afetar-se pelo outro. Analisando os conceitos de profissão, apresentados anteriormente - identificamos rapidamente a presença de mais de um deles permeando a profissão médica.

Freidson (2009) em "*Profissão Médica - um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*" dissecou a profissão médica sob a sua óptica, apresentando-a como uma profissão regulamentada, prescritiva, definidora, autônoma e autorregulada na sua prática. De grande relevância traz a autorização regulamentar do profissional médico em decidir o que seja doença, quem está doente ou são, e de ser o único habilitado/ autorizado a tratar, de forma a restabelecer, ou não, o estado não patológico definindo quais serviços o paciente deve receber e como esses serviços devem ser organizados e apresentados, os demais profissionais envolvidos nesses serviços exercem o papel que o profissional médico determinar. O autor analisa a medicina nos Estados Unidos, na Inglaterra e no País de Gales, e na União Soviética. A obra foi publicada pela primeira vez em 1970, com uma atualização em 1988.

A organização da prática médica se dá em dois grandes âmbitos - no ambulatório/ consultório e no hospital. A prática no consultório embora seja estabelecida nas mesmas bases do ambulatório, se reverte como uma "prática solo" que envolve um profissional médico trabalhando por conta própria, cuidando de pacientes que o escolheram livremente para ser seu médico particular e com os quais ele tem responsabilidades, que os pagam pela prestação do serviço, ou nos casos de medicina de grupo, a serem pagos por uma empresa de seguro de saúde. Neste esquema clássico, ele não estabelece qualquer relação formal com seus colegas de profissão. O acompanhamento do desempenho do profissional médico, nesse caso, se estabelece a partir da avaliação do próprio paciente e de forma indireta pelos colegas de profissão, que informalmente a partir dos resultados da sua condução do tratamento do paciente, o avaliam / julgam. Há uma associação simbólica de sucesso, traduzida pelo seu êxito na condução dos seus pacientes, assim como seus ganhos financeiros (FREIDSONS, 2009).

No âmbito da prática hospitalar, ante ao desenvolvimento da biotecnologia, o hospital tornou-se o mais importante local de exercício da prática médica. O hospital atualmente tem uma organização de empresa, mantendo ainda, o profissional médico como o "ordenador" das atividades/ procedimento que devem ser realizados para prestar cuidado médico ao paciente. Essa ordenação se dá tanto no campo profissional médico - traduzido na solicitação de um parecer de um especialista-, quanto no campo do trabalho multiprofissional. Essas relações se dão muitas vezes de forma conflituosa, cabendo ainda ao profissional médico responsável pelo paciente, a intermediação desse conflito, oportunidade em que na maioria das vezes, lança mão da normatização (FREIDSONS, 2009).

No Brasil, a profissão médica é regida por diversas normas, em especial pelo Decreto nº 20.931/32 (uma das primeiras leis que regulamentaram o exercício da medicina e outras profissões de saúde no Brasil), pela Lei nº 3.268/57 (que dispõe sobre os Conselhos de Medicina) e pelas resoluções e normas editadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Nesse escopo, também entra a Lei nº 12.842/13 que dispõe sobre o exercício da medicina, prelecionando no seu artigo 4º as atividades privativas do médico - essas relativas a procedimentos diagnósticos e terapêuticos-, e no artigo 5º ações privativas do médico - essas relativas à ações da formação médica, e coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico.

Em que pese a relevância e excelência do trabalho de Freidson(2009), não era seu escopo considerar as relações de afeto que precisam ser exercidas no Encontro entre médicos e pessoas adoecidas, que buscam e requerem Cuidados. Isso torna a profissão médica ímpar, pois, é exatamente esse aspecto, tantas vezes negligenciado na prática médica, assim como nas considerações de estudo sobre a profissão médica, que configuram a autonomia da profissão para o Cuidado singular, ao mesmo tempo que confere dentro da profissão singularidade entre os profissionais médicos.

Nesse aspecto, vale apresentar o trabalho de Schraiber “*O médico e seu trabalho: limites da liberdade*” (1993), especialmente o seu capítulo 4 - Liberdade, o pressuposto do trabalho. A autora evidencia a estratificação técnica e social no interior do trabalho médico, diferenciando agentes de mesma qualificação profissional em posições técnicas socialmente situadas em tão distintos e variados lugares na estrutura social, a ponto de se arguir em certas situações, ou para certos ramos de atuação, da pertinência de uma mesma designação profissional. Esse é o caso, por exemplo, do médico de laboratório ou de outras práticas exclusivamente diagnóstica e terapêutica, ou até mesmo dos que se dedicam à Saúde Pública. A ausência de uma imediata identificação desses trabalhos com a profissão médica dá-se por suas distâncias com a prática clínica. Por isso, são compreendidos como outro, por referência ao saber diretamente exercitado sobre os doentes, não sendo lembrados como parcelamentos que se individualizaram do trabalho em saúde, tal quais tantas outras práticas especializadas. E mais, dentro da própria prática clínica na qual se observam tão diversos comportamentos em relação à atenção ao paciente. Da intervenção técnica às práticas de convencimento e de subordinação do doente à intervenção, passa-se pelos modos distintos através dos quais esses dois planos se realizam na relação médico-paciente, o que é da ordem da moral, no confronto de dois sujeitos sociais. Diferenciação que também ocorre em outras relações de que participa o médico, como as que se realizam entre colegas e entre os constituintes das equipes de trabalho. Seja de que forma for, em relação ao doente uma intervenção só é pertinente e eficaz se lhe é possível, isto é, se concretamente lhe corresponde para ser realizada, e se lhe traz como resultado o retorno ao modo de seguir vivendo nas condições em que isto se dava antes do seu adoecimento.

Caso toda a questão da prática a isso se resumisse, se lhe retiraria toda a *arte*, restando a medicina como a

“ciência de curar”, mediante o que se reduziria também sua máxima clínica de *todo caso é um caso* para “todo caso é caso”, geral repetido em particular. Ocorre, porém que é duplo o modo pelo qual a individualidade deve ser apropriada pelo médico no ato de trabalho: singular relativo ao geral, mas também simultaneamente singular absoluto, no profundo entrelaçamento de dimensões naturais e não naturais (afetivas, psicológicas, pessoal, social), tal como se postula para o ato adequado conforme já consideramos anteriormente.

5.4.3 Demografia Médica

5.4.3.1 A Questão das Especialidades Médicas

Sendo a medicina um curso com características de terminalidade, a princípio o recém-formado encontra-se apto (teórica e praticamente) e legalmente habilitado para o exercício profissional. No entanto, por tradição, necessidade de aprimoramento ou até mesmo deficiência da formação profissional, boa parte dos jovens médicos busca a Residência Médica como fonte de aprendizagem, experiência e, sobretudo, uma especialização, o que facilita sua inserção no mercado de trabalho. Poderíamos dizer que, para tornar-se um 'médico apto' ao bom desempenho do ofício, recorre-se quase que invariavelmente a essa modalidade de aperfeiçoamento profissional.

O curso de residência é uma modalidade de pós-graduação originada nos Estados Unidos no final do século XIX. Está fundamentada no princípio pedagógico do treinamento em serviço, formando especialistas. Pressupõe dedicação exclusiva, bem como trabalho e envolvimento no cotidiano do hospital em que se desenvolve a formação. A ideia de residir no hospital implica esse envolvimento integral com as atividades realizadas rotineiramente pelo *staff* médico e acompanhadas pelo residente, possibilitando, assim, a 'vivência médica'.

No Brasil, os primeiros programas de Residência Médica tiveram lugar no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, na década de 40. Entre 1950 e 1960, surgiram novos programas, mas o momento de grande impulso da Residência Médica no Brasil se deu na década de 70. Tradicionalmente, em especial no âmbito do MEC, considera-se a data da criação da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM - (Brasil, 1977) como o marco do desenvolvimento desses programas. Mas o que ocorre, na verdade, é que esta Comissão nasceu justamente para regulamentar, controlar e padronizar o conteúdo dos inúmeros programas existentes e as condições em que eles se desenvolviam, assim como para regulamentar os cursos que começariam a funcionar a partir daquela data. Definia-se, assim, a Residência Médica:

[...] uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, a nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (Brasil, 1977)

Em 2017 o Brasil tinha 35.187 médicos cursando residência médica (RM), em 6.574 programas de 790 instituições credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Os médicos residentes estão distribuídos de forma desigual no território nacional (Figuras 15 e 16). A região Sudeste tem 58,5% dos 35.178 residentes inscritos em 2017 em todos os programas – mais da metade de todo o País. A concentração no Sudeste também é característica da distribuição dos médicos especialistas já titulados e em atividade. A região Sul tem 5.631 residentes, equivalentes a 16% do total nacional. O Nordeste reúne 14,2%, o Centro-Oeste, 7,2%. O Norte tem o menor grupo de residentes – 1.449, ou 4,1% – a maioria deles em programas de dois anos de duração (R1 e R2). Somados, Sudeste e Sul reúnem praticamente três quartos de todas as vagas de residência médica do País (SCHEFFER, 2018).

Machado (1997) utilizando o modelo de Díaz-Jouanen e buscando redefinir e reclassificar sociologicamente as especialidades médicas adota uma nova abordagem considerando a natureza e o processo de trabalho médico: (a) especialidades cognitivas - lidam diretamente com o paciente, e sua relação profissional se baseia fundamentalmente no conhecimento cognitivo adquirido nas escolas médicas. O raciocínio clínico é acentuadamente valorizado e a relação subjetiva tende a ser mais enfatizada; (b) especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades - também lidam diretamente com o paciente, mas não de forma tão direta e cotidiana, tendencialmente burocratizada, padronizada e, quase sempre, programada. O que predomina no processo de trabalho é o conhecimento técnico, ou seja, habilidades técnicas inerentes ao ato em si, quase sempre de forma pontual e precisa; (c) especialidades intermediárias - são as especialidades ou áreas da prática médica que associam mais estreitamente as habilidades técnicas (cirurgia) à base cognitiva das ciências médicas (clínica), intermediando essas duas áreas distintas; (d) especialidades tecnológicas e/ou burocráticas - adotam regularmente a padronização no processo de trabalho, com alto controle burocrático. A relação médico-paciente, de natureza individual e intransferível, cede lugar à relação coletiva, na qual o objeto é quase sempre impessoal, referindo-se a populações, a coletividades ou até a um paciente de um colega que necessite de algum exame específico (MACHADO, 1997).

As especialidades que adotam o modelo cognitivo tendem a reduzir sua importância na configuração da estrutura de prestação de serviços médicos. Assumem lugar de destaque aquelas especialidades com forte apelo técnico-cirúrgico. Pode-se inferir que esta escolha tem motivações claras – as relações com os pacientes são curtas não estabelecendo vínculos; não há o insucesso com o plano de cuidado proposto como o que ocorre nas doenças crônicas; o ato cirúrgico é mais bem remunerado - e as subliminares – a valorização social do fazer médico cirúrgico por ser, na maioria dos casos, resolutivo.

Em 2011, 55.1% dos médicos brasileiros em atividade eram especialistas, ou seja, concluíram um programa de residência médica e/ou obtiveram título de especialista emitido por sociedade de especialidade médica. Os

demais 44,9% não tinham título de especialista nessas modalidades. Em 2018, do total de médicos em atividade no País, 62,5% têm um ou mais títulos de especialista. Por outro lado, 37,5% não têm título algum. São 282.298 especialistas e 169.479 generalistas (médicos sem título de especialista). A razão é de 1,67 especialistas para cada generalista (SCHEFFER, 2018).

5.4.3.2. A Questão de Gênero

A origem, de uma medicina racional e científica (ou pré-científica) está tradicionalmente vinculada ao nome de Hipócrates, nascido na Ilha de Cós em 460 a.C. O conhecimento médico tradicional era transmitido a uma linhagem masculina familiar. A transmissão oral quer teórica ou prática, de pai para filho ou de mestre para aprendiz, não estava apenas circunscrita às questões de caráter médico, e algumas noções de filosofia natural e retórica eram também ensinadas (BENEDETTO, 2010).

A medicina ocidental nasce, pois, como profissão cuja aprendizagem e desempenho eram restritas ao masculino.

Há um significativo hiato de tempo, até que surjam as primeiras notícias de mulheres médicas. A primeira vem de um édito de 1311 que concedia o direito de as mulheres praticarem a cirurgia em Paris. No entanto, havia uma clara distinção entre o cirurgião, considerado de uma categoria inferior, e o médico, que praticava a chamada medicina interna. Não tardou, porém, que esse direito fosse revogado. Em 1322, Jacoba Felicie foi presa e processada pela *Université Paris* acusada de exercer ilegalmente a Medicina.

Existem evidências que a alemã Dorothea Christiane Erxleben (1715-1762) foi a primeira mulher a receber o grau de doutora em Medicina. Estudou na *Universität Halle-Wittenberg* e foi diplomada em 1754, entretanto não há relatos de suas atividades médicas profissionais (AZEVEDO, 2015).

Considera-se que Elizabeth Blackwell (1821-1910), nascida na Inglaterra seja a pioneira no exercício feminino da Medicina. Em 1849 graduou-se em medicina no *Geneva Medical College* de New York. Após a formatura viajou para a Europa para estagiar nos Hospitais de Paris e de Londres, encontrando grande resistência dos médicos. Frequentou, em Paris, o *La Maternité Hospital*. Retornou aos Estados Unidos, juntamente com as médicas Emily Blackwell e Marie Zakrzewska fundaram o *New York Infirmary for Women and Children* (AZEVEDO, 2015).

Iniciava-se aí um longo percurso da profissão médica feminina voltada para a saúde da mulher e da criança, reproduzindo socialmente o que se considerava/ se considera os atributos femininos do cuidar.

No Brasil, podemos traçar a presença da mulher na Faculdade de Medicina do Império primeiramente nos cursos de parteira. Em 1832 as duas Faculdades de Medicina (Bahia e Rio de Janeiro), passaram a conceder aos concluintes o título de doutor para os médicos e o de Parteiro Diplomado aos que concluíssem o Curso de Partos

realizado em três anos. Madame Durocher foi a mais célebre parteira e se formou neste curso em 1834. Adotava a estética de estilo masculino, por ser mais cômodo para a atividade exercida e decente para uma Parteira Diplomada, alegando ainda que este estilo inspirava mais confiança às mulheres.

A carioca Maria Augusta Generoso Estrella (1861- 1946) foi a primeira mulher brasileira a se formar em Medicina, tendo feito seus estudos nos Estados Unidos e sua graduação em medicina no New York Medical College and Hospital for Women, em 1881. Após sua graduação, voltou para o Brasil submeteu-se aos exames na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro para validar seu diploma, conforme determinava a Reforma de 1832, com a validação do diploma exerceu a profissão durante cerca de cinquenta anos, também se dedicando às mulheres e às crianças.

Somente no ano de 1879 o Ministro Leôncio de Carvalho estabelece, entre outras modificações, a possibilidade da matrícula de mulheres no curso médico. A gaúcha Rita Lobato foi a primeira a se formar na Escola de Medicina da Bahia, em 1887. Mas, como era de se esperar o ingresso de mulheres nas Faculdades de Medicina do Império se deu de forma muito lenta. Num levantamento das teses doutorais da Faculdade Medicina da Bahia de 1840 a 1928, Meirelles (2004) informam que apenas 0,6% das Theses Doutorais foram defendidas por mulheres.

A proporção de estudantes de Medicina do sexo feminino aumentou significativamente nas últimas décadas, em diferentes países, inclusive no Brasil.

Nos anos 60, segundo a Association of American Medical Colleges (AAMC), 90% das candidaturas a Medicina eram do sexo masculino (AAMC, 1999). Em 1961, o perfil do médico americano era descrito como sendo homem, branco, protestante, da classe média-alta e filho de médico. Nos anos 70 e 80 verifica-se uma queda das candidaturas masculinas e um aumento progressivo das femininas e das minorias étnicas (SCHFFER, 2013).

Em 2001, metade dos estudantes de Medicina são mulheres tanto nos EUA, no Canadá e em alguns países europeus, como a Noruega, a Irlanda e a Inglaterra, esta proporção foi atingida nos anos 90. Segundo o jornal *Público* (2000), 69% dos estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa são do sexo feminino.

Segundo Scheffer (2018), os homens são maioria entre os médicos, com 54,4% do total de 414.831 profissionais em atividade em 2017, enquanto as mulheres representam 45,6%. A diferença, no entanto, vem caindo a cada ano e aponta para um crescente feminização da Medicina no País. As mulheres já são maioria entre os médicos mais jovens – representam 57,4% no grupo até 29 anos e 53,7% na faixa entre 30 e 34 anos. Nas faixas seguintes, a participação dos homens é sempre maior, subindo para 54,8% entre 40 e 44 anos, para 62,5% entre 60 e 64 anos, e atingindo 79,5% no grupo com 70 anos ou mais. A presença masculina aumenta com a idade, enquanto com as mulheres acontece o contrário. A distribuição, segundo sexo, dos médicos que iniciam na

profissão a cada ano é um indicador da tendência de feminização da profissão. No período de 2000 a 2016 foram registrados 220.993 novos médicos; 49,3% eram homens, 50,7%, mulheres. Quando se observa essa distribuição por ano de entrada, vê-se que a porcentagem de mulheres médicas cresce rapidamente.

No conjunto de especialistas contabilizados neste estudo, 57,5% são homens, e 42,5%, mulheres. Das 54 especialidades, os homens são maioria em 36 e as mulheres, em 18. Ou seja, 66,7% das áreas têm maioria de homens. A distribuição de profissionais titulados por gênero e por especialidade é um indicador importante de tendências dentro da demografia médica. Há aumento da presença feminina em quatro das seis áreas básicas da Medicina. Em Pediatria, elas são três quartos dos profissionais. Em Medicina de Família e Comunidade, são 57,1%. Em Ginecologia e Obstetrícia já somam 56,6%, e em Clínica Médica, 52,6%. Os homens, que são maior número em 36 das 54 especialidades, representam mais de 70% em 16 delas. Em 11 especialidades, são mais de 80%. Em todas as 13 áreas cirúrgicas, ou que envolvem cirurgias, os homens são maioria. Mesmo em Cirurgia Geral, que é uma das especialidades básicas, as mulheres ocupam apenas um quinto do total (SCHEFFER, 2018).

Ao observarmos os dados do Conselho Federal de Medicina do Brasil, fica evidente o crescente aumento do número de mulheres médica, mas há uma nítida predominância das mulheres nas especialidades envolvendo a saúde da mulher e da criança, uma extensão e prolongamento da associação de gênero com o cuidar materno associado desde a antiguidade à mulher.

Seguindo a esta predominância, vem a escolha por Medicina de Família e Comunidade e da Medicina Preventiva, ambas as especialidades com o perfil de trabalho assalariado e com horários fixos de trabalho, oportunizando as mulheres médicas disponibilidade de tempo para o cuidado dos filhos, reproduzindo assim a questão social do gênero feminino associado à maternidade. No que concerne ao trabalho assalariado, talvez, ou pelo menos em parte, traga resquícios do papel feminino do cuidar, mas não do prover econômico financeiramente a si e a sua prole, ficando este papel, ainda em maior parte, destinado ao homem. Talvez, a opção feminina pela prática de tempo de trabalho parcial ou com horários fixos, seja presumivelmente, para melhor servir às suas famílias (SCHEFFER, 2013).

É sistêmica a perpetuação da opressão sobre as mulheres médicas e não apenas uma decisão pessoal e deliberada dos homens médicos. Resulta de práticas sociais e institucionais que agem conjunta e impessoalmente para favorecer os interesses dos homens sobre as mulheres, o que requer novos e permanentes aportes teóricos da bioética para a compreensão desses e de outros desequilíbrios de poder que estão por toda a sociedade – e não confinados unicamente na medicina.

Para, além disto, as especialidades clínicas exigem para o seu exercício, maior e melhor tempo de escuta, assim como compartilhamento de decisões acerca das condutas terapêuticas inclusive as não - medicamentosas que envolvem mudança de estilo de vida, e nestes aspectos, as mulheres tem demonstrado desenvolver melhor

tais habilidades, comparativamente aos homens.

Se nos debruçarmos a analisar as especialidades preferencialmente escolhidas pelas mulheres médicas, vamos encontrar similaridade entre elas podendo separá-las em dois grupos: um da atenção à saúde da mulher e da criança; e o outro da Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade e, Medicina Preventiva. Unindo os dois grupos, o fato de serem ligados à Atenção Primária de Saúde onde se utiliza tecnologia leve, leve-dura e dura. Este conceito de tecnologia em saúde se origina dos trabalhos de Merhy que bebe na fonte de Michel Foucault (1926-1984), quando este discorre sobre o nascimento da clínica.

Na teoria de Merhy (1998), a tecnologia para saúde consiste em saberes e práticas que podem resultar em produtos fechados, a exemplo das condutas normativas (dura) ou abertas, como diante de um processo de relação, que se pode exemplificar como um processo de humanização (leve). Considerar tecnologia leve é expressar um processo de produção da comunicação, das relações, de acolhimento, de autonomização, de vínculos que conduzem ao encontro dos usuários com as necessidades de ações na saúde.

A tecnologia leve-dura inclui os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, enfermagem, entre outras. A tecnologia dura pode ser representada pelo material concreto como equipamentos tecnológicos (hardware), mobiliário tipo permanente ou de consumo, normas e rotinas, estruturas organizacionais (MERHY, 1998).

Na Atenção Básica em Saúde são utilizadas as tecnologia leve e leve-dura, para tanto, há necessidade de mais tempo para a escuta e a necessidade de compartilhar decisões com as pessoas de forma que estas se responsabilizem por sua saúde no tocante à necessidade de mudanças no estilo de vida, e estas habilidades de escuta e compartilhamento têm se mostrado serem melhores desempenhadas pelas mulheres (MERHY, 1998).

Outro aspecto a considerar é que com o tradicional desempenho das especialidades cirúrgicas por médicos homens, não houve tempo ainda para a construção da imagem – espelho por parte das estudantes mulheres. Talvez, isto gradativamente ocorra como já se começa a observar com o aumento de mulheres médicas em programas de residência médica para neurocirurgia.

Na perspectiva da pluralidade bioética, mulheres e homens podem divergir na maneira de enxergar, sentir e solucionar problemas no cotidiano do exercício profissional da medicina. A constatação de que médicos e médicas são diferentes e de que as diferenças devem ser preservadas, nada tem a ver com a perpetuação de um exercício profissional pautado pela dominação masculina, sendo tarefa de todos os médicos e médicas, e da sociedade de modo geral, a construção continuada do respeito às diferenças (SCHEFFER, 2013).

6. O PRESCRITO, O OUVIDO E O VIVIDO

6.1. Preambulo

A formação do médico durante a graduação se reverte de um longo e complexo processo de construção de competências referentes ao domínio cognitivo (técnico específico), ético e relacional da profissão. Nesse processo vai reafirmando valores históricos, como o da interação com o paciente e sua família/ cuidador, que na contemporaneidade ganham contornos no discurso da humanização das práticas de saúde. As diretrizes curriculares para o curso médico preconizam o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, valores éticos e atitudes de sensibilidade e compreensão com o sofrimento do outro que são percebidos, no momento atual, como aspectos da prática profissional bastante comprometidos, com graves consequências para a qualidade da própria realização técnica do fazer médico.

Em um movimento para tornar humanística a formação médica, as Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil 2001, 2014), preconizaram a inclusão de disciplinas de Humanidades Médicas nos currículos das escolas médicas.

Entretanto, pela complexidade da formação humanística, as disciplinas da área de Humanidades Médicas dão conta de apenas uma pequena parte desta imagem objeto. Ademais, em tese, todas as disciplinas do currículo médico têm pontos de contato com a área de Humanidades, principalmente as que se dão no encontro clínico; e, em todas ocorre o ensino-aprendizagem pela apreensão de modelos ativos nas relações interpessoais, de forma consciente e planejada ou totalmente alienada. Estudos realizados a partir da década de 90 (Kaufman, 1992; Assunção et al, 2008; Pessoti, 1996; Pereira, 2004; Hundert et al, 1996; Wright e Carrese, 2001), mostram que, nas escolas médicas, a construção da postura ética, do pensamento crítico e reflexivo desenvolvem-se nos diferentes cenários de ensino-aprendizagem e, principalmente, observando os professores em ação na prática cotidiana ou nos seus bastidores (currículo oculto e/ou paralelo). (SCHRAIBER, 2008).

Isto posto, pode-se afirmar que a formação médica humanística tem caráter transversal. Ocorre ao longo da graduação, em diferentes momentos e cenários de ensino-aprendizagem do currículo formal, informal e nas interações das pessoas no ambiente acadêmico – aspecto este que também responde por parte da resistência à formação humanística, uma vez que a cultura institucional na escola médica, em meio a muitas contradições, é ainda predominantemente tecnicista. Estas contradições se fazem notar na convivência de ideologias profissionais divergentes, que ficam evidenciadas no âmbito da academia e dos serviços de saúde.

Essa contextualização apresenta-se materializada nesse capítulo, quer nas narrativas, quer no atitudinal percebido durante este estudo.

Considerando o tema deste estudo como uma unidade de significação que se desprende de um texto aos olhos do intérprete, assumidamente um sujeito presente, histórico, social e desejante, os fragmentos do material empírico foram selecionados por referência aos núcleos temáticos, a esse momento já ressignificados pelos

elementos advindos da interação com as cenas e narrativas, como apresentaremos ao longo deste capítulo.

6.2 A Ambiência de Ensino e os seus Atores

Embora o curso de graduação em medicina se constitua de doze períodos sequenciais, é marcante a diferença na ambiência, na relação do estudante com o curso, e do professor com o estudante, entre os quatro anos iniciais do curso e os dois últimos, cursados na forma de estágio supervisionado em serviço (internato médico).

Visitamos diferentes cenários de ensino-aprendizagem, entretanto, selecionamos os que guardam maior impacto na formação médica, dentre eles, o Laboratório de Habilidades, cenário que se estabeleceu como de ensino-aprendizagem a partir do início deste século, na esteira dos avanços da tecnologia.

No que concerne ao cenário hospitalar, optamos em trazer os cenários de Urgência e Emergência, por ser o que mais expõe as contradições entre o escrito e o vivido. A Clínica Médica e a Clínica Cirúrgica, por serem as disciplinas-eixo da formação médica.

O Laboratório de Habilidades (LH)

Essa ambiência foi utilizada para observação participativa e entrevista com os estudantes do 1º ano da FAMED/UNIFESO. Ressaltar que a FAMED/UFC utiliza ambiência similar.

O LH constitui-se em um espaço destinado à construção de habilidades para a prática profissional organizadas em complexidade crescente, ao longo da graduação. Nesse espaço estão disponibilizados manequins adultos e infantis, e peças anatômicas sintéticas de segmentos do corpo humano, que propiciam a aprendizagem do exame físico e procedimentos invasivos. Os manequins e as peças anatômicas sintéticas, apresentam textura similar à pele humana. Os manequins oportunizam a reprodução de sons fisiológicos e patológicos, têm vocalidade imitando a humana, que em alguns procedimentos interagem com o aprendiz comunicando que houve erro no procedimento realizado, evocando um jogo eletrônico com o anúncio de “game over”. Conta também com salas que simulam consultórios médicos, nas quais utilizando-se atores treinados para esse fim, são construídas as habilidades para a entrevista clínica. Essa atividade é filmada e ao final os professores a exibem aos estudantes, estabelecendo uma exposição dialogada acerca das fragilidades identificadas, que sob o aspecto formativo, são reconstruídas. O LH dispõe de uma antessala, na qual os estudantes aguardam o momento que desenvolverá a atividade programada, na qual está afixada na parede as regras de utilização do espaço. Acompanhamos a atividade programada para um grupo de oito estudantes, dentre os quais, dois estavam no grupo selecionado para a entrevista. A percepção da pesquisadora é que os estudantes embora valorizem a atividade, a desenvolvem de forma mecanizada. Durante a observação, percebi que os estudantes se apresentavam ao manequim - no momento da atividade uma peça anatômica de pelve feminina-, dentro de um

roteiro pré-estabelecido. Durante a entrevista clínica com os atores, a percepção da pesquisadora, é que os estudantes seguem um roteiro de perguntas, não deixando espaço para escuta, em alguns momentos, interrompendo a fala do ator e redirecionando-a para o roteiro estabelecido. Analisando o prescrito no currículo, está elencada a construção de habilidades na dimensão cognitiva, atitudinal, e afetiva, constando para objeto de avaliação formativa e somativa as três dimensões. Entretanto, não percebemos práticas que permitissem o alcance do aspecto afetivo, o atitudinal por sua vez, se restringe à observação de práticas de civilidade entre os colegas, professores e os atores profissionais. Apenas a dimensão cognitiva, capaz de ser apreendida com a técnica, é efetivamente trabalhada. Na percepção da pesquisadora, embora a teatralização se mostre uma abordagem que possibilita evocar sensibilidades, na forma em que esta é operada no espaço do LH, não possibilita esse alcance. Grosso modo, pode-se inferir, que o ambiente vigiado sem uma interface com o real, no caso o mundo do trabalho, nesse momento inicial da formação médica, pode reforçar a abordagem tecnicista do fazer médico, ao jovem estudante.

O Ambulatório de Especialidades

Essa ambiência foi utilizada para observação participativa e entrevista com os estudantes do 4º ano da FAMED/UFC campi Fortaleza. Ressaltar que a FAMED/UNIFESO utiliza ambiência similar.

O Ambulatório está instalado num amplo prédio contíguo ao Hospital Escola. Havia grande circulação de pessoas - médicos, médicos-residentes, enfermeiros, estudantes e pacientes. A luminosidade do ambiente não era adequada, sendo necessária iluminação artificial; a climatização era feita com ar condicionado; as paredes eram claras, entretanto havia afixado escalas de atendimento, avisos, e cartazes educativos. De modo geral, o ambiente não remetia à sensação de acolhimento. O Ambulatório que visitamos foi da especialidade de Endocrinologia, o staff era especialista em Endocrinologia e Metabologia, professor da disciplina de clínica médica, e foi um dos escolhidos para a entrevista. A dinâmica era organizada com um grupo de quatro estudantes, cada aluno colhia a história de um paciente utilizando o modelo clássico da anamnese, centrada nos aspectos biomédicos, o staff acompanhava e interferia fazendo questionamentos também do aspecto biomédico. A seguir, o estudante procedia ao exame físico e quando não apresentava desenvoltura o staff assumia o exame, sem oportunizar à estudante nova aproximação. A finalização da consulta era feita pelo staff. A discussão das hipóteses explicativas, da propedêutica diagnóstica e terapêutica se realizava ao final de todos os atendimentos daquele turno. Embora a especialidade médica que atende pessoas com doenças crônicas, propiciasse de forma muito pertinente, o cuidado em saúde, isso não foi praticado, nem suscitou discussão junto aos estudantes. A discussão se ateve aos aspectos biomédicos. Os casos considerados simples foram rapidamente abordados, sendo

selecionado para discussão mais aprofundada um caso considerado complexo e raro, os estudantes participaram pouco da discussão e não houve provocação do staff para que se manifestassem, trazendo a percepção que todos estavam apressados. Embora nas DCN e no PPC, o perfil do egresso esteja definido para trabalhar sob a óptica da clínica ampliada do sujeito, considerando a formação de um médico generalista e as doenças de maior prevalência, não foi o que presenciamos.

A Urgência e Emergência

Essa ambiência foi utilizada para a observação participante e entrevista com os estudantes do 6º ano da FAMED/UNIFESO.

Embora a FAMED/UNIFESO esteja situada no município de Teresópolis-RJ, o estágio supervisionado no serviço de Urgência e Emergência acontece na cidade do Rio de Janeiro em um Hospital Federal da Atenção Quaternária de Saúde (Hospital Federal de Bonsucesso), no qual os estudantes cumprem o estágio durante quatro meses. O Serviço de Urgência e Emergência funciona com porta aberta, tendo como demandas para atendimentos casos de violência urbana, acidentes, intercorrências clínicas e clínica-cirúrgicas. Os médicos do Serviço têm diferentes vínculos empregatícios, poucos são vinculados ao Ministério da Saúde, a maioria está vinculado à uma Organização Social. A FAMED/UNIFESO tem com esse hospital um contrato formal que vincula os médicos à IES se constituindo a figura do preceptor de serviço, além de um professor do UNIFESO que faz a coordenação e acompanhamento do estágio. As instalações originais do Serviço estavam em obras à época da visita, e naquele momento o Serviço estava instalado num container de dois andares, climatizado, com luminescência artificial diuturna, situado no andar térreo do complexo hospitalar. No andar térreo se organizava o atendimento inicial, observando-se macas e cadeiras hospitalares distribuídas como uma enfermaria tradicional, o posto de enfermagem, e uma sala de pequenos procedimentos. No segundo andar estava a sala de convivência na qual estudantes e professores fazem a discussão dos casos. Não há falta de insumos, entretanto há carência de leitos para transferências após resolvida a situação de urgência e emergência, o que compromete a resolutividade. O ambiente é frio, insípido, pouco acolhedor, as condições de trabalho são um desafio à saúde mental dos profissionais e dos estudantes, e infelizmente retratam a cruel desorganização dos serviços de saúde, e a consequente desumanização na formação dos profissionais de saúde. Nessa ambiência, há o mais flagrante distanciamento entre o proposto nas políticas públicas de saúde, e que ancoram o prescrito nos currículos das escolas médicas.

A Clínica Médica

A ambiência foi o Serviço de Clínica Médica do Hospital de Ensino da FAMED/UFC campi Fortaleza, no qual os estudantes do internato fazem estágio de nove semanas. As atividades de enfermagem no turno da manhã, no ambulatório de especialidades clínicas no turno da tarde, e participam das reuniões clínicas. Os médicos que atuavam na docência eram docentes da faculdade, ou médicos do serviço (preceptores de serviço).

A enfermagem tinha boa luminosidade, ventilação natural, as paredes eram claras, com a disposição e distância entre os leitos atendendo às especificações técnicas preconizadas (BRASIL, 1994). A percepção era de um ambiente limpo, frio e impessoal. Os estudantes eram organizados em grupo de seis, que no início da manhã faziam a visita aos pacientes sob sua responsabilidade informal, acompanhadas pelo staff responsável pela enfermagem. A visita consistia na entrevista clínica voltada para aspectos biomédicos e à realização do exame físico. Em seguida, os estudantes e o staff se reuniam na Sala de Convivência - ambientada com um computador no qual estavam registrados os resultados dos exames subsidiários de cada paciente, mesas e cadeiras dispostas em círculos-, para a apresentação dos casos tendo como foco a discussão do diagnóstico, a propedêutica terapêutica, a evolução e prognóstico. Quando necessária a participação de outros profissionais de saúde, por exemplo, fisioterapeuta, era solicitada um parecer a ser respondido formalmente, entretanto, sem contato presencial quer com o interno, quer com o staff. Observamos que durante a narrativa de um dos estudantes acerca da visita realizada, ele externou sua preocupação com a tristeza verbalizada pelo paciente. A fala do interno foi ouvida, mas não escutada, à minha percepção da linguagem não verbal, isso lhe causou um sentimento de desalento. Analisando o proposto no PPC está explicitada a formação médica com um olhar ampliado do sujeito, entretanto com a forma descrita do encontro clínico, fica evidenciado mais que um distanciamento, mas um afastamento entre o prescrito e o vivido, não se restringindo à relação entre médico/estudante e paciente, mas também à relação estudante/estudante/professor. Acompanhamos uma Sessão Clínica do Serviço que acontece semanalmente, num pequeno auditório, tendo a intencionalidade de trazer à discussão casos de maior complexidade que suscitam diferentes diagnósticos e condutas, contam com a presença de professores titulares e/ou expertises na área da medicina que envolve a situação apresentada. Nessa atividade, cabe ao interno a apresentação da história clínica considerando exclusivamente os aspectos biomédicos, o encontrado no exame físico e nos exames subsidiários, as hipóteses iniciais, e a evolução. Durante a sessão, ao se estabelecer a discussão, percebemos que somente os professores se manifestavam e iam tecendo o raciocínio clínico de forma a ficar evidenciado a sua competência para tal. Percebemos que os professores ocupavam as cadeiras das primeiras filas; no fundo do auditório observamos os internos, alguns em conversas paralelas, outros de forma discreta utilizando aparelhos de telefones celular, trazendo à minha percepção, um não pertencimento dos internos àquela ambiência.

A Clínica Cirúrgica

A ambiência foi o Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital de Ensino da FAMED/UNIFESO, no qual os estudantes do internato fazem estágio de nove semanas com atividades na enfermaria, no centro cirúrgico, no ambulatório, e participam das reuniões clínicas-cirúrgicas. Os médicos que atuavam na docência eram docentes da faculdade, ou médicos do serviço (preceptores de serviço).

As características físicas da enfermaria, guardavam similaridade com as descritas na enfermaria de Clínica Médica, assim como a organização dos estudantes. A visita do interno ao paciente era realizada em dupla com o médico-residente responsável pelo paciente, cabendo ao interno a coleta da história clínica e auxiliar na realização de curativos cirúrgicos. A visita do staff tinha um aspecto comunicacional de uma só via, apenas noticiava o diagnóstico presuntivo e a data que seria realizado o tratamento cirúrgico. Embora os internos tivessem sido expostos, em ambientes vigiados com situações simuladas à construção da competência de dar notícias técnicas, não lhes era oportunizado aplicá-la. De forma velada, a percepção é que havia uma hierarquia, que se desvelava no posicionamento ante ao leito do paciente. Mais próximo ao leito, o staff e os médicos-residentes, e mais distanciados, os internos. O chefe do serviço se integrava à visita apenas para opinar sobre a escolha da melhor técnica, não fazendo qualquer referência bibliográfica, mas sim, embasado em sua vasta experiência, comemorada como “quilômetros de catagute” (uma espécie de fio cirúrgico). Ao final da visita, todos se dirigiam à Sala de Convivência, mas ainda no percurso discutiam um caso impactante. Na Sala de Convivência, havia uma mesa redonda com cadeiras em quantidade inferior à necessidade, assim os internos se mantinham de pé. A descrição dos atos cirúrgicos já realizados e os propostos, eram minuciosos, nesse momento o cirurgião chefe preocupava-se em perguntar se os internos estavam acompanhando o raciocínio, e seguia a observação que eles tinham muito a estudar para compreender. Esse aspecto biomédico, invasivo, tecnicista associado aos procedimentos invasivos- a partir da observação da linguagem não verbal dos internos -, parece exercer um fascínio – tudo é grandioso e majestoso, desafiador à prosaica existência humana. Os internos atendiam uma escala para acompanhar os atos cirúrgicos mantendo a dupla com o médico-residente, o que oportunizava acompanhar o tratamento do paciente, sendo esse, na percepção da pesquisadora a partir da narrativa de um dos internos, um momento memorável, pois disse “... *me senti um médico, entrando naquele abdômen...*”. O processo avaliativo inclui um instrumento Avaliação Diária da Prática, com caráter formativo, no qual dentre os itens a serem avaliados constava a dimensão afetiva da competência a ser construída naquele estágio, o responsável pela avaliação é o médico/ preceptor, que de forma pouco comprometida, registrou “Suficiente” para todos os estudantes.

6.3 O Estudante de Medicina

Buscamos uma aproximação informal com os alunos em situações de grupo, o que aconteceu na cantina no

interior da escola e no estacionamento do Hospital de Ensino, e em um pátio interno da escola. Chama atenção, nas duas escolas, os poucos espaços de convivência, e os poucos grupos, a maioria dos estudantes estava sozinho ou no máximo com dois colegas. Essa aproximação, como foi informal, não tinha intenção de categorizá-lo, mas sim de estabelecer algum contraponto entre a conversa informal e o encontro programado para a entrevista. Os pequenos grupos estavam formados por afinidades. Um grupo era constituído por estudantes de uma Liga Acadêmica, cursavam diferentes momentos do curso. Estavam num momento descontraído, empolgados com organização de um evento da Liga. Revelaram um sentimento de pertencimento à escola, e consideravam o curso muito “puxado” pois destinavam muitas horas para estudo e mesmo assim, sempre estavam “devendo”, o que era motivo de cobrança pessoal. Um deles comentou que estava iniciando seu estágio supervisionado em uma Unidade de Pronto Atendimento, e que isso o fez sentir-se como estudante de medicina. A conversa foi breve, fluiu de forma afetuosa. O outro grupo era de estudantes de uma mesma tutoria, estavam num momento tenso, logo após a realização de uma avaliação escrita considerada por eles de complexidade superior à esperada. A conversa não fluiu, minha percepção a partir das breves falas, foi de uma relação de não confiança entre eles e o professor responsável pela referida avaliação.

Os 14 estudantes selecionados para as entrevistas tinham entre 19 e 23 anos, entretanto, dois estudantes tinham mais de 30 anos, um deles do gênero feminino tinha graduação em enfermagem, mas nunca exercera essa profissão. O outro, do gênero masculino, havia iniciado um curso de graduação em engenharia que interrompeu no último ano da graduação, momento em que após inúmeras tentativas foi aprovado por concurso vestibular para o curso de medicina. Havia um predomínio do gênero feminino – esperado para a crescente feminização da medicina. Não havia predominância de estudantes que viessem de família de médicos. No tocante ao poder aquisitivo, a maioria revelou se considerar de classe média alta, um se identificou como sendo da classe “C” e disse com muito orgulho ser o primeiro membro da família que estava cursando o ensino superior. Nenhum estudante exercia atividade laboral, sendo mantidos por familiares, e um recebia ajuda de custo da câmara municipal da sua cidade de origem. Dos estudantes que cursavam o 1º e o 4º ano, nenhum havia definido se faria alguma especialidade. Os estudantes do 6º ano já haviam definido que gostariam de especialidade clínica ou cirúrgica, todos verbalizaram que para a escolha consideraram o aspecto de maior rentabilidade financeira e melhor qualidade de vida. Apenas um, do gênero feminino, pretendia dedicar-se à Medicina de Família e Comunidade – em acordo com o descrito na demografia médica. Os estudantes da FAMED/UFC eram todos do Ceará, sendo cinco de Fortaleza e residiam com os pais; dois eram do interior do estado, um homem que morava com amigos também estudantes de medicina, e uma mulher que morava com familiares. Todos eram solteiros e sem filhos. No grupo de estudantes da FAMED/UNIFESO, uma era natural de Aracaju, um da Bahia, dois de Minas Gerais, um do Paraná e dois de Teresópolis. Exceto os teresopolitanos, os demais moravam com amigos,

também estudantes de medicina. Todos eram solteiros e sem filhos.

Nas entrevistas, percebemos que os estudantes do 1º e 4º ano se mostravam mais satisfeitos com o curso, alguns demonstravam preocupação com a desorganização dos serviços de saúde, que perceberam a partir da inserção nesses serviços. Já os estudantes do 6º ano mostravam-se mais contidos em suas falas, percebia-se insegurança com a terminalidade do curso e o receio de não estarem adequadamente preparados para o exercício profissional, todos pretendiam concorrer à concursos para residência médica.

Sobre a pergunta *como é ser estudante de medicina*, responderam mais com base no modo como viam o coletivo sem nele se incluir, nenhum fez uma narrativa autobiográfica. Compreendemos que a auto identidade de cada um não se referenciava na imagem de grupo que coletivamente constituíam. Isso mostra um aspecto típico das subjetividades contemporâneas, que pouco admitem referenciar-se no todo, mas investem marcadamente na constante construção e reconstrução de um eu que se destaca do todo. ¹¹⁴

Avaliam a si mesmos e aos outros com base nos próprios valores – vindos da sua história pessoal-, e procuram apoio em modelos institucionais a ele condizentes.

Quanto à pergunta se destacavam algum professor como de importância na sua formação, nenhum estudante fez essa identificação. Lembraram o nome de professores considerados ilustres, valorizando como destaque na Medicina, mas sem qualquer relação com a sua formação. Quando a mesma pergunta se referia a sua vida pessoal, citavam a mãe ou o pai, que vem ao encontro do comportamento social contemporâneo, no qual os laços particulares na vida privada se assentam nas referências mais fortes (FERRY, 2008).

Quanto ao aspecto da disponibilidade de tempo livre, os estudantes foram unânimes em lamentar não terem tempo para outras coisas que não a medicina. Alguns estudantes do 4ºano e todos do 6ºano desenvolviam atividades em hospitais “acompanhando” médicos de suas relações pessoais (currículo oculto/paralelo), o que lhes consumia ainda mais o tempo livre.

Percebemos uma marcada diferença do ser estudante no início do curso e ao longo da graduação.

Não sei se é uma característica do curso de medicina, mas até o 4º ano você é um, depois que começa o internato, você é outro. No início você é só um estudante, no internato você começa a ser médico, é muita responsabilidade. Engraçado que mudamos até o jeito de vestir e ser – abandonamos o boné, a mochila, mantemos a barba feita, falamos mais baixo e procuramos não usar gírias, estudamos não para as provas, mas para entender o que o nosso paciente tem e o que é melhor para ele (estudante do 6º ano N1)

Das características descritas pelos estudantes, sobre eles mesmos, mostraram-se como mais reveladoras: a competitividade – é unanime a constatação que são muito competitivos, o que resulta em relações interpessoais distantes, oportunistas, utilitárias, com alguns deslizes para desonestidade

É assustador. Aqui você tem que ser melhor em tudo. Nada se faz de forma prazerosa – se vai jogar, tem que ser o destaque do time; se vai numa festa, tem que ser o que bebe mais, o que transa com mais gente; se está numa Liga Acadêmica, sua Liga tem que ser a mais organizada. É muita pressão! (Estudante do primeiro ano N2)

a imaturidade emocional – os estudantes se definiram, em sua maioria, com características consideradas positivas - inteligentes, objetivos, metódicos. Como aspecto negativo a pouca maturidade emocional.

Acho que tem muita gente infantilizada. Veja, todo mundo aqui é nerd, não tem malandrão, mas querem fazer um gênero tipo o popular da escola- descolado-, uma bobeira. E, também, tem uns bem moleques, fazem intrigas, fofocas, não tem autocrítica boa... (estudante do 6º ano N3)

o preconceito – identificam que está ligado a um determinado grupo (pessoas ricas, mimadas e mal-educadas), preconceituoso em relação à classe social, etnia, opção sexual, considerados indignos de pertencerem àquela escola médica

Eu não sei se é preconceito, ou se tratam de forma jocosa certos assuntos. Dizer que pobre é sempre negro e negro é sempre bandido! Não sabe nada das coisas (estudante do 4º ano N4)

A superficialidade e individualismo – se imbricam com infantilidade emocional e a competitividade

Eu vejo que aqui é cada um por si. As vezes um colega se aproxima mais, só por interesse imediato, meio que “usa” as pessoas. Mas, a gente encontra pessoas legais e com esse trata de fazer amizade (estudante do 4º ano)

Quando cheguei aqui, isso me assustou muito. Agora, no final do curso vejo que só fiz um amigo. As relações são instrumentais. Aqui no Diretório eu acolho os meninos, mas fica por aqui. Isso dificulta até para reivindicações coletivas (estudante 6º ano E3)

Estou rodando na Pediatria, me corta o coração ver criança sofrendo. Uma criança que era do “meu leito” morreu, eu me emocionei e um colega ficou zoando porque eu estava chorando, o professor me disse Vai aprendendo, isso vai acontecer outras vezes... (estudante 6º ano N7)

Essas características do coletivo podem explicar a pouca disponibilidade das pessoas para a intersubjetividade, levando ao individualismo, isolamento e sentimento ou comportamento de solidão.

6.4 O Professor de Medicina

Entrevistamos doze professores, seis do gênero feminino e seis do masculino, todos com mais de dez anos de formado. Oito tinham especialidades médicas clínicas, e quatro clínicas-cirúrgicas. Todos exerciam, pari passo à docência, atividade médica profissional na assistência privada. Exceto um, os demais eram casados e tinham filhos, referiam-se à família como um elemento muito importante em suas vidas, embora não tivessem muito tempo para a convivência.

Iniciamos a entrevista com a provocação *-Fale-me sobre você-*, o que escutamos foi um discurso de como se viam como médicos. A identidade médica apareceu profundamente marcada pela identidade pessoal, uma vez que formavam uma narrativa que entremeava a vida pessoal privada e a vida profissional. O modo de ser na vida e o modo de ser médico se expressavam um pelo outro. A escolha da Medicina como profissão foi o interesse pela vida das pessoas e pela natureza humana.

Os aspectos financeiros da profissão apareceram em suas narrativas como vozes em coro afinado, entoando que ganhavam pouco em dinheiro, mas muito em desenvolvimento intelectual e em satisfação com o trabalho, e pela oportunidade de se adaptarem às mudanças associadas a crescimento pessoal, bem marcada nesse trecho de uma das entrevistas:

Eu fui uma pessoa de relacionamento insuportável, ao longo de 45 anos de profissão fui me modificando, me tornando mais tolerante, mais humilde, mais receptivo ao afeto. Assim, posso te dizer que sou muito feliz com minha profissão, com tudo o que ela tem me oportunizado ser, se tivesse que escolher, escolheria novamente ser médico (professor de cirurgia E1)

Todos os entrevistados disseram gostar da atividade de ensino, mas com diferentes visões e propósitos quanto a ser professor. Para a maioria era transmitir saberes, para os demais era promover o desenvolvimento do aluno em uma relação intersubjetiva.

Eu gosto muito do contato com os alunos e com os médicos-residentes, gosto de acompanhar o crescimento deles, de saber notícias deles após alguns poucos anos. Além disso eles nos trazem perguntas, e a gente se sente obrigado a estudar, é uma relação de troca, de alguém que conhece um pouco mais, mas que também está aprendendo. (Professor de cirurgia E1)

Eu gosto muito de dar aula! Me sinto num palco. Coloco o microfone e me transformo. Me preparo para as aulas, estudo muito, procuro trazer as últimas publicações sobre o tema e transmito aos estudantes (professor de clínica médica E2)

Eu, particularmente, sempre gostei de ensinar. O grande problema é que isso demanda tempo para estudar e preparar uma boa aula, mas isso não traz projeção, a não ser perante

aos estudantes. Outro aspecto é de ordem pragmática, em uma cirurgia privada, mesmo de pequeno porte, ganho o equivalente ao meu salário aqui na universidade (professor de cirurgia E3)

Assim como observamos com os estudantes, com os professores também percebemos movimento de identificar características do grupo a que pertencem sem a ela se identificar, corroborando a forma contemporânea de expressar subjetividades.

Das características do coletivo sob o olhar dos professores, mostraram-se como mais contundentes:

a competitividade – indo do aspecto estimulante (desafio de conhecimento) até comportamento poucos nobres

Principalmente no ambiente acadêmico da pesquisa, você quer sempre sair na frente com uma ideia. Até aí tudo bem, acho até estimulante. Mas, tem colega que ouve a ideia e quando você se dá conta ele já se adiantou e tomou como dele (professor clínica E4).

a desconfiança – as relações interpessoais se estabelecem com desconfiança, poucos estabelecem relação de amizade

Acho que as relações aqui, tanto na escola, como no hospital, são de cautela. As pessoas são diferentes, com histórias de vida que não revelam. Eu gosto do caminho reto, ético, mas alguns fazem uns atalhos... (professor de cirurgia E3)

a disputa de poder - se imbrica com a desconfiança e se explicita com conflitos nas disputas por poder

Penso que aqui no hospital, a maioria tem o mesmo perfil -trabalha muito, ganha pouco, mas gosta do que faz e sentem-se felizes assim. Entretanto, quem aparece é uma minoria que quer poder impor condutas, sobressair às custas do trabalho alheio (professor de clínica E5)

a ambiguidade – também se imbrica com a desconfiança

Tem colegas que saindo daqui se transformam. Tira o jaleco e coloca a gravata (com ou sem o jaleco), pega sua caneta Mont Blanc, coloca um sorriso, e vai brilhar na clínica privada. O que mais me incomoda é que tratam de forma diferente os pacientes do público e do privado (professor de clínica E5)

Na celebração pelo “Dia do Médico” fui ao Clube dos Médicos. Estava acontecendo um churrasco e vi colegas que no almoço no hospital dizem não comer carne, se fartando. Outros, que no hospital nem nos cumprimentam, me cumprimentaram de forma efusiva, até carinhosa.

Essas características do coletivo podem explicar a pouca disponibilidade das pessoas para a intersubjetividade, levando ao individualismo, isolamento e sentimento ou comportamento de solidão.

6.5 Os Núcleos Temáticos

Núcleo do Constructo Médico

Vivemos numa sociedade na qual tudo acontece rapidamente, tudo parece fluído e volátil.¹⁴⁵ As informações são tantas e tão rapidamente se modificam que a construção do conhecimento precisa ser desconstruída e reconstruída incessantemente. A comunicação com o mundo acontece em tempo real, trazendo a percepção que estamos naquele cenário, naquele momento, não precisamos de ninguém presencialmente, temos o mundo, só que virtual.

Giddens (2002) diz que vivemos um tempo no qual predomina a cultura dos “projetos reflexivos do eu”, narrativas biográficas em constante construção e reconstrução. Um processo com interesse do indivíduo sobre si mesmo, sendo essa contínua produção do auto identidade o principal modo de subjetivação da contemporaneidade.

Para Augé (2005), nos tempos atuais da hipertrofia e deformação do eu, tornou-se frequente colocar a singularidade como referência. A individualização das referências reivindica poder absoluto ao interesse particular e à consciência individual descolada do coletivo.

Tais subjetividades se expressam no interior das escolas médicas imiscuídas aos aspectos mais particulares de sua tradição e prática, mas ainda assim com acento nas principais características dos tempos atuais.

Do que vimos e ouvimos nas narrativas de médicos/professores e estudantes, selecionamos os elementos mais críticos para um fazer médico de atenção e um ensino na perspectiva da humanização.

O eu- médico idealizado e o vivido

Na Clínica Médica, nas narrativas, era recorrente entre os professores, representações do “médico de verdade”, ou do “médico ideal”, como um sujeito inteligente, que acerta todos os diagnósticos, que salva, que cura. Um lutador, um quase herói. As histórias que povoam esse imaginário coletivo são as batalhas ganhas, como revelado no relato de uma professora (que presenciei durante minha visita), que ao contar um desses casos, quer mostrar que ser médico é um estado permanente de ser:

Eu estava na fila de uma agência bancária, quando um homem caiu ao chão. Eu corri para socorrê-lo já dizendo que era médica. Era uma insuficiência respiratória aguda, me vali da tampa de uma caneta Bic e fiz uma traqueostomia! Deu certo. Vejam meninos, somos médicos o tempo todo! (Professora de clínica)

O médico de verdade seria o clínico, aquele que de fato sabe medicina. Porém, são “os doutores especialistas” que brilham nas reuniões de serviço trazendo informações acerca das últimas publicações, que

participam de grandes pesquisas em associação com universidades estrangeiras e assim afirmam a escola como centro de pesquisa.

Os especialistas são tidos como aqueles não sabem ser médico de verdade. “Cadê o médico dentro do especialista? ”, pergunta jocosa que aparece nas visitas de enfermaria. Internos, aprendam isso – médico mesmo é o clínico.

O traje usual aqui é jaleco com manga arregaçada e estetoscópio no pescoço, pois aqui se trabalha. O professor vem trabalhar mesmo adoecido, assim espera-se que o estudante aja da mesma forma.

Os médicos que desempenham atividades de divulgadores de pesquisas para grandes laboratórios farmacêuticos, assim como os que trabalham com medicina estética, são tidos como “maus médicos”.

Os cirurgiões plásticos estão contribuindo para reforçar o mito da juventude eterna, retirando o direito de envelhecer com dignidade! Algum de vocês internos, vai se bandear para cirurgia plástica estética? Cuidado para não se tornarem vendedores de ilusão (professora de clínica)

O que nos chama atenção nessas falas é que tanto nas imagens que constroem a figura do bom e do mau médico, ele é sempre uma pessoa que incide sobre uma realidade interferindo, mudando destinos. Não um sujeito que auxilia, alivia ou consola. O cuidar, como agir compartilhado e interativo com o outro (Ayres, 2005, 2009), tem pouco apelo.

O que me preocupa é que o médico, atualmente, trata do doente mais para sua própria satisfação. Eu fiz o diagnóstico, eu tratei... o meu ego ficou cheio! Ele não se identifica como cuidador, tem até aversão a essa postura. (Professor de clínica)

Em contraponto a essas observações e interpretações, no discurso narrado, os professores afirmaram que a condição de cuidador é a própria experiência de ser médico. Em suas narrativas, o bom médico e o que sólida formação biomédica e humanista:

O bom médico é um cara... é uma frase que está na introdução da 14ª edição do Harrison's International Medicine desde a sua 1ª edição “[...] Pacto, simpatia e compreensão são qualidades esperadas do médico, dado que o paciente não é uma mera coleção de sintomas, sinais, funções desarranjadas e emoções perturbadas. O paciente é um ser humano com medos e esperanças, procurando alívio, ajuda e tranquilização [...]” e veja, esse livro é o preconizado por todas as escolas médicas do Ocidente. Não é bonito? Isso é o médico... (professor de clínica E5)

Na visão desses professores, ser médico é atender pacientes no sentido mais amplo da relação médico-paciente, cerne da atuação médica:

Então, uma das minhas grandes paixões é atender doente. Apesar de cansar, dá prazer. Médico é quem cuida e para cuidar você tem olhar no olho do paciente e entender o que ele está sentindo, o que ele está passando, para você tentar ajudar. Hipócrates falava que você tinha que sentir a alma do doente. (Professor de clínica E6)

Na Clínica Cirúrgica, o médico idealizado está bem mais próximo do vivido. É o médico bem-sucedido nos moldes do que, nesse meio, se considera sucesso: tem consultório particular com clientela socioeconomicamente importante, trabalha em grandes hospitais privados e no Hospital de Ensino, ganha dinheiro suficiente para uma vida confortável, e tem destaque entre os demais médicos.

O cirurgião é um médico que sabe o que fazer e, antes de tudo, faz alguma coisa. Fazer é o verbo mais recorrente nessa estrutura pensante. Um professor diz: “Como tudo na vida, a questão é sempre risco, custo, benefício. O que vamos fazer então?”

Corroborando a “cultura do fazer”, em sua narrativa traz que o bom cirurgião poderia ser alguém com qualidades menos combativas e mais humildes:

A generosidade é fundamental, a paciência, a disponibilidade, o conhecimento, e talvez um pouco de humildade... A gente erra. Eu, tenho medo. O aluno chega para mim e diz: “Eu adoro cirurgia, mas eu não vou fazer porque morro de medo de fazer alguma bobagem com o doente”. E eu respondi que 45 anos depois de formado ainda tenho medo de fazer bobagem com o doente. É por isso que acho que você deve fazer cirurgia, porque você tem medo, o dia em que você não tiver mais esse medo, você está proibido de operar. A gente tem que ter esses medos (professor de clínica cirúrgica E1)

Outro conflito entre a condição ideal de ser médico e a situação real, elencada por um professor de cirurgia, seria a pressão tecnológica como elemento axial da prática médica, deslocando os aspectos interativos da profissão para um lugar periférico:

Veja bem, tem uma visão ideal de ser médico e tem a visão real. Eu acho a visão ideal do médico, e de muitos que buscam a Medicina inicialmente, é aquela do médico como detentor de um conhecimento para ajudar, amparar momentos difíceis, para resolver problemas quando uma pessoa está mal em vários aspectos do seu viver. Agora, tem o lado prático, que atualmente vejo com muita preocupação. A Medicina tem se tornado um bem de consumo dentro de uma economia de mercado que leva ao enfraquecimento do lado humano da Medicina. Até para os nossos alunos que estamos formando médicos, eu me preocupo, porque cada vez mais a gente assiste à exposição de situações de trabalho que valoriza menos a relação médico-paciente e mais os aspectos tecnológicos. (Professor de cirurgia E3)

Na Urgência e Emergência médico idealizado está bem distante do vivido. O médico-socorrista é o médico

do primeiro contato em situações limites, e de sua conduta, do seu fazer, vai depender o prognóstico, muitas vezes a vida de uma pessoa.

Tem relevância comentar que no Brasil, a urgência e emergência só se constituiu como uma especialidade médica no de 2013, momento no qual estava se reordenando os serviços de saúde na ótica da sua função formadora de profissionais de saúde, especialmente os médicos. Até então, os médicos-socorristas eram médicos clínico com habilidades para procedimentos invasivos. Com a regulamentação das Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014), foi incluída a obrigatoriedade da inserção dos Internos nos serviços de urgência e emergência.

A despeito da sua importância, não eram/são reconhecidos como valorosos dentre a classe médica, menos ainda pela academia. A maioria dos médicos-socorrista tem atividade exclusivamente no âmbito hospitalar, poucos mantêm atividade em consultório particular atuando como clínico.

Uma característica da atividade médica em urgência e emergência é a brevidade do encontro clínico, que muitas vezes não se configura como tal, posto que, muitas das vezes, o paciente não está em condições de estabelecer nenhum diálogo. Esse aspecto foi enfatizado na narrativa do professor de urgência e emergência:

Eu gosto muito de trabalhar com urgência e emergência, é gratificante receber uma pessoa em situação crítica de saúde e conseguir restabelecê-la. Na nossa atividade a relação médico-paciente não se estabelece como nas demais especialidades. Se estabelece muito mais com os familiares. Não é raro que passado alguns meses, a pessoa que atendemos retorne para nos agradecer, isso é muito bom. (Professor de urgência e emergência E7)

Entre os médicos-socorristas, ser médico é uma experiência de confronto com a morte:

A morte é o maior desafio que o socorrista tem. Nunca me acostumei com ela (em termos médicos, não em termos filosóficos, como uma sequência natural da vida), em termos médicos nunca aceitei a morte, e também nunca criei cicatriz psicológica. Eu sofro com cada paciente que venha a falecer. Isso eu não aprendi a superar. (Professor de urgência e emergência E7)

Entre os estudantes percebemos que as ideias sobre o que seria o bom médico oscilam entre o que constituiria o médico ideal em contraposição a um ideal de médico mais realista menos fantástico. Questão não resolvida, principalmente levando em conta que o eu idealizado está mais próximo do desejo inicial que moveu suas escolhas à profissão médica. O eu-médico idealizado seria aquele que salva, que seria ou faria grande diferença na sociedade e teria notoriedade por isso. Visão romântica que vai se esvaindo ao longo da formação, quando o estudante começa a pensar em sua qualidade de vida (elemento que não apareceu nas narrativas dos professores quando se referiam à sua época de estudante).

Na narrativa de uma estudante do 6º ano:

Eu tinha uma visão mais romântica de ser médico, essa coisa de bombeiros: “Eu vou salvar vidas”. Mas depois, acho que quando você entra na faculdade, entende como uma profissão. Tem época em que acho que quero trabalhar em horário comercial e ter uma vida razoavelmente estável. Assim, eu não queria me comprometer muito com a profissão. Porque acho que a Medicina te exige isso. Tem que tomar essa decisão do quanto você quer se comprometer com a profissão, e com as pessoas que você vai atender com seu conhecimento. E isso mudou muito durante a faculdade. (Estudante do 6º ano N7)

Os estudantes comentaram acerca do custo emocional da Medicina e suas consequências na vida do estudante e do médico:

Eu acho que, às vezes, como médico, você começa a ficar meio cruel, na medida em que você fica mais duro em algumas situações que você tem que ser mais frio, manter uma certa distância. Toda hora você está o limite da vida, no limite da dor, do sofrimento, das perguntas. Quantas vezes você é questionado sobre uma coisa que não sabe? Eu lembro de um paciente que acompanhei com uma doença neurológica rara, ele me perguntava: eu vou voltar a andar? Quem vai responder isso se não sabemos? Então eu vim com uma ideia do que era Medicina que na verdade não correspondeu muito à realidade. (Estudante do 6º ano N3)

Ou mesmo levar ao adoecimento, como na fala do estudante do sexto ano que acompanhou o colega ao ambulatório de psiquiatria:

Depressão e ansiedade. Isso mesmo. Ele se identificou com uma situação que ele não conseguia lidar e precisou de um apoio para continuar. Tudo bem, isso acontece muito na faculdade de medicina (estudante do 6º ano N6)

O outro coisificado

O outro fica na condição de coisa quando ele nele não se reconhece vontade e desejo próprios. Na relação que apenas um dos envolvidos atua como sujeito, prevalecendo apenas a sua subjetividade em desconsideração à do outro, ainda que com as melhores intenções, criam-se problemas éticos.

Se na Clínica, a delicada sustentação da subjetividade do outro aparece na dificuldade em se administrar desejos diferentes entre médicos e pacientes, na Cirurgia ela desaparece com a coisificação dos sujeitos.

No modelo de ensino que nos retorna às telas do século XIX, o grupo de alunos e seu mestre em voltado leito discutem o caso (ou seja, a doença, que também é parte da história de vida do paciente) de uma maneira que transforma o doente em objeto de estudo e intervenção.

O uso do paciente como objeto de estudo é apontado por um professor de Clínica como um antigo e ainda atual problema no ensino médico:

De onde vem? Da antiga cátedra. É uma cultura medieval. Quer dizer, o paciente é objeto do ensino, e literalmente esta afirmação: é o objeto do estudo, mas objeto, coisa. Portanto. Aí pouco importa o paciente, importa o que eu posso tirar do meu ensino com ele. Isso ainda hoje é real (Professor de Clínica E6)

A linguagem também revela a redução da posição de sujeito dos pacientes. A expressão “dono do paciente”, por exemplo, é bastante utilizada em substituição à “responsável”, que seria o termo da linguagem que melhor evidenciaria a relação médico-paciente, e não a “posse” do outro. Redução que chega até mesmo à matéria orgânica: durante reunião de estudo, a médica cirurgiã, contando sobre uma cirurgia, disse que tirou vários “nacos” e mandou para exame anátomo-patológico. Um outro colega fez a correção: “fragmentos cirúrgicos do paciente”. A linguagem espelha o caráter grotesco e agressivo dos atos e a anulação do doente pela doença. A pergunta que fica é se tais médico sempre foram pessoas dura, ou endureceram no contato massacrante com a realidade dos males e sofrimento durante a formação, ou foi o modelo educacional que moldou esse comportamento, ou ainda todas as alternativas em conjunto?

O estudante também é o outro coisificado quando colocado no lugar de quem não sabe e deve fazer da forma que o professor mandar. Ainda que durante o internato o estudante tenha mais autonomia sobre o seu aprendizado, observamos que nas discussões ele é passivo e acaba funcionando como aquele que permite ao professor espaço para exibir o seu saber.

Para os alunos, a coisificação das pessoas seria uma experiência constrangedora que compromete o aprendizado, como relata um estudante do 6º ano.

Desde o início da faculdade, somando todos os cenários do curso, a ginecologia foi a pior experiência. Tem professor que não tem nenhum pudor, deixa a paciente constrangida, daí você fica constrangido. A paciente está constrangida ali. Cinco “moleques” tocando uma paciente e discutindo na frente dela. ‘Complicado, não é fácil, tenha certeza disso. (Estudante do 6º ano N3)

Da nossa observação entre as narrativas de professores das duas escolas, não se percebe diferenças, fazendo crer que as mudanças propostas no Projeto Pedagógico do Curso não foram suficientes para oportunizar relações humanísticas quer com os estudantes, quer com os pacientes. No tocante aos estudantes, pode-se perceber que as narrativas que desvelavam incômodos com as relações não éticas, principalmente com os pacientes, foram trazidas por estudantes da FAMED/UNIFESO, o que nos permite inferir: (i) que o processamento de situações - problemas construídas a partir de recorte da realidade, considerando a pessoa adoecida e não sua doença, que acontece durante os quatro anos iniciais do curso; (ii) que a inserção dos estudantes nos serviços de saúde, desde o início do curso levando ao reconhecimento dos determinantes sociais em saúde, oportunizaram a construção de uma atitude mais reflexiva quanto ao fazer médico.

(ii) A Tecnologia

A abordagem biomédica

O modelo biomédico se apresenta como um conjunto de conceitos e práticas que aborda o processo saúde-doença predominantemente com base nas ciências biológicas (Bonet, 1996), de maneira que pouco apreende as dimensões humanísticas (sociais, psicológicas, históricas) das pessoas em seu adoecimento e respectivo tratamento.

Nos diferentes cenários de ensino observados, pudemos perceber na prática clínica o exercício do modelo biomédico na atenção à saúde e circunstâncias em que revela suas “insuficiências”, que em realidade, se apresentam como limites da prática médica atual, quais sejam, os limites das transformações que este saber pode operar, em razão do tipo de aproximação praticada relativamente aos adoecimentos, científicas e tecnicamente.

Na nossa percepção, algumas características do modelo biomédico presente no ato médico cotidiano destacam-se devido aos efeitos que determinam nas tessituras da intersubjetividade:

Visão centrada na doença

A prática clínica e o ensino médico aparecem fortemente voltados à visão centrada na doença ou na sua investigação. A elaboração do raciocínio faz-se focado na conjugação dos dados biomédicos (clínico e laboratoriais) que vão compor um constructo de doença que se apresenta como uma “entidade” quase “independente do doente”.

Fragmentação

O saber médico, construído através de recortes e aprofundamento conexo à especialização, tornou-se complexo e fragmentado. Perdeu-se o todo, o todo que é o identitário de um sujeito.

Linguagem dessensibilizada

O discurso médico é outra característica do modelo biomédico, mais do que uma forma específica de linguagem que identifica e segrega um grupo específico, retira da comunicação termos que na linguagem evocariam emoções, imagens, coloridos vivenciais, agindo como um escudo contra aproximações do viver e sentir comum.

Alienação

A tecnologia fascina médicos e pacientes, partícipes de um mesmo mundo no qual a tecnologia define estilos do viver. Associados à voracidade consumista e aos excessos que esse modo de funcionamento social determina, a prática médica se tornaria ela mesma, um efeito colateral da Medicina tecnológica:

Hoje em dia tem doente que chega e não aceita a ideia de que um diagnóstico pode ser feito sem lançar mão de exames. O complexo medico-industrial-midriático faz a cabeça das pessoas no sentido de: consoma Medicina, Medicina é bom. A Medicina, hoje, está recheada das tecnologias e cada região do corpo pode ser invadida, devassada. Todos os problemas podem ser detectados precocemente e você vai poder se livrar de todos eles. Isso é martelado, dia e noite, pelos meios de comunicação de massa. Se pede um exame desnecessário, aí surge uma imagem suspeita. Como as relações de confiança são frágeis, finda-se por intervir cirurgicamente e alcançar a imagem, que como esperado, não justificava o ato cirúrgico.

(iii) Cuidado

A cultura da sociedade e a subjetividade das pessoas são frutos das interações humanas em processos comunicacionais. Autores da Filosofia e, por caminhos bastante diferentes, autores da Psicanálise constroem seu pensamento analítico na ideia de que a subjetividade se origina e se sustenta na relação com o outro, ainda que, para filósofos e psicanalistas, “sujeito” e “outro” denominem constructos que não são exatamente os mesmos.

Levinas (2009), em seus estudos sobre a alteridade, afirma que a dissemetria fundamental entre o eu e o outro é vivida de forma tensa, invasiva, mas é a condição para a subjetividade. Considera a subjetividade um produto ético que se constitui não para si, mas para o outro.

Haberman (1985) também apoiado na ética coloca a linguagem em lugar especial na experiência intersubjetiva, pois, para que haja interação, é preciso haver um mundo simbólico compartilhável, no qual ocorra não somente a transmissão de informações técnicas, mas a troca de representações entre os que se encontram.

Para Haberman(1985), na Modernidade haveria o predomínio da racionalidade instrumental – ruptura na dimensão ética das interações que, no extremo, produz a coisificação e midiaticização dos indivíduos. Refletidas na cultura médica, Schraiber (2008) e Ayres (2004) denotam essas características em concepções terapêuticas que consideram apenas o tratamento orgânico, em relações médico-pacientes em que o encontro clínico pareceria mais um “desencontro” que uma interação.

As narrativas do professor de Clínica e do professor de urgência e emergência retratam esse “desencontro” e deixam transparecer como também impacta na formação médica:

Outro dia atendi um rapaz que é trabalhador rural, o cara todo o dia vai trabalhar andando 5 quilômetros e volta andando 5 quilômetros, aí ele foi a um colega médico especialista que lhe disse: o senhor precisa fazer mais exercício, caminhar pelo menos 1 hora por dia. Quer dizer, desconhecer o outro que está do outro lado, é não o escutar. (Professor de Clínica E6).

Aqui não temos falta de insumos, mas não temos leitos suficientes, então não conseguimos resolutividade. Os pacientes ficam aguardando vaga, o que acaba lotando o serviço. Os estudantes, no primeiro momento se assustam, mas logo entram na rotina. As relações aqui são curtas, não se estabelece vínculos, e eu própria me defendo, não me envolvo muito. (Professora de urgência e emergência E7)

A humanização das práticas de saúde (Ayres, 2006), pela proposta do cuidar, colocaria em primeiro plano a dimensão ética na relação terapêutica, por meio de ações comunicacionais que permitem o surgimento de vínculos de confiança e o entendimento sobre a saúde segundo a realidade e os anseios de cada paciente, em projetos terapêuticos singulares.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Humanização da Formação Médica um Caminho para a Humanização da Medicina

A formação médica como discorremos ao longo dos capítulos anteriores, tem se mostrado um processo complexo, muitas vezes adocedor para o estudante, assim como para o preceptor, no qual é descrito um embrutecimento do estudante ao longo de sua formação, como também do preceptor ao longo de sua prática profissional, sendo isso, provavelmente, um componente de defesa ante às adversidades encontradas nesse percurso.

O conceito de humanização tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso, devendo considerar-se que também a formação médica - que se concretiza de fato e em ato nesses serviços-, é parte dessas práticas.

A humanização, como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re) construindo não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que se entende ser a Boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la (Ayres, 2004). Quanto mais formos capazes de identificar e trabalhar esses aspectos, tanto mais seremos capazes de reconstruí-los.

Toda a experiência sensível do mundo, partilhada ou não, que exprima uma subjetividade ou uma sensibilidade partilhada, coletiva, deve se oferecer à leitura enquanto fonte, deve se objetivar em um registro que permita a apreensão dos seus significados. Pensar nas sensibilidades é, pois, não apenas mergulhar no estudo do indivíduo e da subjetividade, das trajetórias de vida, enfim. É também lidar com a vida privada e com todas as

suas nuances e formas de exteriorizar – ou esconder – os sentimentos.

No contexto da formação médica e do trabalho médico, lidamos com o outro que tem sua história de vida e de adoecimento imbricadas, o estudante e o médico no seu fazer médico, precisam aproximar-se desse outro e dele conhecer essa história, e nesse momento são historiadores, que precisam registrar e interpretar essa história, para a partir de então articular o cuidado em saúde. Então, ao invés da medicina baseada em evidências, talvez trabalhar com a medicina baseada em narrativa, possa ser um trilhar para a construção da humanização na formação médica.

Medicina Baseada em Narrativa

Contar história é narrar uma história? E a narrativa histórica, é igual a contar uma história? E ouvir uma história clínica é narrar uma história? O que todas têm em comum, é que foi necessária a memória. “O que é contar uma história?” e “o que é contar a história?”.

A evidência de que a nossa cultura produz inúmeras definições do ato de narrar, transformando-o em gêneros plurais, fez com que se produzisse também uma dicotomia básica entre os textos: de um lado, as narrativas que têm pretensão à verdade (o discurso da ciência e do Jornalismo, por exemplo) e de outro, as narrativas ficcionais, sejam as que utilizam a linguagem escrita (literatura), sejam as que utilizam a imagem (filmes, fotografia, telenovelas).

Paul Ricoeur (1983) em *Temps et récit* (Tempo e Narrativa) se coloca contra esta “classificação sem fim”, construindo sua hipótese: a existência de uma unidade entre os múltiplos modos e gêneros narrativos. Para isso parte do pressuposto de que o caráter temporal é o comum da experiência humana. “Tudo o que se narra acontece no tempo, desenvolve-se temporalmente; e o que se desenvolve no tempo pode ser contado.” (RICOEUR, 1994). Destaca as proximidades entre a temporalidade da **historiografia** e aquela do **discurso literário**. Pode ser encontrada aí a vontade de Ricoeur de ligar a reflexão **filosófica** sobre a natureza da **narrativa** com a perspectiva **linguística e poética**. (RICOEUR, 1995, 1988, 2012).

Para ele, só se pode reconhecer o processo temporal porque é narrado. E ao tratar da qualidade temporal da experiência como referência comum da história e da ficção, o que o autor está fazendo é constituir, em um único problema, ficção, história e tempo.

Em sua obra tem destaque, na questão da narrativa, uma discussão sobre o que ele chama “fenomenologia do tempo”. Para ele, existe uma dicotomia fundamental entre as duas perspectivas principais do conceito de tempo: a primeira baseada na cosmologia, e a segunda, na experiência humana. Essas concepções na experiência humana não são excludentes, mas complementares: trata-se da significação de viver o tempo.¹⁹²

Ricoeur na obra *La mémoire, l'histoire, l'oubli* (A memória, a história, o esquecimento, 2000) fomenta a

discussão sobre a **memória** e a memória cultural. Sua grande pergunta é: Afinal o que devemos lembrar? O que devemos esquecer? Responde como sendo o perdão social, a única saída para se conseguir viver (RICOEUR, 2000).

Permito-me uma livre associação com a prática profissional médica. Considerando a anamnese médica ou história clínica, inúmeras são as vezes que o narrador - o paciente-, não quer lembrar de um fato ou situação por ele vivenciada, porque lembrar lhe causaria dor. E em algumas situações, é esta lembrança escondida a responsável pelo seu adoecimento – somente o perdão poderia restabelecer sua harmonia.

Em Budapeste (2003) numa conferência internacional intitulada “Haunting Memories? History in Europe after Authoritarianism”, Ricoeur (2003) profere a conferência “Memory, history, oblivion” (Memória, história, esquecimento) e diferente do seu livro, ele propõe um deslocamento de ponto de vista no que diz respeito à relação entre memória e história.

Se a tratarmos de um modo não linear, mas circular, a memória pode aparecer duas vezes ao longo da nossa análise: antes como matriz da história, se nos colocarmos no ponto de vista da escrita da história, depois como canal da reapropriação do passado histórico tal como nos é narrado pelos relatos históricos. Mas esta modificação do ponto de vista não implica que abandonemos a descrição fenomenológica da memória em si, seja qual for a sua ligação com a história. [RICOEUR, 2003]

Narrative Based Medicine ou como preferem os autores britânicos *Narrative Medicine*, concebida, entre outros, por Rita Charon no final dos anos 90 do século passado, é uma metodologia que defende que a prática médica centrada no doente deve incluir a competência de interpretar “stories of illness” a fim de melhor atender à experiência pessoal da doença (CHARON, 2004).

Sustentada nos trabalhos de Paul Ricoeur, que evidenciou as raízes narrativas da construção da identidade, a Narrative-Based Medicine reconhece a natureza intersubjetiva da relação terapêutica e reclama a relevância do conhecimento narrativo para o diagnóstico, o processo terapêutico, a educação de doentes e profissionais de saúde e a investigação (RICOEUR, 2007; CHARON, 2004).

Em termos conceituais, a narrativa pode também ser entendida em sua intrínseca ligação com a existência humana, pois a racionalidade humana, em sua essência, está envolvida em uma estrutura narrativa (BURY, 2001). Como um elemento da realidade humana, a narrativa tem, por característica essencial, ser um guia, destacadamente sensível, à fluida e variável condição humana.

As palavras e enunciações são consideradas por Mikhail Bakhtin (2004) como elementos centrais das narrativas e responsáveis pela produção de significados pelos sujeitos. O papel da palavra é compreendido como o de um fenômeno ideológico por excelência e capaz de representar a forma mais pura e sensível do

estabelecimento da relação social. A palavra, assim, é fruto dos próprios meios do organismo individual e do consenso existente entre os indivíduos (BAKHTIN, 2004).

Entretanto, diante de um adoecimento, o sujeito que o está vivenciando, muitas vezes não sabe interpretar em palavras o que realmente está-lhe acontecendo. O encontro com o médico, ao qual vai procurar para amenização das suas queixas ou dores, é um momento também de incertezas, não há garantias que será compreendido ou se será capaz de expor seu sentimento. O paciente se expressa pela linguagem, sendo a metáfora uma figura inerente à linguagem. É por meio da metáfora que podemos dizer isto ou aquilo sobre as coisas; que utilizamos de sentimentos para associar diferenças possíveis entre as palavras. Não que a metáfora explique o que se diz, não. A ferramenta metafórica produz significado ao que é dito, furtando-se da necessidade de explicação. É isso, metáfora como ferramenta de significado e não como arsenal de interpretação, “[...] uma maneira de dizer que não enclausura aquilo que entende descrever” (MAFFESOLI, 1998).

Ouvir e contar histórias, reconhecer sinais e sintomas, enxergar além das aparências, fazer perguntas e entender o significado de tudo o que foi recolhido no encontro com o paciente são ações do cotidiano do médico. Por isso, o estudo das narrativas e o desenvolvimento de sujeitos com essa competência são atividades centrais no ensino médico e, em última instância, na assistência à saúde da população.

Rita Charon (2004) alerta que a relação entre médicos, pacientes e seus familiares envolve a necessidade do desenvolvimento da competência narrativa. A narrativa, segundo ela, é central à compreensão e ao manejo das doenças, dado que estas possuem uma evolução temporal característica, complexas misturas de contingência e causalidade, semelhanças e diferenças em relação a outras enfermidades, uma herança sociocultural discursiva que as situa e um conjunto de metáforas que as explicam.

Apesar da percepção de que a narrativa possa contribuir para a prática clínica – ao criar condições que facilitarão ao médico compreender o significado e fazer um julgamento mais ampliado das circunstâncias e situações de adoecimento das pessoas – ainda não está claro, nas discussões sobre o tema, o modo como operar esta integração entre a narrativa do adoecimento, a clínica, a tecnociência e os contextos e modelos assistenciais (FAVORETO, 2011).

A MBN atualmente tem sido praticada em países como os EUA, o Canadá e o Reino Unido. Em Portugal foi introduzida nos anos 2005. No Brasil, até o momento, não encontramos notícias da sua utilização, como prática profissional. Está sendo trabalhada experimentalmente na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- SP.

Esta investigação evidenciou que três questões principais são postas na formação médica – a construção do currículo médico que possa dar conta dessa formação; a compreensão do que seja a profissão médica e o constructo esperado para exercê-la; e as Políticas Públicas de Saúde, envolvendo a organização dos serviços púb

licos de saúde. Essas questões precisam estar imbricadas de forma que o currículo do curso propicie e ampare a formação para a profissão médica.

Entretanto, o que observamos ao longo da nossa prática enquanto médico na assistência e professor do curso de medicina, e mais das falas de professores, preceptores e estudantes é que há um distanciamento real:

- (i) Da vivência no mundo do trabalho e o proposto no currículo prescritivo;
- (ii) Do definido como sendo o perfil do egresso e o perfil do médico que recebe os estudantes nos espaços reais da prática participando, mesmo que sem a consciência de ambos, da formação da identidade profissional desse futuro médico;
- (iii) Do proposto nas políticas públicas de saúde (CF, SUS, Lei Mais Médico) e as reais condições da formação e do trabalho médico.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, Andrew. The order of professionalization: an empirical analysis. *Work and occupations*. **Work Occupation**, Nova York US, v.18, n.4, p. 355-384, 01 nov. 1991.

AGUIAR, Adriana Cavalcanti. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? **Interface. Comunic. Saúde. Educação**, v.5, n. 8, fev. 2001.

ALEXANDER, Robert. Por uma pedagogia comparada. In: COWEN, R.; KAZAMIAS, A.; ULTERHALTER.

Educação comparada panorama internacional e perspectivas. Brasília: UNESCO; MEC.CAPES, 2012. 2v. p 331-352.

ALMEIDA, Márcio José. Tecnologia e medicina: uma visão da Academia. **Bioétic.** Brasília, v. 8, n.1, 2000.

ALMEIDA, Cybele Crossetti de. Do mosteiro à universidade: considerações sobre uma história social da medicina na Idade Média. In: ENCONTRO ESTADUAL DE ESTUDOS MEDIEVAIS. I, 2009, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre. 2009; **Estudos Medievais - ANPUH/RS**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, 2009. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/aedos/article/view/9830/5643>>. Acesso em 12 abril 2015

ALMEIDA-FILHO Naomar et.al. Formação médica na UFSB: I. bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 38, n. 3, p. 337 – 348, 2014.

ALMEIDA-FILHO Naomar. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez, 2010.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos de Estado.** 6.ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1992.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil.** 2007. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Passate. **Processos de ensinagem na universidade:** pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: Editora UNIVILLE, 2003.

APPLE, Michael. **Ideologia e currículo.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1982.

Apuntes sobre historia de la medicina. Medicina medieval. In: **Escuela.med.puc.cl**, Chile, 2015. Disponível em: escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/historiamedicina/HistMed_07.html. Captado em: jul.2015.

AQUINO, Laura Alves et. al. Ordenando no tempo e no espaço: epistemologia narrativa, semiologia e raciocínio clínico. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 100-108, 2012. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6801>>. Acesso em 12 abril 2015.

ARAUJO, Inês Lacerda. Foucault, um arqueogenealogista do saber, do poder e da ética. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC, n.35, p 37-55, abr. 2004.

ARENDDT, Hannah. **A dignidade da política.** Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1993.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

ASSUNÇÃO, Luciana Farrapeira e col. Relação médico-paciente permeando o currículo na ótica do estudante, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v.3, n.3,2008.

AUGÉ, Marc. **Não lugares:** introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Editora Papiрус, 2005.

AUSUBEL, D. P. **Algunos aspectos psicológicos de la estructura del conocimiento.** Buenos Aires: El Ate

neo, 1973.

AUSUBEL, D.P.; NOVAK, J.; HANESIAN, H. **Psicologia educacional**. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.549-560, 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n. 3, p. 16-29, 2004.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface Comunicação. Saúde. Educ.**, São Paulo, v.3, n.2, 2000.

AZEVEDO, Valderilio Feijó. **Uma breve história da arte na formação de médicos**, 2015. www.crmpr.org.br. Acesso em 15 agosto 2016.

BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 11.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARREIRO, Eliezer. Sobre a química dos remédios, dos fármacos e dos medicamentos. **Quím. Nova Esc.**, São Paulo, n. 3, maio 2001. Disponível em <www.sbjq.org.br/online/cadernos/03/remédios.pdf>. Acesso em 01 maio 2016.

BARROW, Howard. Problem-based learning in medicine and beyond: a brief overview. In: **Bringing Problem-based Learning to Higher Education**. Jossey-Bass: San Francisco, 1996. p 3-12.

BELEI, Renata Aparecida; GIMENIZ-PASCHOAL, Sandra Regina; NASCIMENTO, Ednalva Neves. História curricular dos cursos de graduação da área da saúde. **Revista História da Educação – RHE**, Pelotas, v. 12, n. 24, p. 101-120, jan. /abr. 2008.

BELL, Daniel. **Vers la Société Post-industrielle**. Paris: R. Laffond, 1976.

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de; GARCIA, Deborah; BLASCO, Pablo Gonzalez. Era uma vez... Narrativas em medicina. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, Porto, v.3, n. 1, 2010.

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de; GARCIA, Deborah; BLASCO, Pablo Gonzalez. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: o que elas nos revelam? **RBM rev. bras. med.**, São Paulo, v.70, n. 3, p.11 – 17, out.2013.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.2, n.2, 1998.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan. /jun.2011.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. Aspectos da pesquisa qualitativa efetuada em uma abordagem fenomenológica. In: BICUDO, M. A. (Org.). **Pesquisa qualitativa segundo uma visão fenomenológica**. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

BLOOM, Benjamin et al. **Taxonomy of educational objectives: handbook I: Cognitive domain**. New York: David Mc Kay, Inc., 1956.

BOSCHETTI, Ivanete. O futuro das políticas sociais no governo Lula. **Rev. Katál**. Florianópolis v. 10 n. 1 p. 13-14 jan./jun. 2007.

BONET, Octavio Andres Ramon. **Saber y sentir - una etnografia del aprendizaje dela biomedicina**. 1996. Tese (Doutorado) - Faculdade de Biomedicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

BONETI, Lindomar Wessler. **Políticas Públicas por dentro**. Ijuí: Editora Unijui, 2006.

BORDENAVE, Juan Diaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

BORGES, T.S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista - Sociedade, Educação, Gestão e Sustentabilidade**, Salvador, BA. v. 03, n. 04, p. 119-143, 2014.

BOSI, Ecléa. **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Ed. Bertran Brasil, 1989.

BOURDIEU, P.; PASSERON, Jean-Claude. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BRANDÃO, Helena Hatshue Nagamine. **Introdução à análise do discurso**. São Paulo: Editora UNICAMP, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/ CES N°. 4, Brasília, 7 de novembro, 1-6, 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38

BRASIL. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/ CES N°. 116/ 2014, Brasília, 5 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional no 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei N° 12.842, de 10 de julho de 2013, dispõe sobre o exercício da Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde Departamento de Normas Técnicas Coordenação-Geral de Normas Coordenação de Rede Física, Equipamentos e Materiais Médico-Hospitalares Serviço de Rede Física Coordenação de Planejamento. **Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promed-Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. **Diário Oficial da União** n. 9, Brasília 14 de janeiro de 2008, Seção 1, pg. 37.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 dez. 1996.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jun. 2013.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 out. 2013.

BRIAND, Cuesta. et al. A world of difference: a qualitative study of medical students views on professionalism and the ‘good doctor’. **BMC Medical Education**, Bethesda MD, USA, v.14, n.77, 2014.

BRUER, John. Points of View: On the Implications of Neuroscience Research for Science Teaching and Learning: Are There Any? **CBE—Life Sciences Education**, Bethesda, MD, USA, v.5, 104–110, summer 2006.

BURY, Mike. Illness narrative: fact or fiction? **Sociol. Health Illness**, Wales, UK, v.23, n.3, p.263-85, 2001.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007.

BUYRUK, Hamilton. “Professionalization” or “Proletarianization”: Which Concept Defines. **Procedia social and Behavioral Sciences**, 116, 17091714. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.01.460.

CABRAL, Célia; PEREIRA, Luiz Antônio Santos (Org.) **Formação docente e práticas inovadoras**. Teresópolis-RJ: Editora TereArt, 2016.

CALADO, Alberto. As Damas de Salerno. **Consciência Net**, dez. 2009. Disponível em:

<<http://consciencia.net/as-damas-de-salerno>>. Acesso em 13 março 2015.

CAMBI, Franco. **História da pedagogia**. São Paulo: Editora UNESP, 1999.

CAMPOS, Rosana T. Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS Gasta Wagner de Sousa. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CAMPOS, Rosana T. Onocko. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais e Saúde no ensino médico. In: CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CANGUILHEM Georges. **O normal e o patológico**. 5.ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2006.

CARDOSO, Anna. O Lugar da Medicina na Revolução Científica. **Revista Portuguesa de Filosofia**, Portugal, v.66, n.1, 2010.

CAVALCANTE, Maria Juraci Maia. **História educacional de Portugal: discurso, cronologia e comparação**. Fortaleza: Edições UFC, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, 2004.

CERQUEIRA GOMES, Maria Paula. et al. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde – avaliação dos estudantes. **Ciência & Educação**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 181-198, 2010.

CHARLOT, Bernard. A pesquisa educacional entre conhecimentos, políticas e práticas: especificidades e desafios de uma área de saber. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 31, jan. /abr. 2006.

CHARON, Rita. Narrative and medicine. **N Engl J Med**, v. 350, n.9, p.862-4, 2004.

COLL, Cesar Salvador. **Psicologia e currículo**. 3.ed. São Paulo: Editora Ática, 1998.

COLOMBO, Andrea Aparecida. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul. /dez. 2007.

COMPÊNDIO de obras de medicina de Avenzoar e Averróis. Biblioteca Mundial Digital. Disponível em: <www.wdl.org/pt/item/10673> Acesso em 11 julho 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA **Os duzentos anos da medicina oficial no Brasil**, Brasília, 1999.

COSTA, Fabricio Donizete; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 261–269, 2010.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-

aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 780-788, mai. /jun. 2004.

D'AVILA, Regina Lopes. A codificação moral da medicina: avanços e desafios na formação dos médicos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 10, Supl. 2, p. S399-S408 dez, 2010.

DAVINI, Maria Cristina. Currículo integrado. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor**: área da saúde. Brasília: MS, 1994. p. 39-48.

DECETY, Jean; JACKSON, Philip L. A social-neuroscience perspective on empathy. **Curr Dir Psychol Sci**, v. 15, p. 54-8, 2006.

DECETY, Jean; JACKSON, Philip L. Behavioral and Cognitive. **Neuroscience Reviews** v.3, n. 2, p. 71-100, Jun. 2004.

DECETY, Jean. The Neurodevelopment of Empathy in Humans. **Rev Neurosci**. v.32, p. 257-267, 2010. Disponível em < <https://www.karger.com/Article/Pdf/317771>> Acesso em 13 abril 2015.

DESCARTES, René. **Meditações metafísicas**. LeLivros. Disponível em: <<http://lelivros.love/book/baixar-livro-meditacoes-metafisicas-rene-descartes-em-pdf-epub-e-mobi-ou-ler-online/>> Acesso em 27 maio 2017.

DIAS, José Pedro de Souza. **Homens e medicamentos**: uma introdução à história da farmácia, da farmacologia e da terapêutica. Parte I. O legado terapêutico da antiguidade. Do primeiro milênio a.C. ao século XVI. Disponível em: <<http://www.ff.ul.pt/~jpsdias/docs/Homens-e-medicamentos-parteI.pdf>> Acesso em 02 maio 2016.

DOLCI, P. C. Avançando na discussão teórica sobre a gestão do portfólio de TI e suas dimensões. **REGE**, São Paulo – SP, Brasil, v. 21, n. 2, p. 283-301, abr./jun. 2014.

DONATELLI, Marisa Carneiro de Oliveira Franco. Os Excerpta anatomica de Descartes: anotações sobre a fisiologia e a terapêutica. **Scientiæ Studia Revista Latino-americana de Filosofia e História da Ciência**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 235-52, 2008.

DORIGON, Thaisa Camargo; ROMANOWSKI, Joana Paulin. A reflexão em Dewey e Schön. **Revista Intersaberes**, Curitiba, ano 3, n. 5, p. 8 - 22, jan. /jul. 2008.

DOURADO, Luiz Fernando. Reforma do Estado e as Políticas para a Educação Superior no Brasil nos anos 90. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 23, n. 80, p. 234-252, setembro/2002.

DRANE, James; PESSINI, Léo. **Bioética, medicina e tecnologia**: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Editora Loyola, 2003, p. 60- 64.

ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2010.

EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <<http://books.scielo.org.>>. Acesso em 22 fevereiro 2017.

ENGELS, Friedrich & MARX, Karl. **Manifesto do Partido Comunista** 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1990.

ENTRALGO, P.Lain. **Historia de la medicina**. Barcelona: Salvat editores, 1978.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FABBRI-DESTRO, M; Rizzolatti, L. Mirror Neurons and Mirror Systems in Monkeys and Humans. **Physiology** v.23, p.171–179, 2008.

FARIA, Carlo Aurélio Pimenta. Ideias, conhecimento e políticas públicas - um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v.18, n.51. Fev. 2003.

FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO JUNIOR, K.R. A narrativa como ferramenta para a prática clínica. **Interface – Comunicação. Saúde. Educ.**, São Paulo, v.15, n.37, p.473-83, abr./jun. 2011.

FERREIRA, Marieta de Moraes; FERNANDES, Tânia Maria Dias; ALBERTI, Verena (org.) **História oral: desafios para o século XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Casa de Oswaldo Cruz/ CPDOC - Fundação Getúlio Vargas, 2000.

FERREIRA, Luciana; JUCÁ, Gisafran Nazareno. A misericórdia portuguesa: assistência e educação. In: CAVALCANTE, Maria Juraci Maia; HOLANDA, Patrícia Helena Carvalho; LEITÃO, A.R.P.C.; QUEIROZ, Zuleide; ARAÚJO, J.E.C.J [org.] **História da educação comparada caminhos e mundos da história da educação**. Fortaleza: Edições UFC, 2014, p. 605- 618.

FERRY, Luc. **Famílias, amo vocês política e vida privada na época da globalização**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2008.

FEURWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 2, n.3, 1998.

FEURWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília**. São Paulo: Editora Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

FEURWERKER, Laura Camargo Macruz; SENA, Roseni R. A contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.6, n.10, p. 37-50, 2002.

FEYERABEND, Paul. **Contra o método**. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2011.

FIGUEIREDO, Luiz Claudio; SANTI, Pedro Luiz. **Psicologia uma (nova) introdução uma visão histórica da psicologia como ciência**. São Paulo: Editora PUCSP, 2007.

FIGUEIREDO, Luiz Claudio. **Matrizes do pensamento psicológico**. Petrópolis: Editora Vozes, 1991.

FLEXNER, Abraham. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4). Digitalized by the Internet Archive in 2007 with funding from Microsoft Corporation.

- FOUCAULT, Michael. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2001.
- FOUCAULT, Michael. **A hermenêutica do sujeito**. 3.ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.
- FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. 9.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990.
- FOUCAULT, Michael. **O nascimento da clínica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1980.
- FOUCAULT, Michael. **História da Sexualidade 3: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985.
- FRIAS, Ivan. **Doença do corpo, doença da alma: medicina e filosofia na Grécia clássica**. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio, 2010.
- FREIDSONS, E. **Profissão Médica - um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2004.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987.
- GADAMER, Hans-Georg. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e arte da medicina**. São Paulo: Edições 70, 1993.
- GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 15.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015. v. I.
- GADOTTI, Moacir. **História das ideias pedagógicas**. 8. ed. São Paulo: Editora Ática, 2001.
- GALBRAITH, J. K. **O novo estado industrial**. Lisboa: Editora Dom Quixote, 1973.
- GALLESE, V. The Roots of Empathy: The Shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. **Psychopathology**, v.63, p. 171-180, 2003.
- GAUTHIER, Clermont. O século XVII e o nascimento da pedagogia. In: GAUTHIER, Clermont; TARDIF, Maurice. (org.). **A pedagogia: teorias e práticas da antiguidade aos nossos dias**. 3.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.
- GEERTZ, Clifford. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 12 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.
- GEERTZ, Clifford. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1989.
- GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2002.
- GIROUX, Henry. **Teoria crítica e resistência em educação**. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.
- GODOY Daniele Cristina; CYRINO, Eliana Goldfarb. **O estetoscópio e o caderno: narrativas da vivência clínica de estudantes de medicina**. São Paulo: Editora Cultura Acadêmica, 2013.

GOMES, Andréa Patrícia e col. A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v.32, n.1, p. 105 – 111, 2008.

GOMES, Andréa Patrícia; REGO, Sérgio. Transformação da Educação Médica: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 35, n.4, p. 557 – 566, 2011.

GOMES, Romeu. et.al. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v.33, n.3, p.444 – 451, 2009.

GOMES, A. C. C.; VIEIRA, L. A. O currículo como instrumento central do processo educativo: uma reflexão etimológica e conceitual. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO EDUCERE. IX. ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA. III, 2009, Curitiba, **Anais...** Curitiba, 2009. 212-213.

GONÇALVES, Carlos Manoel. Análise Sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Porto-PT, v. 18, Porto, 2008.

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**. São Paulo: Editora Thomson, 2005.

GOODE, W. J. The theoretical limits of professionalization. In: **The Semi-Professions and their Organization**. New York: Free Press, 1969. p. 266-313

GOODSON, Ivor F. **Currículo: teoria e história**. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.

GROSSMAN, Eloisa; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. A narrativa como ferramenta na educação médica. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 32-38, 2014.

HABERMAS Jürgen. **Consciência moral e agir comunicativo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 2013.

HABERMAS Jürgen. **Ciência, técnica como ideologia**. Coleção: Os pensadores. São Paulo, 1985.

HALL, Start. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Editora DP&A, 2000.

HEIDEGGER Martin. **Ser e tempo**. 8.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

HOLANDA, Patrícia Helena Carvalho. Psicologia da Educação pelos Meandros da Cognição e da Subjetividade: um Estudo Comparativo In.: CAVALCANTE, M.J.M.; QUEIROZ, Z.F.; ARAÚJO, J.E.C.; HOLANDA, P.H.C. (org.). **História da educação comprada: discursos, ritos, símbolos da educação popular, cívica e religiosa**. Fortaleza: Edições UFC, 2011. p.285- 302.

HOLANDA, Patrícia Helena Carvalho; LEITINHO, Meiricele Caliope (org). **Experiências de avaliação curricular: possibilidades teórico-práticas**. Fortaleza: Edições UFC, 2011.

HOLANDA, Patrícia Helena Carvalho; LEITINHO, Meirecele Caliope; CUNHA, Gregório Maranguape. **A avaliação curricular iluminando os caminhos da educação profissional**. Fortaleza: Edições UFC, 2013.

- HUGHES, Everett C. **The sociological eye**: selected papers. New Jersey: Transaction, 1984.
- HUNDERT, E.M. et al. Context in medical education: the informal ethics curriculum. **Med. Educ.**, v.30, 1996.
- HUSSEL, Edmund. **Investigações lógicas**: sexta investigação: elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento. São Paulo: Editora Nova cultural, 1988.
- IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, Regina. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In. CANESQUI Ana Maria (org). **Ciências Sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas, 2009.
- JAPIASSU, Hilton. **Introdução ao pensamento epistemológico**. Rio de Janeiro: Editora F. Alves, 3.ed., 1979.
- JUCÁ, Gisafran Nazareno Mota. **A oralidade dos velhos na polifonia urbana** – Fortaleza: Editora Premius, 2011.
- JUCÁ, Gisafran Nazareno Mota. História Oral e Pesquisa Histórica: Influência Europeia e Recepção Brasileira. In: CAVALCANTE M.J.M; HOLANDA, P.H.C; LEITÃO, A.R.P.C; QUEIROZ, Z.F.; ARAÚJO J.E.C. [org.]. **História da educação comparada missões, expedições, instituições e intercâmbios**. Fortaleza: Edições UFC, 2013.
- KANT, Immanuel. **Crítica da razão pura**. 4.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.
- KAUFMAN, Arthur. **Teatro pedagógico**: bastidores da iniciação médica. São Paulo: Editora Ágora, 1992.
- LENCASTRE, Marina Pietro Afonso. Empatia, teoria da mente e linguagem: fundamentos etológicos, psicológicos e culturais dos valores. **Antropológicas**, Porto, n. 12, 2011.
- LEVINAS, Emmanuel. **Entre nós - ensaios sobre a alteridade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.
- LIMA, Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface Comunicação. Saúde, Educ.**, São Paulo, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago. 2005.
- LIPOVERSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.
- LUCKESI, Cipriano Carlos. **Avaliação da aprendizagem**: componente do ato pedagógico. São Paulo: Editora Cortez, 2011.
- LUCKESI, Cipriano Carlos. **Avaliação da aprendizagem escolar**. São Paulo: Editora Cortez, 2014.
- LUZ, Madel Terezinha. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campus, 1988. **Racionalidades médicas**: diagnose e terapêutica: médicos e pacientes no dia-a-dia institucional. (Relatório técnico final da segunda fase do projeto Racionalidades Médicas). Rio de Janeiro, Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ, 1997.
- MACHADO, Maria Helena. Coord. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. [online]. Rio de Janeiro:

Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. Disponível em:
< <http://books.scielo.org>> Acesso em 19 setembro 2017.

MACEDO, Roberto Sidnei. **Atos de currículo e autonomia pedagógica: o socioconstrucionismo curricular em perspectiva**. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

MAFFESOLI, Michel. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

MAGALHÃES, João Luiz de Magalhães; NUNES, Rui. Tradição e fundamentos éticos hipocráticos aplicáveis à terminalidade da vida. **Rev. bioét.**, Brasília, n.22, v. 3, p. 448-55, 2014.

MARTINS, Luz Alberto Moreira; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. Genealogia do Biopoder. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, MG, v. 21, n. 2, p.157-165, 2009.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; CARNEIRO, Carla Cabral Gomes. Política de gestão do trabalho e a atenção em saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da atenção básica no Município do Rio de Janeiro. In.: MARTINS, Maria Inês Carsalade; CARNEIRO, Carla Cabral Gomes. **Trabalho em saúde. Desigualdades e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. CECS - Publicações / eBooks. Disponível em: <http://revistacomsoc.pt/index.php/cics_ebooks/article/viewFile/1901/1826>. Acesso em 08 outubro 2017.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MARQUES, Ana Paula; COSTA, Nilson do Rosário; MATOS, Alice (org.). Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.52, n.2, p. 427-442 [Online] Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7106.pdf>. Acesso em 9 fev. 2014.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.18, v. 6. p.1667-1676, 2013.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Um diário no sentido estrito do termo**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1997.

MARTINS, Milton de Arruda. [coord]. **Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras**. São Paulo: USP, 2013. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_92_relatoriopaemi.pdf> Acesso em 03 fevereiro 2016.

MEIRELLES N.S, et.al. Teses Doutoriais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. **Gaz. méd.** Salvador, Bahia, v.1, p.9–101; 2004.

MEIRIEU, Philippe. **Aprender... sim, mas como?** 7.ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1998.

MELO, Marcus André. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1998. p. 11-28.

MELO, Marcus André. Estado, governo e políticas públicas. In: MICELI, Sérgio (Org.). **O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)**. São Paulo: Editora Sumaré, 1999.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, César Rodrigues et.al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã, 1998.

MERTON, Robert K. **Sociologia: teoria e estrutura**. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1968.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 7-19, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

MITRE, Sandra Minardi. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13 (Sup 2):2133-2144, 2008.

MOGILKA, Maurício. Educar para a democracia. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 119, p. 129-146, julho/2003.

MOREIRA, Antônio Flávio Barbosa. **Indagações sobre currículo: currículo, conhecimento e cultura**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2007.

MORETO, Graziela; BLASCO, Pablo G. A erosão da empatia no estudante de medicina: um desafio educacional. **RBM - Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 69 Especial oncologia 3, 2012.

NASCIMENTO, Edna Maria Magalhães do. **Dewey e Rorty: da metafísica empírica à metafísica da cultura**. Teresina: Editora EDUFPI, 2014.

NOVAK, J. D. & A. J. CAÑAS. The Theory Underlying Concept 1 Maps and How to Construct Them, **Technical Report IHMC**. Florida, USA: Institute for Human and Machine Cognition, 2006.
Disponível em: <<http://cmap.ihmc.us/docs/pdf/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf>>. Acesso em 13 março 2016.

NÓVOA, Antonio. Formação de professores e profissão docente. In: NÓVOA, Antonio. (coord). **Os professores e a sua formação**. Lisboa: Dom Quixote, 1992.

NÓVOA, Antonio. **Desafios do professor no mundo contemporâneo: palestra Sindicato dos Professores de São Paulo**. São Paulo, 2007.

NÓVOA, A (Org) **Profissão professor**. 2.ed. Porto: Editora Porto, 2014.

OLIVEIRA, Claudia Chueire; VASCONCELLOS, Maura Maria Morita. A formação pedagógica institucional para a docência na Educação Superior. **Interface. Comunicação. Saúde, Educ.**, São Paulo, v.15, n.39, p.1011-24, out. /dez. 2011.

PACHECO, José Augusto. **Escritos curriculares**. São Paulo: Editora Cortez, 2005.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v.32, n.4, p.492-499; 2008.

- PARSONS, Talcott. **Professions**. In: SILLS, David L. (Ed.) International Encyclopedia of the Social Sciences, New York: Macmillan Free Press, 2. ed.1972. p. 11-12.
- PASQUA, Hervé. **Introdução à leitura de ser e tempo de Martin Heidegger**. São Paulo: Editora Instituto Piaget, 1993.
- PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar**. Florianópolis: Editora Intermeios, 2015.
- PELIZZARI, Adriana. et.al. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel **Rev. PEC**, Curitiba, v.2, n.1, p.37-42, jul. 2001-jul. 2002.
- PENAFORTE J. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE S; PENAFORTE J; SCHMIDT H; CAPRARA A; TOMAZ JB; SÁ H, (org.) **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública; São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 49-78.
- PEREIRA-NETO, André de F. A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, n.11, v.4, p. 600-615, out/dez, 1995.
- PEREIRA, R.T.M.C. **O ensino da Medicina através das “humanidades médicas”**: análise do filme And the band played on [E a vida continua] e seu uso em atividades de ensino-aprendizagem em educação médica. 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo 2004.
- PERRENOUD, Philippe. **Construir competências desde a escola**. Porto Alegre: Editora Artmed, 1999.
- PERRENOUD, Philippe. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.
- PESAVENTO, Sandra. Sensibilidades no tempo, tempo das sensibilidades. **Iere Journée d’Histoire des Sensibilités**. EHESS, Paris, França, 4 mars, 2004.
- PESSOTI, Isaias. A formação humanística do médico. **Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, SP, v.29, p. 440-448, out/dez 1996.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.ed. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2005.
- POMPILO, Carlos Eduardo. A tragédia da doença: bases fenomenológicas da medicina narrativa. **Rev. Let.**, Fortaleza, n.32, v.2, ago. /dez, 2013.
- QUEIROZ, Marcos de Souza. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: Uma perspectiva antropológica. **Rev. Saúde Públ.** São Paulo, v.20, n. 4, p.309- 317, ago.1986.
- RABELLO, M.C.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- RAMOS, Marise. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 2.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2002.
- REBOLLO, Regina Andrés. Considerações sobre o estabelecimento da medicina no tratado hipocrático sobre a

arte médica. **Sci. Stud.**, São Paulo, v.1, n.3, 2003, p.275- 297.

REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Sci. Stud.**, São Paulo, v.4, n.1, 2006, p.45- 82.

REBOLLO, Regina Andrés. A difusão da doutrina da circulação do sangue: a correspondência entre William Harvey e Caspar Hofmann em maio de 1636. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 479-513, set.-dez. 2002.

REGO, Sérgio. Currículo paralelo em Medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? **Interface. Comunicação. Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 2, n. 3, 1998.

REY, Bernard. **As competências transversais em questão**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.

REZENDE, Jofre Marcondes de. Breve história da anestesia geral. In: REZENDE, Jofre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 103-109.

REZENDE, Jofre Marcondes de. A árvore de Hipócrates. In: REZENDE, Jofre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009, pp. 17-18.

RIBEIRO Jr. Wilson Alves. Aspectos reais e lendários da biografia de Hipócrates, o "pai da medicina". **J. bras. hist. med.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 8-10, 2003.

RIBEIRO, Luís Roberto de Camargo. **A aprendizagem baseada em problemas: uma implementação na educação em engenharia na voz dos atores**. 2005. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

RICOEUR, Paul. **Em torno ao político**. São Paulo: Edições Loyola, 1995.

RICOEUR, Paul. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1988.

RICOEUR, Paul. **A memória, a história, o esquecimento**. Campinas: Editora UNICAMP, 2007 5ed. reimpressão 2012.

RICOEUR, Paul. Memory, history, oblivion. In: CONFERENCE HAUNTING MEMORIES? HISTORY IN EUROPE AFTER AUTHORITARIANISM”, marc. 2003. Bulgária. **Anais...** 2003.

RICOEUR, Paul. **Tempo e narrativa**. Campinas: Editora Papirus, 1994. Tomo1.

RIOS, Izabel Cristina; SCHRAIBER, Lilian Blima. **Humanização e humanidades em medicina: a formação médica na cultura contemporânea**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

RIOS, Terezinha Azerêdo. Ética da docência universitária: apontamentos para um diálogo. In: CUNHA, M.I. et al (Org.). **Docência universitária: profissionalização e práticas educativas**. Feira de Santana: Editora UEFS, 2009.

RODRIGUES, Isilda Teixeira; FIOLETTI, Carlos. O ensino da medicina na Universidade de Coimbra no século XVI. **Hist. ciênc. Saúde - Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.435-456.

RODRIGUES, M.L. **Sociologia das profissões**. 2.ed. Oeiras: Editora CELTA, 2002.

ROSA, Carlos Augusto de Proença. **História da ciência**: o pensamento científico e a ciência no século XIX. 2. ed. Brasília: Editora FUNAG, 2012. V. II, Tomo II.

SÁ-CHAVES, Idália. (org). **Percursos de formação e desenvolvimento profissional**. Porto: Editora Porto, 1997.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1998.

SANTOS, André Filipe Pereira Reid dos. Principais Abordagens Sociológicas para Análises das Profissões. **BIB**, São Paulo, n.71, 2011, p. 25-43.

SANTOS, Dulce Oliveira Amarante. Os saberes da medicina medieval. **Hist. rev.**, Goiânia, v.18, n.1, 2013.

SAVIANI, Dermeval. Pedagogia: o espaço da educação na universidade. **Cad. pesquis.**, São Paulo, v. 37, n. 130, p. 99-134, jan. /abr. 2007.

SCHEFFER, Mário César et al. **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SCHEFFER, Mário César; CASSENOTE, Alex Jones Flores. A feminização da medicina no Brasil. **Rev. bioét.**, São Paulo, v. 21, n.2, p. 268- 7, 2013.

SCHRAIBER, Lilian Blima. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, Lilian Blima. A profissão de ser médico. In CANESQUI Ana Maria (org) **Ciências Sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

SCHRAIBER, Lilian Blima. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

SCHÜTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1979.

SERES, Michel. **Narrativas do humanismo**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2015.

SGUISSARDI, Valdemar. Reforma Universitária no Brasil – 1995-2006: precária trajetória e incerto futuro. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 27, n. 96 - Especial, p. 1021-1056, out. 2006.

SGUISSARDI, Valdemar. Prefácio. In: BRANDÃO, Carlos da Fonseca. **PNE passo a passo**: Lei nº 10.172/2001, discussão dos objetivos e metas do Plano Nacional de Educação. São Paulo: Editora Avercamp, 2006. p. 13-16.

SILVA, Maria José Albuquerque da; BRANDIM, Maria Rejane Lima. Multiculturalismo e educação: em defesa da diversidade cultural. **Diversa**, São Luiz, MA, Ano I – n.1, p. 51-66, jan. /jun. 2008.

SILVA, Maria Vieira; MARQUES, Mara Rúbia Alves; GANDIN, Luís Armando. Contradições e ambiguidades do currículo e das políticas educacionais contemporâneas - entrevista com Michael Apple. **Currículo sem**

- Fronteiras**, Rio Grande do Sul, v.12, n.1, p. 175-184, jan/abr 2012.
- SILVA, Tomaz Tadeu da. (org) **O Sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 8.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.
- SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidad una introducción a las teorías del currículo**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editorial, 1999.
- SILVA, TOMAZ Tadeu da. **O Currículo como fetiche**: a poética e a política do texto curricular. 1. ed., 4 reimp. Belo Horizonte: Editora Autentica, 2010.
- SIMON, E. et.al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface Comunicação. Saúde. Educ.**, São Paulo, 18 Supl. 2, p.1355 -1364, 2014.
- SÍNDICO, S.R.F.; SOUZA, R.F. A Medicina e sua representação em linguagens documentárias: marcos na evolução dos ambientes e ferramentas de tratamento da informação. Comunicação oral apresentada ao GT-02 Organização e Representação do Conhecimento. In: ENANCIB DIVERSIDADE CULTURAL E POLÍTICAS DE INFORMAÇÃO. IX, 2008. São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2008.p.302-303.
- SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1241-1250, 2009.
- SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SIQUEIRA-BATISTA, Rômulo. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1183-1192, 2009.
- SOBRINHO**, Carlito Lopes Nascimento. Campos da Saúde Coletiva. **Sitientibus**. Feira de Santana, n.13, p. 35-41, jul. /dez. 1995.
- SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n.16, p. 20-45, jul. /dez 2006.
- SOUZA, Celina. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul. /dez. 2003.
- SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45
- SOUZA, Nelson Robson Mendes de e col. Fatores de Risco Cardiovascular: a complexa relação causal entre saúde e doença como base conceitual para intervenção e controle. **Rev. SOCERJ.**, Rio de Janeiro, v.16, n.3 jul. /ago. /set. 2003.
- TALMONI, Ana Carolina Bisqualquini. **No anfiteatro da anatomia**: o cadáver e a morte. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012, p. 53- 73.
- TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. **Revista Associação dos Advogados de Trabalhadores Rurais da Bahia**, Salvador, 2002.
Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf>. Acesso em 12 agosto 2017.

THE CHANGES in Teachers' Work? **Procedia Social and Behavioral Sciences**, New York, v.116, p.1709 – 1714, 2014. Disponível em: <www.sciencedirect.com> Acesso 15 agosto 2017.

TORO, M. Historia de La Medicina. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/histomed2dolapso>> Acesso em 15 agosto 2017.

URIBE RIVIERA, Francisco Javier. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 216 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/4ghgb/pdf/rivera-9788575412480.pdf>>. Acesso em 20 novembro 2016.

VALENTE, Ivan; ROMANO, Roberto. PNE: Plano Nacional de Educação ou Carta de Intenção? **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 96-107, set. 2002.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. Pensamento sistêmico: uma epistemologia científica para uma ciência novo-paradigmática. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SISTEMAS, 4. 29-30 set. 2008, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://legacy.unifacef.com.br/quartocbs/arquivos/14.pdf>>. Acesso em 04 maio 2017.

VENTURELLI, Jose. **Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1997.

WRIGHT, S.M.; CARESSE, J.A. Which values do attending physicians try to pass on to house officers? [Quais os valores que os médicos assistentes tentam passar para os residentes?] **Med. Educ.**, São Paulo, v.35, p.941-945, 2001.

WESTBROOK, R.B. John Dewey: aprender pela ação. In: GAUTHIER, C.; TARDIF, M. (Org.). **A pedagogia: teorias e práticas da antiguidade aos nossos dias**. 3.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

YOUNG, Michael. The curriculum and the entitlement to knowledge. **Cambridge Assessment Network**, Cambridge, 25 Marc. 2014.

ZANOTTO, Maria Angélica do Carmo; ROSE, Tânia Maria Santana de. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v.29, n.1, p. 45-54, jan. /jun. 2003.

ANEXO I

**PROJETO PEDAGÓGICO CURSO GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO CEARÁ**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA**

CURSO DE MEDICINA

PROJETO PEDAGÓGICO

JANEIRO - 2001

ÍNDICE

1	APRESENTAÇÃO	1	
2	JUSTIFICATIVA.	2	
3	PRINCÍPIOS NORTEADORES DA UFC	5	
4	O PROCESSO DE MUDANÇA CURRICULAR	6	
4.1-	CENÁRIO DA SAÚDE	9	
4.2-	ANÁLISE DO MODELO PEDAGÓGICO ATUAL	9	
4.3-	AMBIÊNCIA EXTERNA	10	
5	O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO, A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO MÉDICA		11
6	MISSÃO DO CURSO DE MEDICINA	13	
7	PERFIL DO MÉDICO	14	
8	CAMPOS DE ATUAÇÃO	15	
9	DIRETRIZES CURRICULARES	16	
10	O CURRÍCULO: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	18	
11	ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA	23	
12	a) Estrutura curricular e carga horária dos módulos	23	
	b) Modelo de distribuição dos módulos ao longo dos semestres		26
13	EMENTÁRIO DOS MÓDULOS	27	
14	PROGRESSÃO NO CURSO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	36	
15	COORDENAÇÃO	39	
16	AVALIAÇÃO	40	

1. APRESENTAÇÃO

O novo currículo a ser implantado na Faculdade de Medicina é apresentado no presente documento, juntamente com a descrição detalhada do processo que conduziu à mudança e do cenário em que a discussão sobre reformulação da educação médica se desenvolveu, sobretudo nos últimos trinta anos, no Brasil e no exterior.

Torna-se cada dia mais evidente que um mesmo currículo não poderá ser aplicado a várias escolas médicas, como ocorria no passado. Constitui-se, portanto, uma oportunidade e um desafio, para que cada escola aprofunde a visão sobre o contexto no qual está inserida e, a partir daí, promova as mudanças necessárias para um melhor desempenho de sua missão.

A velocidade de geração do conhecimento e as transformações sociais determinam que “as mudanças são parte do processo educacional verdadeiro” e que “a estagnação é antipedagógica e anticultural”. Devemos conferir à missão de educar uma concepção mais ampla, de construção da cidadania, que culmine na redução do fosso entre a produção do saber e as necessidades da população.

Não se pretende que o novo currículo seja um modelo definitivo. Ao contrário, que seja um instrumento que possibilite que a aprendizagem seja dinâmica e que os seus princípios norteadores sofram reajustes e reformulações ao longo do tempo.

O novo currículo prioriza a geração do conhecimento, tendo por objetivo as suas aplicações, estimula o aprender a aprender, propõe a substituição da memorização pelo processamento de idéias, reafirma o compromisso do médico com o ser humano ao longo de toda a sua existência desde o nascimento, na promoção da saúde e na prevenção da doença, em todas as etapas de seu desenvolvimento e formação, no tratamento das enfermidades até os cuidados paliativos, e nos seus momentos finais.

A implantação de um novo currículo constitui, reafirmamos, um grande desafio, certamente amainado pelo esgotamento incontestado do modelo atual.

2. JUSTIFICATIVA

A discussão sobre o sistema de saúde e sua reestruturação, que vêm ocorrendo mais intensamente em nosso País nos últimos trinta anos, estimularam que se intensificasse também no Brasil o debate sobre a formação médica. Tornou-se evidente, a partir dessa análise, a inadequação do profissional formado em nossas escolas para atender às necessidades e às exigências de nossa sociedade.

Paralelamente, países desenvolvidos, que já haviam institucionalizado aquela discussão em torno da escola médica, premidos pela transição que começavam a atravessar, de modo generalizado, os seus sistemas de saúde, desencadeavam o processo de reformulação do ensino médico. Iniciava-se o combate àquilo que em nosso País começávamos a constatar: modelo pedagógico fragmentado e compartimentalizado, caracterizado pela dissociação entre as disciplinas de áreas básicas e aquelas do chamado ciclo profissional, centrado na atividade hospitalar e com forte direcionamento para a especialização, em detrimento de prevenção da doença ou promoção da saúde, dificultando a percepção holística do paciente e dissociado dos núcleos que o integram, que são a família e a comunidade.

Essas mudanças foram também acompanhadas pela valorização ou pela introdução de conceitos relacionados ao binômio ensino-aprendizagem, evidenciando-se a necessidade de aprender a aprender, de saber como, por que e para que utilizar a informação recebida e, assim, ser capaz de decidir de forma inteligente. A velocidade de produção do conhecimento deu maior ênfase a esse processo de busca e domínio adequados da informação, de aquisição do conhecimento, ferramenta indispensável para a também indispensável educação per

manente, processo ininterrupto de aprendizagem do médico, que a graduação não esgota, devendo, ao contrário, favorecer com flexibilidade de raciocínio e capacidade de adaptação.

Tem sido claramente estabelecido que a formação desse novo médico exige também uma nova atitude docente, principalmente pela compreensão de que a verdadeira instituição de ensino é aquela que tem como orientação principal a busca incessante por mais qualidade, num ciclo contínuo de melhora. Trata-se de aprender com o erro, ao invés de ignorá-lo, de definir claramente objetivos de aprendizado, de estabelecer que cada conhecimento deve resultar no desenvolvimento de atitudes e habilidades. Essas capacitações devem constituir objetos de avaliação, por sua vez transformada num instrumento de medida da capacidade do aluno, na perspectiva de identificar os meios de aprimorar o seu desempenho. A esse docente cabe o exercício da transdisciplinaridade, da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe multiprofissional. Liderando o processo educativo, principalmente por seu exemplo, tem o privilégio de acolher idéias e propor novas metas educacionais, cabendo-lhe também decidir se o estudante desenvolveu habilidade suficiente para exercer sem supervisão a Medicina.

As idéias acima expostas estiveram igualmente presentes nas discussões de propostas de mudanças no ensino médico no Brasil, destacando-se o trabalho iniciado em 1991 pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM –, que congregou a maioria das escolas médicas brasileiras. Os dados obtidos por esse projeto, constituindo três grandes linhas de avaliação — avaliação docente, avaliação do modelo pedagógico e avaliação discente, forneceram elementos preciosos, para que cada faculdade pudesse identificar o caminho a ser trilhado, na busca de maior efetividade e eficácia em sua missão formadora.

Em nossa Faculdade de Medicina, a construção deste novo currículo foi iniciada em 1995, num processo estruturado e necessariamente longo, detalhadamente descrito neste documento. Respeitando-se nossas peculiaridades, o perfil do médico que pretendemos formar reflete globalmente as características definidas por aquelas escolas médicas nacionais e de outros países que promoveram mudanças em seu currículo.

Percebe-se claramente que o objetivo não é simplesmente uma mudança da chamada grade curricular. Mudam também a filosofia e as estratégias educacionais, visando a formação de um médico que atenda melhor às características apontadas pela sociedade, num cenário projetado para os próximos vinte anos. Estimula-se a capacitação docente, respeitando-se o livre arbítrio de cada módulo ou disciplina para escolha das metodologias de ensino. Incentiva-se que qualquer fato seja apresentado a partir de dados, sem os quais tudo são idéias preconcebidas, e que a solução de problemas tenha por base a evidência demonstrada com o devido rigor metodológico e científico

Diversificando ao máximo, dentro de nossas possibilidades, os cenários de treinamento, estimula-se a integração de disciplinas e prioriza-se, desde o início do Curso, a aplicação prática que terá o conhecimento gerado. A exposição do aluno às reais necessidades de saúde da população, desde o início do Curso, através de sua presença na comunidade, deverá favorecer o seu pensamento crítico, habilitá-lo também para a argumentação e a tomada de decisões, bem como estimular o seu compromisso com a transformação social. Patologias e situações de maior relevância no perfil epidemiológico de nosso Estado/Região estarão contempladas nos conteúdos obrigatórios do currículo.

Tendo como objetivo principal a promoção da saúde e a prevenção das doenças, o ser humano é sempre visto em sua dimensão física e mental durante as várias etapas de seu desenvolvimento. O novo currículo visa capacitar o aluno a prestar uma assistência integral e continuada a todo indivíduo que solicite assistência médica, podendo para tal requisitar os serviços de outros profissionais de saúde. Esse médico atende o paciente no contexto de sua família e a esta no contexto da comunidade, sendo, portanto, capaz de proporcionar a maior parte dos cuidados de que necessita um paciente, depois de considerar sua situação cultural, socioeconômica e psicológica.

O novo modelo de currículo é centrado no aluno, visando o seu pleno desenvolvimento como ser humano, que deve priorizar a relação médico-paciente entre suas habilidades e competências e valorizar a satisfação do paciente como indicador de seu desempenho profissional e da qualidade do sistema de saúde, que ele deverá conhecer em profundidade, uma vez que dele passará a fazer parte. Horários livres para estudo traduzem uma maior raci

onalidade obtida com a estruturação modular do currículo, melhor aproveitamento do tempo e atendimento a uma necessidade do estudante. Carga horária poderá ser atribuída como incentivo às atividades de pesquisa, de extensão e de iniciação à docência.

A formação ética passa a ser também valorizada, bem como outras questões relacionadas ao exercício profissional e às relações com associações de classe. A visão holística do paciente determina atenção às questões ambientais, às doenças relacionadas ao trabalho e temas atuais, como as diversas formas de violência e a adição às drogas.

A definição da estrutura do currículo permitirá ao estudante participar ativamente de sua formação, já que cerca de 20% da grade será formado por disciplinas opcionais, traduzindo a flexibilidade do modelo. Essa característica permitirá também, através de um sistema de avaliação permanente, ajustes e modificações do currículo definidos por grupos docentes, numa visão multidisciplinar.

Pretendemos que o processo de avaliação assuma, progressivamente, um caráter mais educativo, possivelmente revestido de maior rigor, já que definido por objetivos de aprendizagem, e também valorizado em seu caráter formativo, possibilitando ao estudante corrigir suas deficiências ao longo do módulo ou disciplina. Torna-se imperativo que a avaliação estruturada se estenda também ao Internato, desenvolvido em dois anos, o que tornará a formação mais eficiente, devendo constituir também um período de consolidação de atitudes e habilidades dos estudantes e de pleno domínio dos instrumentos que garantirão a sua educação continuada.

Num processo paralelo à implantação do novo currículo, estimularemos o início de um programa voluntário de tutoria, em que grupos de 5 a 10 alunos são supervisionados ao longo do curso por um docente ou médico voluntário, através de reuniões periódicas que visam não só avaliar o desempenho do aluno, mas também desenvolver de modo mais adequado relações interpessoais e preparar o estudante para a vida social, num processo de valorização não apenas do conhecimento científico, mas também de valores éticos e morais, de sua criatividade, sua responsabilidade social e pessoal. Essa preocupação com o relacionamento humano poderá trazer grande contribuição às relações interpessoais, nos três segmentos que compõem o *campus* — discentes, docentes e servidores técnico-administrativos.

O desafio de implantação de um novo currículo torna-se maior pela inevitável transição com que teremos de conviver, enquanto coexistirem os dois programas. Uma das maneiras efetivas de reduzir as dificuldades é aplicar ao atual currículo algumas características operacionais do novo modelo — integração de disciplinas, fusão de conteúdos e funcionamento em módulos. Além das dificuldades burocráticas, haverá um processo de adaptação de professores, alunos e servidores técnico-administrativos. Espera-se que a uma linguagem crítica esteja sempre aliada uma identificação concreta do real, o que possibilitará os ajustes necessários na construção e aperfeiçoamento permanentes de um processo de aprendizagem com maior eficiência e eficácia.

3. PRINCÍPIOS NORTEADORES DA UFC

O novo currículo do Curso de Medicina insere-se de modo coerente no projeto institucional da Universidade Federal do Ceará, naquilo que é identificado como missão, valores, objetivos permanentes, opções estratégicas, inserção, interiorização, expansão e qualidade perseguidos pela instituição.

A concepção do novo currículo levou em conta a necessidade de atender os dois grandes desafios que a sociedade impõe à Universidade: crescimento e aprimoramento.

Para que a Universidade atenda às necessidades de uma sociedade em rápida transformação, torna-se indispensável que ela se caracterize cada vez mais pela busca contínua por mais e melhor qualidade.

4. O PROCESSO DE MUDANÇA CURRICULAR

Em novembro de 1990, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), durante o XXVIII Congresso da ABEM, em Cuiabá, criaram um grupo de trabalho, com o objetivo de avaliar o ensino médico no Brasil, refletindo uma preocupação que se expressa de forma crescente em todo o mundo.

Foi então criada, em 1991, a CINAEM - COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO, que assumiu, em nível nacional, o papel de articular, técnica e politicamente, um movimento em prol da reforma do ensino médico. A CINAEM foi composta pelas seguintes entidades: Associação Brasileira de Educação Médica, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira, Associação Nacional dos Médicos Residentes, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. A partir de 1998, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde também se integra, à CINAEM.

A CINAEM, apoiada por uma equipe técnica, desenvolveu o PROJETO CINAEM, de cuja primeira fase participaram 76 das 80 Escolas Médicas então existentes no País. Os dados coletados nessa fase descrevem as condições das Escolas quanto a aspectos políticos, administrativos e econômicos, quanto aos recursos humanos e materiais, ao modelo pedagógico adotado pela escola, seu papel na assistência e na pesquisa e ainda, ao grau de adequação do médico recém-formado às demandas sociais.

A Segunda Fase do Projeto foi planejada para aprofundar a avaliação de três variáveis: o modelo pedagógico, os recursos humanos e o médico formando. A CINAEM elaborou instrumentos que foram aplicados em cada escola para a avaliação dos recursos humanos e do médico formando (Anexo I).

Para a avaliação do modelo pedagógico, foi proposta a metodologia de planejamento estratégico a ser desenvolvida em cada escola, de modo que, no contexto de cada realidade, fossem criadas condições para a transformação do ensino médico, articulando-o a um novo paradigma educacional que viabilizasse a formação do médico adequado às necessidades da sociedade.

A Faculdade de Medicina da UFC, ao longo dos seus 52 anos, vem mantendo preocupação constante com a qualidade do ensino médico e sua adequação aos tempos. Várias mudanças curriculares foram introduzidas: o Internato; a inserção do aluno na comunidade (Instituto de Medicina Preventiva - IMEP), projeto que foi extinto na Revolução Militar de 1964; a introdução do ciclo básico, do sistema semestral e de créditos, na Reforma Universitária de 1973, e outras mais pontuais.

A Faculdade de Medicina da UFC aderiu ao Projeto CINAEM desde o seu início e, a partir de 1995, vem desenvolvendo um processo de discussão sobre ensino médico, com ampla participação das comunidades interna e externa. Ao longo desse período, várias publicações foram feitas em anais de congressos da ABEM e na imprensa local.

Descrevemos a seguir as principais etapas do processo de mudança curricular que culminaram com a elaboração de uma proposta de currículo, entendendo-se por currículo todos os aspectos relacionados ao processo ensino-aprendizagem e não simplesmente a grade curricular do Curso. Estes aspectos incluem os objetivos do Curso; as competências a serem desenvolvidas pelos estudantes; as metodologias; as atitudes de alunos, professores, funcionários e detentores de cargos da administração na Universidade; e os ambientes de treinamento.

a) Perfil Ideal do Médico

O perfil ideal do profissional médico foi estabelecido durante encontros que reuniram a Coordenação do Curso de Medicina, a Diretoria do então CCS, a PróReitoria de Graduação, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, a Escola de Saúde Pública, o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde - CONESSEMS, a Associação dos Municípios do Estado do Ceará - AMECE, os Chefes de Departamentos Acadêmicos ou seus

representantes e o C.A. XII de Maio. Na primeira destas reuniões, foi constituído o Grupo Executivo Interno, com representação docente dos Departamentos de Morfologia, Fisiologia e Farmacologia, Patologia e Medicina Legal, Medicina Clínica, Cirurgia, Saúde Comunitária, Saúde Materno-Infantil, representação do HUWC, do C.A. XII de Maio, Coordenação do Curso e Diretoria do CCS.

Em seguida, em reuniões da comunidade interna, para as quais foram convidados todos os docentes, bem como uma representação estudantil, o perfil ideal do profissional médico foi submetido à apreciação crítica de docentes e discentes.

O perfil ideal do profissional médico foi revisto, considerando-se o cenário de variáveis relacionadas à saúde e ao exercício da Medicina, em reuniões amplas, às quais todos os professores foram convidados, bem como uma representação estudantil. Nestas reuniões, discutiu-se também o Curso de Medicina em seus moldes atuais, seus pontos fortes e seus pontos fracos em relação à missão de formar o profissional com o perfil que a sociedade necessita, dentro do cenário mais provável para os próximos 20 anos.

b) Cenário da saúde: projeção em 20 anos

Para se delinear um diagnóstico do cenário relacionado à saúde, em um horizonte de 20 anos, foi traçado um roteiro abrangendo os seguintes tópicos: população e perfil epidemiológico, saúde pública, mercado de trabalho, avanços da Medicina, relações medicina/sociedade e educação/universidade. Tendo por base este roteiro, foram realizadas 23 entrevistas com representantes de diversas organizações relacionadas direta ou indiretamente com a questão da saúde em sua concepção mais ampla, para que fosse construído um cenário abrangente. O grupo de entrevistados era formado por profissionais reconhecidos nas áreas de Planejamento, Epidemiologia, Informática, Filosofia, Jornalismo, Sociologia e Medicina, por representantes das entidades médicas, dos docentes, dos empresários, por diretores de hospitais universitários e públicos e por parlamentares.

Todos os entrevistados foram convidados para reuniões, juntamente com o Grupo Executivo Interno e os Chefes dos Departamentos da Faculdade de Medicina, para consolidação do “Perfil Ideal do Profissional Médico”, desta feita levando em consideração os cenários traçados.

c) Diretrizes Curriculares e Competências Profissionais

O passo seguinte foi a definição das diretrizes para o novo currículo. Realizamos um encontro com 16 horas de trabalho, durante um final de semana, no qual contamos com 30 participantes, além de 3 instrutores e 5 expositores. O perfil do médico a ser formado e o perfil epidemiológico do Estado foram apresentados como subsídios para as discussões. Grupos de trabalho foram organizados, para estabelecer as diretrizes gerais e aquelas relacionadas aos estudantes, aos professores, à metodologia, ao conteúdo e à avaliação.

Os grupos de trabalho iniciaram a tarefa de definição das competências profissionais, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes que o médico formado deve apresentar ao final do curso. A colaboração de professores das áreas específicas permitiu a continuidade do trabalho das equipes, com o estabelecimento do nível em que cada competência deve ser adquirida e desenvolvida.

d) Grupos de Estudo, Consultoria e Capacitação Pedagógica

Após a definição do perfil do médico a ser formado e da constatação de que o modelo pedagógico era inadequado à formação deste profissional, tornou-se evidente a necessidade de profundas mudanças no currículo, especialmente aquelas relacionadas a dois aspectos fundamentais: metodologia e cenários de treinamento. Foram formados grupos de estudos sobre os temas Metodologia, Integração com a Comunidade e Modelos de Currículo.

A atividade desses grupos de estudo foi subsidiada por vasta literatura e foram realizadas algumas visitas técnicas a escolas médicas no Brasil e no exterior. Membros do grupo tiveram participação ativa nas diversas etapas do projeto CINAEM e no seu acompanhamento, sendo também viabilizada a participação de alguns professores em congressos da ABEM. Da articulação com as outras escolas médicas, surgiu a oportunidade de sediarmos, em maio de 2000, o II Encontro Norte Nordeste das Escolas Médicas – II ENNEM. Compareceram ao II ENNEM as 14 Escolas Médicas da Região Nordeste e 3 das 4 da Região Norte (a Faculdade Medicina de Roraima não

compareceu). As escolas participantes apresentaram e discutiram seus projetos de mudança curricular, as inovações metodológicas que estão em discussão ou implantação, os modelos de integração com a comunidade e os sistemas de avaliação dos internos e do internato.

Durante os anos, letivos 1998 e 1999, dispusemos de uma consultoria na área de currículo médico, exercida pelo Dr. Andrea Caprara, PhD em Antropologia pela Universidade de McMaster, no Canadá, contratado através do Programa de Professor Visitante Estrangeiro da CAPES. Com a parceria da Escola de Saúde Pública do Ceará, promovemos alguns cursos de capacitação docente na metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas.

Ao longo dos últimos quatro anos, foram promovidas várias conferências, mesas redondas e seminários abordando temas relacionados à educação médica, com convidados locais e de outros Estados, visando sensibilizar os docentes, conscientizá-los da necessidade das mudanças e estimular a sua imprescindível participação no processo de transformação do currículo.

e) O Projeto Piloto em Aprendizagem Baseada em Problemas desenvolvido no 4º. Semestre do Curso de Medicina

Relatos de experiências desenvolvidas em escolas médicas de todo o mundo, com extensa documentação bibliográfica, despertaram o interesse de um grupo de professores em relação à inovação metodológica da aprendizagem baseada em problemas. Verificou-se que este método de ensino-aprendizagem, por suas características e dinâmica de funcionamento, poderia favorecer várias das diretrizes curriculares estabelecidas. As experiências relatam que o método, centrado no aluno, também favorece a consciência do processo de aprendizagem, a capacidade de análise, a iniciativa, a responsabilidade com o autodesenvolvimento, o trabalho multidisciplinar e em equipe e, ainda, capacita o aluno para a educação permanente.

Com o objetivo de desenvolver um projeto piloto de aplicação deste método, os professores do quarto semestre das disciplinas de Patologia, Imunologia, Microbiologia e Parasitologia submeteram-se a um programa de treinamento na metodologia da Aprendizagem Baseada em Problema -ABP.

O método da ABP foi aplicado pela primeira vez em 98.1, sendo executado um programa com duração de 4 semanas. Atualmente, as quatro disciplinas trabalham de maneira integrada todo o semestre e os conteúdos programáticos estão distribuídos em 3 módulos. Os temas são abordados nas discussões dos problemas em pequenos grupos, nas sessões de tutoria e em aulas teóricas e práticas. O processo ensino-aprendizagem tem sido avaliado e aperfeiçoado continuamente. As avaliações revelam uma ampla aceitação por parte dos estudantes e dos professores envolvidos no projeto (Anexo I).

f) Comissão de Reforma Curricular

O Conselho Departamental da Faculdade de Medicina, em maio de 1999, estabeleceu a formação de uma COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR, composta pela Diretoria da Faculdade, por representantes de cada um dos Departamentos Acadêmicos e pelo Núcleo de Desenvolvimento em Educação Médica – NUDEM, com o objetivo de elaborar uma proposta de currículo que possibilitasse a formação do profissional com o perfil desejado, orientada pelo perfil epidemiológico do Estado e tendo como princípios norteadores as diretrizes curriculares definidas.

4.1- CENÁRIO DA SAÚDE: PROJEÇÃO EM 20 ANOS

No cenário de variáveis ligadas à saúde e ao exercício da Medicina delineado para os próximos vinte anos, estima-se que a sociedade sofrerá modificações que determinarão que o indivíduo passará a ter maior consciência de sua cidadania. O acesso às informações e aos progressos na área científica e tecnológica, as melhorias de infraestrutura social, os meios de comunicação, a tendência crescente à urbanização, entre outros fatores, contribuirão para que a sociedade exerça sobre o setor saúde uma fiscalização maior.

Estima-se que serão exigidas medidas preventivas mais eficazes, maior acesso à assistência e competência do médico para lidar com os agravos mais comuns à saúde, bem como um comportamento humano e ético. Por outro

lado, tomando conhecimento dos avanços tecnológicos na área médica, os indivíduos passarão a exigir para si aqueles benefícios.

A Universidade será pressionada a responder de forma rápida e eficaz às necessidades da sociedade, tanto no que se refere à formação de profissionais, como nas áreas de pesquisa e extensão. Pressupõe-se que a autonomia nas universidades públicas seja consolidada. Considera-se também provável que a interferência do poder público, tanto no setor saúde, como na área de formação profissional, tenda a diminuir pela retirada dos investimentos públicos nestes setores e ocorram, conseqüentemente, privatização e terceirização de muitos serviços.

A sociedade mudará seus contingentes populacionais, com tendência de maior crescimento na terceira idade, por aumento na sobrevivência e pela diminuição da natalidade, embora seja prevista a diminuição da mortalidade infantil por melhoria da infra-estrutura. Desta forma, as doenças da modernidade, influenciadas pelos hábitos de vida, as doenças crônico-degenerativas, as doenças infecto-contagiosas emergentes e reemergentes e as doenças psicossomáticas constituirão grande parte do perfil epidemiológico do Estado.

4.2- ANÁLISE DO MODELO PEDAGÓGICO VIGENTE

O modelo pedagógico vigente, analisado em relação à missão de formar o profissional com o perfil que a sociedade necessita, dentro do cenário mais provável para os próximos 20 anos, foi considerado inadequado pela comunidade interna.

A grade curricular apresenta incorreções na seqüência de disciplinas e a carga horária é mal distribuída e, muitas vezes, subutilizada. Não ocorre integração entre as disciplinas básicas e profissionalizantes, nem mesmo dentro do mesmo semestre. O Currículo está fragmentado numa série de disciplinas isoladas, faltando, portanto, coerência ao Curso. As avaliações induzem à memorização e são descritas como muito estressantes. As fontes de informações dos alunos restringem-se praticamente ao professor e às anotações de aula. O sistema de avaliação do docente é inadequado e não existe avaliação do currículo.

As metodologias educacionais utilizadas são, em geral, pouco criativas, com ênfase a aulas teóricas e aulas práticas, muitas vezes “teorizadas” e que ocorrem em condições inadequadas. As turmas são numerosas e o problema é agravado por transferências de alunos de outras Escolas. O aluno assume um papel totalmente passivo no processo de ensino-aprendizagem, o que não favorece o desenvolvimento, no futuro profissional, da capacidade de análise e de decisão, da criatividade e da responsabilidade pelo autodesenvolvimento. Além disso, são poucas as oportunidades de treinamento em equipe.

O nosso Curso está fortemente amparado no complexo HUWC/MEAC e, portanto, desenvolve-se majoritariamente no nível terciário de atenção à saúde, com poucas oportunidades de treinamento no nível primário. Nesse contexto, a medicina curativa é priorizada e a especialização precoce dos estudantes é estimulada. A formação do médico ocorre centrada nas figuras do Médico/Professor e do paciente, longe das comunidades, tornando-se descomprometida com a transformação da sociedade.

4.3-AMBIÊNCIA EXTERNA

Vários aspectos da ambiência externa ao Curso de Medicina favorecem as reformas necessárias para formar o médico com o perfil desejado, enquanto outros constituem ameaças que precisam ser superadas.

Existe uma tendência mundial de mudanças nos sistemas de saúde, para valorização do médico generalista e da medicina comunitária, o que determina novas demandas ao ensino. Muitas universidades de renome têm implementado reformas no ensino médico, tendo por base mudanças de paradigmas e de metodologias.

Em nosso meio, a implantação do SUS e a valorização dos sistemas locais de saúde favorecem uma Medicina mais próxima da população e interiorizada, sinalizando a abertura do mercado de trabalho para a Medicina Comunitária.

No

entanto, permanece uma forte tendência à subespecialização, mantida pelo corporativismo profissional, pelo perfil sociocultural urbano do estudante de Medicina e pelo mercado de trabalho vigente.

A política do Governo Federal, com indícios de privatização das universidades e redução de verbas para a saúde e para a educação, se coloca como grave ameaça às mudanças que se fazem necessárias, enquanto se revelam favoráveis, as parcerias com o Governo Estadual, a Escola de Saúde Pública/CE e os Governos Municipais e a possibilidade de novas alianças.

5. O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO, A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO MÉDICA

Dois importantes acontecimentos, no campo da saúde nas últimas décadas, vêm ocorrendo no Brasil. O primeiro, representado pelo fenômeno denominado pelos epidemiologistas "transição epidemiológica", onde se observa uma mudança substancial no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira: as doenças crônicas degenerativas, os acidentes e as violências assumem uma relevância cada vez maior como causa de morbidade e mortalidade no nosso meio. Embora processo semelhante tenha ocorrido nos diversos países industrializados do mundo, já a partir das primeiras décadas deste século, entre nós este fenômeno traz uma marca particular, própria das sociedades periféricas ou subdesenvolvidas como a brasileira. Persistem simultaneamente como causa importante de doença e morte em significativos contingentes populacionais, especialmente nos estratos ou nas regiões mais pobres, as enfermidades infecto-contagiosas e emergenciais. A coexistência de dois padrões de morbimortalidade (denominado polarização "epidemiológica"), um próprio da "modernidade" e outro característico do "atraso", coloca para a área acadêmica e para os profissionais e técnicos da área de saúde a complexa tarefa de atuar para fazer frente a esses dois tipos de problemas. Um novo perfil de profissional, com capacitação mais abrangente, precisa ser formado frente às atuais exigências de nossa estrutura epidemiológica.

Paralelamente, principalmente a partir da década de 80, fatores de ordem política, econômica, social e sanitária criaram as condições para a realização de uma importante reestruturação na organização dos serviços de saúde no Brasil, a chamada Reforma Sanitária, cujos princípios básicos foram incorporados à Constituição de 1988 e à legislação complementar; vivemos, a partir de então, o processo de constituição do Sistema Único de Saúde - SUS e de municipalização da saúde, com a implantação dos Sistemas Locais de Saúde - os SILOS. O SUS significa, entre outras coisas, a tentativa de superação de dois modelos paralelos de prestação de atenção à saúde, um individual e curativo, outro coletivo e preventivo. Pretende-se, a partir da concepção de que o processo saúde-doença é um todo indivisível, articular as ações de caráter preventivo com aquelas essencialmente curativas, desconcentrando-as da esfera primordialmente hospitalar. Ao mesmo tempo, objetiva-se colocar como tarefa da própria comunidade local, representada institucionalmente através do município, a organização dessa nova forma de entender a saúde. Novamente, um novo perfil de profissional de saúde está a ser exigido pela atual realidade institucional brasileira no campo da organização dos serviços de saúde.

Mais recentemente, a partir de 1994, como uma das estratégias estruturantes para o SUS, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Procurava, através dele, reforçar um modelo de atenção mais voltado para a saúde do que para a doença, predominantemente preventivo, mais resolutivo em relação às necessidades assistenciais básicas, humanizado, com maior integralidade de ações e baseado em um trabalho de equipe multiprofissional vinculada a uma clientela definida. Em resumo, pretendia-se dar ênfase às ações de promoção, proteção e recuperação à saúde dos indivíduos a partir de seu núcleo familiar no próprio local de moradia, criando um vínculo mais permanente entre a equipe de saúde e a população sob sua responsabilidade assistencial. O Estado do Ceará iniciou a implantação do PSF ainda em 1994. Valeu-se, nesta estratégia, em parte de sua experiência anterior acumulada com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que vinha sendo desenvolvido desde 1988, e que, em 1993, já cobria a totalidade dos municípios do Estado (eram 150 agentes em 1988 e 9824 em 2000). O PSF encontra-se implantado em 97% dos municípios cearenses (existem 180 municípios), numa progressão de conformação exponencial nos últimos seis anos: eram 20 municípios e 81 equipes em 1994; 36

mu

nicípios e 144 equipes em 1995; 58 municípios e 207 equipes em 1996; 94 municípios e 300 equipes em 1997; 161 municípios e 649 equipes em 1998; 173 municípios e 763 equipes em 1999; e 178 municípios e 880 equipes até março de 2000.

A nova realidade sanitária está a exigir dos aparelhos formadores um esforço adicional no processo de capacitação dos recursos humanos, tendo em vista a relativamente escassa disponibilidade de profissionais com formação generalista. Esta necessidade se faz urgente, principalmente no Estado do Ceará, onde as estruturas de saúde de um número expressivo de municípios não contam com médicos generalistas em quantidade e qualidade suficiente para fazer frente às exigências atuais da saúde na tarefa de implantação do SUS. Simultaneamente, nos municípios maiores, torna-se urgente repensar a formação de recursos humanos na nova realidade epidemiológica e de organização dos serviços de saúde, agora não mais dicotomizados entre ações preventivas e curativas, e com um campo de intervenção mais vasto e complexo, a necessitar de médicos generalistas e especialistas. A par disto, os graves problemas de saúde pública da Região, consequência das condições gerais de vida de sua população, se impõem como tema obrigatório do ensino, para todos aqueles que entendem a atividade universitária como indissolúvelmente ligada à sociedade na qual está imersa, que a mantém, e para a qual devem retornar os frutos de seu trabalho.

6. MISSÃO DO CURSO DE MEDICINA

A missão do Curso de Medicina é graduar o médico, através de metodologias de ensino adequadas e em ambientes apropriados, proporcionando-lhe formação compatível com os vários níveis de atenção à saúde e conhecimento técnico, científico e humanístico, que o capacite a identificar, conhecer, vivenciar os problemas de saúde do indivíduo e da comunidade e a participar da solução dos mesmos, agindo com criatividade, espírito crítico-científico e de acordo com princípios éticos.

7. PERFIL DO MÉDICO

Formação geral e sólida

Possui formação abrangente e sólida nos três níveis de atuação. Possui qualificação para resolver os problemas associados às doenças mais prevalentes. Possui preparo para trabalhar, também, em comunidades com recursos médicos limitados. Possui sabedoria para encaminhar os casos que extrapolam as suas condições em resolvê-lo. Tem conhecimento da cultura médico-popular.

Comprometido com as transformações da sociedade

Conhece a realidade socioeconômica-cultural do meio em que atua, principalmente daqueles aspectos ligados à saúde. Possui visão holística do ser humano. Analisa permanentemente o ambiente em que atua, aproveitando as oportunidades para propor implantação de alternativas que conduzam a uma sociedade mais sadia e justa.

Comprometido com a defesa da vida

Desenvolve as suas atividades e toma decisões pautadas a partir de valores e convicções éticas e morais. Ajuda os parceiros a guiarem-se por valores éticos e morais. Sente-se gratificado em prestar atendimento ao enfermo. Pesquisa soluções que reforcem a defesa da vida. Destaca-se como parceiro das pessoas em busca da saúde.

Comprometido com o autodesenvolvimento

Assume o compromisso de manter-se atualizado, adotando sempre uma atitude crítica e de busca de aperfeiçoamento pessoal e profissional. Incentiva o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores.

Cooperativo

Tem capacidade para trabalhar em equipe, inclusive interdisciplinar, e sabe valorizar o trabalho e o esforço de todas as pessoas do seu grupo, na busca da saúde. Com base nas situações surgidas em sua área de atuação, tem

condições de perceber quando e como deve assumir a liderança da situação e, também, quando deve assumir o papel de liderado. Compartilha recursos e idéias e estabelece as parcerias necessárias para o sucesso do seu trabalho em grupo.

Criativo, dotado de capacidade analítica e capaz de tomar decisões

Tem discernimento na análise das diferentes situações; inova na apresentação de alternativas e determina o curso de ação com agilidade na resolução de problemas; propõe as soluções mais adequadas.

8. CAMPOS DE ATUAÇÃO

O Curso de Medicina deve graduar o médico, proporcionando-lhe formação geral e sólida para atuar:

- na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento de doenças e na reabilitação de pessoas;
- nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nas atenções primária e secundária;
- no atendimento ambulatorial de problemas clínicos e cirúrgicos e no atendimento inicial das urgências e emergências em todos os ciclos da vida;
- no sistema hierarquizado da saúde e em equipe multiprofissional;
- e prosseguir sua formação, especializando-se em áreas básicas, clínicas ou cirúrgicas, visando à sua atuação no exercício da medicina, da pesquisa ou da docência.

9. DIRETRIZES CURRICULARES

As diretrizes foram definidas internamente e estão de acordo com a proposta das Escolas Médica, consolidada no XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, em Petrópolis, enviada pela ABEM ao MEC, para ser analisada pelo Conselho Nacional de Educação.

Diretrizes curriculares do Curso de Medicina Gerais

- O currículo deve estar comprometido com o paradigma da defesa da vida.
- O currículo deve ser adequado às necessidades de saúde da população, ouvidos os órgãos gestores do sistema de saúde e a comunidade.
- O currículo deve ser centrado e baseado nas necessidades da comunidade.
- O currículo deve estabelecer oportunidades de aprendizagem nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde.
- O currículo deve assegurar a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes indispensáveis à prática médica.
- O currículo deve oferecer condições, para que o aluno compreenda o paciente e seus problemas de saúde no seu contexto social, cultural, familiar e econômico.
- O currículo deve desenvolver a capacidade de tomar decisões entre tecnologias disponíveis, levando em conta a preservação da qualidade do atendimento e a relação custo-benefício.

Conteúdo

- O conteúdo do currículo deve ser dinâmico, adaptando-se às necessidades da sociedade.
- O currículo deve ser baseado no perfil epidemiológico da Região.
- O currículo deve incorporar de forma racional os novos conhecimentos científicos e tecnológicos.
- O

currículo deve enfatizar a integração das diversas áreas de conhecimento.

Metodologia

- O Curso de Medicina deve aplicar uma metodologia de ensino centrada no aluno, que favoreça a consciência do processo de aprendizagem, a capacidade de análise, a iniciativa, a responsabilidade e o autodesenvolvimento.
- O currículo deve propiciar aos estudantes atuação na comunidade ao longo de todo o Curso.
- A metodologia aplicada deve propiciar o trabalho multidisciplinar e em equipe.
- O modelo pedagógico deve permitir a incorporação de novas metodologias.
- A metodologia deve capacitar o aluno para a educação continuada.

Estudantes

- O Curso de Medicina deve favorecer o fortalecimento das relações interpessoais (aluno/paciente, professor/aluno, aluno/aluno).
- O processo de aprendizagem deve considerar o aluno nos seus aspectos cognitivo, afetivo e social, devendo estar assegurado ao aluno o acompanhamento psicopedagógico.
- O Curso de Medicina deve estimular nos alunos o compromisso com a comunidade e com a Instituição.
- O Curso de Medicina deve formar os alunos de acordo com os princípios éticos e morais da profissão.

Professores

- No processo ensino-aprendizagem, o professor assume o papel de tutor.
- O professor deve estar comprometido com seu aperfeiçoamento técnico e pedagógico e com o exercício da docência.
- O professor deve se conduzir de acordo com os princípios éticos e morais da profissão.

Avaliação

☐ O sistema de avaliação deve ser periódico, utilizar metodologia adequada e envolver docentes, discentes e consultores externos, nos seguintes aspectos:

- a) objetivos educacionais - quanto à sua adequação e se estão sendo atingidos;
- b) processo ensino-aprendizagem - quanto aos métodos educacionais, conteúdo, ambientes e o próprio sistema de avaliação;
- c) aluno - quanto à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes;
- d) professores - quanto ao seu desempenho nas atividades de ensino, pesquisa e extensão;
- e) Instituição - quanto à sua estrutura organizacional e processo gerencial.

Compromissos Institucionais

A Faculdade de Medicina deve:

- promover integração entre ensino, pesquisa e assistência.

- prover ambientes físicos adequados aos métodos educacionais escolhidos.
- estar comprometida com a defesa de políticas de interesse coletivo, especialmente nas áreas de educação e saúde.
- constituir uma estrutura hierarquizada, sem autoritarismo.

10. O CURRÍCULO: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

Com o objetivo de estabelecer um modelo de currículo que possibilitasse a formação do profissional com o perfil desejado, orientado pelo perfil epidemiológico do Estado/Região e tendo como princípios norteadores as diretrizes curriculares definidas, foi designada em maio de 1999, pelo Conselho Departamental da Faculdade de Medicina, uma Comissão de Reforma Curricular, responsável pela formatação de um novo modelo pedagógico, apresentado no presente documento.

Currículo de um Curso de Graduação é o conjunto planejado de atividades que conduzem os alunos ao longo do período de formação; é o processo mediante o qual uma Instituição cumpre sua missão. O currículo envolve, portanto, todos os aspectos relacionados ao processo ensino-aprendizagem e não se restringe à mera grade de disciplinas. Estes aspectos são constituídos pelos objetivos do Curso; as competências a serem desenvolvidas pelos estudantes; as metodologias utilizadas; os recursos pedagógicos disponíveis; as atitudes de alunos, professores, funcionários e detentores de cargos da administração na Universidade; os ambientes de treinamento; a distribuição da carga horária; os conteúdos; as atividades de pesquisa e extensão disponíveis; e quaisquer outros fatores determinantes do aprendizado.

Entendemos, pois, Currículo como um processo dinâmico, nunca cristalizado, em permanente construção, que requer, para a sua implantação e adequado desenvolvimento, acompanhamento e aperfeiçoamento, com participação ativa de todos os envolvidos em quaisquer de suas atividades. É fundamental que tenhamos a visão do todo, dos objetivos maiores, para que, a partir do nosso compromisso com a Instituição, possamos contribuir positivamente para o cumprimento da Missão da Faculdade de Medicina.

Apresentamos, a seguir, as principais características do currículo a ser implantado.

a) Estrutura geral

O Curso de Medicina é estruturado em 12 semestres, sendo o período letivo de, pelo menos, 100 dias. Os conteúdos essenciais (nucleares) obrigatórios estão contidos nos módulos sequenciais, nos módulos longitudinais - Desenvolvimento Pessoal e Assistência Básica em Saúde, e no Internato. Os conteúdos complementares são oferecidos em disciplinas eletivas.

O primeiro contato dos alunos com a UFC e a Faculdade de Medicina ocorrerá no módulo "Educação e Medicina" que está sob a responsabilidade da Coordenação do Curso e contará com a participação do Centro Acadêmico XII de Maio.

b) Internato de 2 anos

O Internato de dois anos representa uma importante conquista do Currículo. Esta é uma antiga reivindicação dos alunos, com ampla aceitação entre os professores. Como parte do Programa de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina, a avaliação do Internato, realizada em julho de 2000, recebeu, de um grande número de alunos, a sugestão do Internato em 2 anos, sendo também apontado em muitos casos como fator de melhoria da qualidade do processo ensino-aprendizagem naquele período do Curso. Depoimentos dos Internos foram determinantes, para que o Currículo proporcionasse o Internato de dois anos.

A importância do internato para o processo ensino-aprendizagem no nosso Curso pôde ser evidenciada no Teste de Qualificação Cognitiva –TQC, da CINAEM, realizado em novembro de 1999, em que as médias dos alunos da FM/UFC, nos 4 primeiros anos, são inferiores às médias nacionais e iguam e ultrapassam as médias naci

onais no 5º e 6º anos, quando passam a ter vivência hospitalar efetiva (Anexo III).

c) Ciclo básico e ciclo profissional

Um dos grandes dilemas da educação médica a ser superado no novo currículo é a dissociação entre o ciclo básico e o ciclo profissional, cuja integração deve ser promovida progressivamente. No ciclo básico, a estratégia é inserir nos conteúdos dos módulos aspectos clínicos, especialmente ligados à semiologia clínica e diagnóstica dos diversos sistemas orgânicos. Por outro lado, temas das disciplinas básicas devem ser retomados sempre que necessário no ciclo clínico; dessa forma, professores de um ciclo podem, e devem, ser convidados pelos coordenadores dos módulos a participarem de módulos do outro ciclo. A integração básico-clínica também pode ser favorecida pela implementação de disciplinas eletivas.

d) Integração e organização por sistemas

A integração de disciplinas é hoje uma recomendação considerada prioritária por quantos se dedicam ao estudo da educação médica e figura no Anteprojeto de Diretrizes Curriculares Nacionais da ABEM/MEC. É reconhecido que conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos em trabalho interdisciplinar ficam retidos por tempo prolongado e sua recuperação, em momento oportuno, torna-se facilitada. No presente currículo, a integração se torna possível pela organização dos assuntos por sistemas dispostos em módulos consecutivos, nos quais várias disciplinas contribuem de forma harmônica para alcançar os objetivos propostos. A organização por sistemas está sendo adotada por outras escolas no País, como a Escola Paulista de Medicina, e fora do país, como a Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard.

Nos dois primeiros semestres, a integração mais forte é entre as disciplinas de Anatomia, Histologia e Embriologia, Fisiologia, Farmacologia e Bioquímica. No terceiro semestre, ocorre a integração entre Imunologia, Microbiologia, Parasitologia e Patologia, podendo estender-se para a Epidemiologia. O quarto semestre representa uma ligação entre o ciclo básico e o ciclo profissional, em que temos a integração entre Anatomofisiopatologia, Farmacologia e Semiologia. No ciclo profissional, a integração se dá mais fortemente entre as abordagens clínica e cirúrgica dos temas. Nos módulos longitudinais, busca-se a integração entre as disciplinas nos semestres consecutivos e também com os módulos seqüenciais.

e) Estrutura modular

Definimos por módulos as unidades didáticas formadas por disciplinas, que trabalham de forma articulada. A estrutura modular possibilita uma concentração maior dos alunos sobre um determinado assunto e permite a divisão da turma em grupos menores, o que melhora a relação professor-aluno e, conseqüentemente, se reflete de maneira positiva no processo ensino-aprendizagem. As avaliações ficam também melhor distribuídas, evitando-se o estresse indesejável a que os alunos estão hoje submetidos pela proximidade de provas de até 7 disciplinas, que se desenvolvem de modo paralelo e dissociado. O currículo é organizado a partir de dois tipos de módulos:

e.1 Módulos seqüenciais:

Os módulos seqüenciais se desenvolvem um por vez no ciclo básico, enquanto que, no ciclo profissional, dois módulos se desenvolvem simultaneamente.

e.2 Módulos longitudinais:

O módulo longitudinal de Desenvolvimento Pessoal reúne assuntos relacionados aos aspectos humanísticos da Medicina, enquanto que o de Assistência Básica em Saúde agrega aspectos da Saúde Coletiva e da Atenção Básica. Os módulos têm uma pequena carga horária semanal (4h cada módulo), ao longo de todo o Curso, de modo a garantir um contato permanente do aluno com estes temas de forma contínua, consistente, articulada internamente e com as outras atividades do Curso, favorecendo a sua progressiva incorporação para a vida profissional.

e.2.1. O Módulo de Desenvolvimento Pessoal

Agrega as disciplinas relacionadas à Ética, à Psicologia e às Ciências Sociais e tem por objetivo estimular

nos alunos o compromisso com a defesa da vida, para que possam desenvolver suas atividades e tomar decisões a partir de valores e convicções éticas e morais. Isto requer não só a aquisição de conhecimentos mas, principalmente, o desenvolvimento de habilidades e atitudes que favoreçam uma visão integral do ser humano. Nesse módulo, semanalmente, parte da carga horária será reservada para atividades de "vivências", durante as quais os alunos terão a oportunidade de expressar seus interesses, dificuldades, motivações, dúvidas ou propor temas para discussão em grupo. Os objetivos propostos extrapolam os limites do módulo e devem perpassar todas as atividades que compõem o currículo do Curso de Medicina. Todos os professores da FM/UFC, e não somente os responsáveis por este módulo, devem estar atentos às oportunidades para o aprimoramento da formação ética, psicológica e humanística dos alunos.

A continuidade do módulo se faz a cada semestre, com as seguintes disciplinas: Evolução Histórica, Científica e Ética da Medicina; Psicologia do Desenvolvimento Humano; Saúde, Cultura e Sociedade; Psicologia Médica; Bioética e Cidadania; Psicopatologia; Saúde Comunitária; e Medicina Legal e Deontologia Médica. No Internato, serão realizados seminários de Bioética e Grupos Balint para discussão de situações ou assuntos relacionados à Ética Médica.

e.2.2. O Módulo de Atenção Básica em Saúde

Agrega temas relacionados à Medicina Social e à Atenção Primária e Secundária em Saúde, objetivando o conhecimento da realidade socioeconômica-cultural do nosso meio, principalmente os aspectos ligados à saúde, de modo que os alunos desenvolvam uma visão coletiva destes problemas, como parceiros das pessoas em busca da saúde e contribuam para uma sociedade mais sadia e justa. O objetivo maior é tornar o médico um cidadão comprometido com as transformações da sociedade. Nesse módulo, fica privilegiada a prática médica ao nível primário e secundário de atenção à saúde, em integração com o Sistema Único de Saúde, em acréscimo às oportunidades de treinamento ao nível terciário, que já se desenvolve nos hospitais universitários. A LEI FEDERAL Nº 8.080, de 1990, que regulamenta as ações e serviços de saúde, no Título IV- Parágrafo único, determina: “Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional”. Além disso, as diretrizes curriculares dos Cursos de Medicina enviadas ao MEC prevêem médicos aptos a trabalhar nos três níveis de atenção, “com ênfase nos níveis primário e secundário”. Os objetivos do módulo, à semelhança do descrito para o módulo de Atenção Básica em Saúde, extrapolam os limites de sua carga horária e devem ser buscados em cada um dos módulos sequenciais.

O Módulo de Atenção Básica em Saúde se desenvolve a cada semestre, através das seguintes disciplinas: Fundamentos da Prática e da Assistência Médica; Diagnóstico de Saúde da Comunidade; Epidemiologia e Bioestatística; Medicina Preventiva; Atenção à Saúde da Criança; Atenção à Saúde da Criança e da Gestante; Assistência Básica à Saúde do Adulto I; Assistência Básica à Saúde do Adulto II; e Internato em Saúde Comunitária.

f) Módulos optativos

Os módulos optativos abordam conteúdos complementares e garantem a necessária flexibilidade ao Curso, conforme preceito das diretrizes curriculares da ABEM/MEC. A amplitude de temas a serem propostos depende exclusivamente do potencial do corpo docente da Faculdade de Medicina e até mesmo da UFC, podendo se estender a áreas de interesse além da medicina/saúde. Nestas disciplinas, a carga horária, a metodologia e o número de vagas serão determinados em função das condições de infra-estrutura e objetivos determinados. Devem ser oferecidas disciplinas com carga horária de 20 a 40 horas, nas 2 últimas semanas do semestre, e os alunos devem cumprir 60 horas em cada um dos semestres, do 5º ao 8º.

Até 25% da carga horária dos módulos optativos poderá ser atribuída a atividades de pesquisa e de extensão, condicionadas a efetivo acompanhamento e avaliação. Sabemos hoje, pela análise dos questionários aplicados aos internos em julho de 2000, que, durante o período de formação na graduação, 87,7% deles participaram de pelo menos uma das três atividades universitárias, de modo remunerado ou não, seja na iniciação científica, na monitoria ou

na extensão. As três atividades foram exercidas por 15,0% dos internos; participaram de duas delas 37,6% e de apenas uma, 34,7%. Participaram de iniciação científica 59,5% dos alunos, de monitoria, 63% e de extensão, 32,4%. A integração ensino-pesquisa-extensão é desejável e os módulos optativos constituem uma real oportunidade para isto. Durante o exercício destes programas, talentos são revelados, refletindo-se, inclusive, nas futuras opções profissionais.

g) Horário livre

Em todos os semestres, com exceção do Internato, estão previstos pelo menos dois períodos livres por semana, para que os alunos possam se dedicar ao estudo, a atividades acadêmicas e a assuntos de seu interesse. Atualmente, alguns semestres têm carga de 40 horas semanais, além de atividades de plantões, ocasionando estresse e sobrecarga de trabalho aos alunos. No internato, está previsto um período livre por semana.

h) Metodologia

A escolha da metodologia a ser utilizada em cada módulo deve ser feita respeitando-se as diretrizes curriculares definidas no Curso de Medicina da UFC e as Diretrizes da ABEM/MEC, ressaltando-se o papel mais ativo do aluno, o trabalho em pequenos grupos, o papel de tutor desempenhado pelo professor, o desenvolvimento dos temas com base em casos e situações reais ou simulados, a utilização de ambientes e recursos adequados, a necessidade de avaliação de habilidades e atitudes, além da avaliação de conhecimentos.

Chamamos a atenção para o perfil do profissional a ser formado, em que várias qualificações dependem essencialmente da metodologia aplicada. Há necessidade de capacitação pedagógica dos docentes e preparação dos alunos para a adoção de metodologias inovadoras, sob pena de não alcançarmos nossos objetivos. É imprescindível que cada docente, ao planejar suas atividades didáticas, tenha sempre em mente o perfil do médico a ser formado como objetivo e procure responder à pergunta: como as nossas atividades estão contribuindo para a formação deste profissional?

A combinação de estratégias educacionais é salutar, desde que sejam escolhidas segundo os objetivos educacionais desejados, cada uma com suas indicações didáticas e aproveitando-se o melhor de cada estratégia. É muito importante que se disponibilize para os professores uma assessoria pedagógica.

i) Atividades práticas

As atividades práticas devem ser enfatizadas e constituir a base para a aprendizagem, evitando-se a “teorização” das mesmas. Faz-se necessária uma melhoria da nossa infra-estrutura laboratorial e de atendimento ambulatorial. Novos espaços devem ser buscados, especialmente tendo-se em vista a necessidade de se oferecer treinamento nos níveis primário e secundário de atenção à saúde.

j) Avaliação

A implantação do projeto pedagógico, como um processo dinâmico, em permanente construção, pressupõe a adoção de um sistema de avaliação que possibilite o acompanhamento e o aperfeiçoamento do currículo.

O sistema de avaliação a ser implantado deve ser periódico, envolvendo docentes, discentes, funcionários técnico-administrativos e consultores externos. Devem ser planejadas avaliações dos objetivos educacionais, do processo ensino-aprendizagem, de alunos, de professores e da Instituição.

A aprovação e a progressão dos alunos no Curso, respeitando os critérios da UFC, seguirão normas específicas, detalhadas no projeto pedagógico. No entanto, é imprescindível a inclusão de uma avaliação formativa, que dê ao aluno um “*feed-back*” sobre o seu rendimento, ainda com tempo hábil para a melhoria do seu desempenho. A avaliação dos alunos deve abranger todo o processo de formação profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes, estendendo-se também ao Internato.

ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA

a) Estrutura curricular e carga horária dos módulos

MÓDULO	CARGA HORÁRIA	MÓDULO	DISCIPLINAS
SEMESTRE 1			
1	32	EDUCAÇÃO E MEDICINA	Coordenação do Curso
2	96	BIOLOGIA CELULAR E MOLECULAR	Genética / Histologia e Embriologia / Bioquímica / Farmacologia
3	72	GÊNESE E DESENVOLVIMENTO	Genética / Histologia e Fisiologia / Embriologia / Farmacologia
4	104	APARELHO LOCOMOTOR	Histologia e Embriologia / Anatomia / Fisiologia / Farmacologia
5	136	SISTEMA NERVOSO	Anatomia / Histologia e Fisiologia / Embriologia / Farmacologia
6	68	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Fundamentos da Prática e da Assistência Médica
7	68	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Evolução Histórica, Científica e Ética da Medicina
	576		
SEMESTRE 2			
1	48	PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA	Farmacologia
2	60	SISTEMA CARDIOVASCULAR	Anatomia / Histologia / Embriologia / Fisiologia
3	60	SISTEMA RESPIRATÓRIO	Anatomia / Histologia / Embriologia / Fisiologia
4	88	SISTEMA DIGESTÓRIO	Anatomia / Histologia e Embriologia / Fisiologia / Bioquímica
5	88	SISTEMA ENDÓCRINO	Anatomia / Histologia e Embriologia / Fisiologia
6	88	SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO	Anatomia / Histologia e Embriologia / Fisiologia
7	72	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Diagnóstico de Saúde da Comunidade
8	72	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Psicologia do Desenvolvimento Humano
	576		
SEMESTRE 3			
1	144	PROCESSOS PATOLÓGICOS GERAIS	Farmacologia / Imunologia / Microbiologia / Parasitologia / Patologia
2	144	RELAÇÃO PARASITOHOSPEDEIRO	Imunologia / Microbiologia / Parasitologia / Patologia
3	144	IMUNOPATOLOGIA	Imunologia / Microbiologia / Parasitologia / Patologia
4	72	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Epidemiologia e Bioestatística

5	72	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Saúde, Cultura, Ambiente e Trabalho
	576		
SEMESTRE 4			
1	216	ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS	Semiologia / Anatomofisiopatologia / Farmacologia
2	216	ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DAS GRANDES SÍNDROMES	Semiologia / Anatomofisiopatologia / Farmacologia
3	72	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Saúde Comunitária
4	72	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Psicologia Médica
	576		
SEMESTRE 5			
1	96	CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTÓRIO	Gastroenterologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
2	48	NUTROLOGIA	Nutrição / Cirurgia / Pediatria / Geriatria
3	48	ENDOCRINOLOGIA: CLÍNICA E CIRURGIA	Endocrinologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
4	96	CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO CARDIOVASCULAR	Cardiologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
5	96	PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA	Pneumologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
6	64	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Assistência Básica à Saúde da Criança
7	64	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Bioética e Cidadania
8	60	OPTATIVO	Disciplinas optativas
	572		
SEMESTRE 6			
1	96	NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA	Pediatria / Obstetrícia
2	96	PEDIATRIA E CIRURGIA PEDIÁTRICA	Pediatria / Cirurgia
3	96	GINECOLOGIA	Ginecologia
4	96	NEFROLOGIA E UROLOGIA	Nefrologia / Urologia
5	64	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Assistência Básica à Saúde da Criança e da Gestante
6	64	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Psicopatologia
7	60	OPTATIVO	Disciplinas optativas
	572		
SEMESTRE 7			

1	96	DOENÇAS INFECCIOSAS	Doenças Infecciosas / Microbiologia / Parasitologia / Imunologia / Farmacologia
2	48	DERMATOLOGIA	Dermatologia / Cirurgia / Cirurgia Plástica
3	48	HEMATOLOGIA	Hematologia / Farmacologia
4	96	GERIATRIA	Geriatría / Farmacologia
5	48	REUMATOLOGIA	Reumatologia / Farmacologia
6	48	ONCOLOGIA	Clínica Médica / Cirurgia / Medicina preventiva / Farmacologia
7	64	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Assistência Básica à Saúde do Adulto I
8	64	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Medicina Preventiva
9	60	OPTATIVO	Disciplinas optativas
	572		
SEMESTRE 8			
1	96	URGÊNCIAS MÉDICAS	Clínica Médica / Cirurgia / Pediatria
2	48	OTORRINOLARINGOLOGIA	Otorrinolaringologia
3	48	TRAUMATO-ORTOPEDIA	Traumatologia e Ortopedia
4	48	NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA	Neurologia / Neurocirurgia / Farmacologia
5	48	PSIQUIATRIA	Psiquiatria / Farmacologia
6	48	TERAPIA INTENSIVA	Clínica Médica / Cirurgia / Pediatria
7	48	OFTALMOLOGIA	Oftalmologia
8	64	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Assistência Básica à Saúde do Adulto II
9	64	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Medicina Legal e Deontologia Médica
10	60	OPTATIVO	Disciplinas optativas
	572		

INTERNATO COM DURAÇÃO DE 23 MESES - 01MÊS DE FÉRIAS E 1 MÊS DE ESTÁGIO ELETIVO

SEMESTRES 9 e 10			
1	1248	INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA 26 SEMANAS / 48H	Mínimo de 05 meses
2	936	INTERNATO EM SAÚDE COMUNITÁRIA 26 SEMANAS / 36H	Mínimo de 04 meses 01 mês no CRUTAC 01 mês em Urgência/Emergência
SEMESTRES 11 E 12			
1	768	INTERNATO EM CIRURGIA 16 SEMANAS / 48H	Mínimo de 03 meses 01 mês em Urgência/Emergência
2	768	INTERNATO EM PEDIATRIA 16 SEMANAS / 48H	Mínimo de 03 meses 01 mês em Urgência/Emergência
3	768	INTERNATO EM TOCGINECOLOGIA 16 SEMANAS / 48H	Mínimo de 03 meses 01 mês em Urgência/Emergência

SÍNTESE DA CARGA HORÁRIA POR SEMESTRE

SEMESTRE	CARGA HORÁRIA
S1	576
S2	576
S3	576
S4	576
S5	572
S6	572
S7	572
S8	572
Subtotal	4.592
INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA	1.248
INTERNATO EM SAÚDE COMUNITÁRIA	936
INTERNATO EM CIRURGIA	768
INTERNATO EM PEDIATRIA	768
INTERNATO EM TOCOGINECOLOGIA	768
Subtotal	4.488
TOTAL	9.080

b) Modelo de distribuição dos módulos ao longo dos semestres

S1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
EDUCAÇÃO E MEDICINA	BIOLOGIA CELULAR E MOLECULAR				GÊNESE E DESENVOLVIMENTO			APARELHO LOCOMOTOR			SISTEMA NERVOSO						
FUNDAMENTOS DA PRÁTICA E DA ASSISTÊNCIA MÉDICA																	
EVOLUÇÃO HISTÓRICA, CIENTÍFICA E ÉTICA DA MEDICINA																	

S2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA	SISTEMA.CARDIOVASCULAR				SISTEMA RESPIRATÓRIO			SISTEMA DIGESTÓRIO			SISTEMA ENDÓCRINO			SIST. GÊNITOURINÁRIO			
DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE																	
PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO																	

S3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
PROCESSOS PATOLÓGICOS GERAIS					RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO						IMUNOPATOLOGIA						
EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA																	
SAÚDE, CULTURA, AMBIENTE E TRABALHO																	

S4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS									ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DAS GRANDES SÍNDROMES								
SAÚDE COMUNITÁRIA																	
PSICOLOGIA MÉDICA																	

S5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
CLÍNICA E CIRURGIA DO AP. DIGESTÓRIO									CLÍNICA E CIRURGIA DO AP. CARDIOV.								
ENDOCRINOLOGIA: NUTROLOGIA CLÍNICA E CIRURGIA									PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA								
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA																	
BIOÉTICA E CIDADANIA																	
																	OPTATIVO

S6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA									GINECOLOGIA								
PEDIATRIA CLÍNICA E CIRURGIA									UROLOGIA E NEFROLOGIA								
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA E DA GESTANTE																	
PSICOPATOLOGIA																	
																	OPTATIVO

S7

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
DOENÇAS INFECCIOSAS									GERIATRIA								
D ERMATOLOGIA				HEMATOLOGIA				REUMATOLOGIA				ONCOLOGIA					
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE ADULTO I																	
MEDICINA PREVENTIVA																	
																	OPTATIVO

S8

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
URGÊNCIAS MÉDICAS									NEUROLOGIA E NEUROCIURGIA			TERAPIA INTENSIVA					
OTORRINOLARINGOL.				TRAUMATO-ORTOP.				PSIQUIATRIA				OFTALMOLOGIA					
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO ADULTO II																	
MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA MÉDICA																	
																	OPTATIVO

12. EMENTÁRIO DOS MÓDULOS

SEMESTRE 1

S1M1 - EDUCAÇÃO E MEDICINA

O ser humano na dimensão biopsicossocial. Características geográficas e sociais da região Nordeste. A Universidade na sociedade atual. Estrutura e funcionamento da UFC. Visão geral da Medicina e do exercício profissional. O papel do médico. O acesso à informação. O perfil do médico a ser formado. O currículo do Curso de Medicina: estrutura e modelo pedagógico.

S1M2- BIOLOGIA CELULAR E MOLECULAR

Moléculas da vida e reações enzimáticas. Estrutura celular: principais componentes e organelas. Integração celular: junções celulares, adesão celular e matriz extracelular. Etapas e controle do ciclo celular. Replicação gênica. Transcrição e síntese protéica. Técnicas de biologia molecular. Metabolismo celular e produção de energia. Receptores de membrana e os sistemas de transdução de sinais biológicos.

S1M3- GÊNESE E DESENVOLVIMENTO

Gametogênese e fertilização humana. Implantação e desenvolvimento do ovo. Formação do embrião humano e malformações congênitas. Placenta e membranas fetais. Desenvolvimento dos tecidos e órgãos do corpo humano. O período fetal. Fundamentos da microscopia ótica. Características gerais dos principais tecidos do corpo humano. Morfofisiologia do sistema hematopoiético. Coagulação do sangue. Morfofisiologia do sistema imunológico. O princípio da homeostase.

S1M4- APARELHO LOCOMOTOR

Embriologia do sistema muscular e esquelético. As características gerais dos tecidos ósseo e muscular. As relações anatômicas do esqueleto e músculos do corpo humano. As estruturas do corpo humano e as correspondentes imagens. Fundamentos dos métodos diagnósticos por imagem. As características mecânicas dos ossos e dos músculos. Transporte através da membrana. Potencial de membrana e os mecanismos envolvidos no potencial de ação. Função das fibras musculares esqueléticas. O exercício e o condicionamento físico. Ação de fármacos sobre os tecidos ósseo e muscular. Semiologia do aparelho locomotor.

S1M5- SISTEMA NERVOSO

Embriogênese do sistema nervoso. Principais tipos celulares componentes do sistema nervoso. Estruturas anatômicas e organização do sistema nervoso central e periférico. Imagens das estruturas. Impulso nervoso. Estrutura e organização do sistema nervoso autônomo. Sistemas sensitivos gerais e especiais da audição e da visão. Integração neuroendócrina. Ritmos biológicos. Regulação da postura e locomoção. Funções corticais superiores. Principais fármacos com ação sobre o sistema nervoso. Semiologia do sistema nervoso.

S1M6- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: FUNDAMENTOS DA PRÁTICA E DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

O processo saúde-doença. Evolução das práticas médicas. Políticas de saúde. Organização dos serviços de saúde. A reforma sanitária. Sistema Único de Saúde. Diretrizes e objetivos do SUS. Integração docente assistencial. Ações preventivas básicas: hidratação oral, vacinação, incentivo ao aleitamento materno e condutas em IRA, crescimento e desenvolvimento da criança. Educação e saúde. Primeiros socorros: hemorragia e choque; fraturas; urgências clínicas e ambientais; reanimação cardiopulmonar cerebral.

S1M7- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: A EVOLUÇÃO HISTÓRICA, CIENTÍFICA E ÉTICA DA MEDICINA

História da Medicina. Evolução da formação do raciocínio clínico na Medicina desde Hipócrates aos nossos dias, levando em consideração as contribuições herdadas da filosofia, da ciência moderna e da ética médica. Bioética e Ciências. O estudante de Medicina e as entidades médicas (Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, Sindicato dos Médicos)

icos e Centro Médico Cearense). Bioética e Clínica (estudo de casos). Metodologia científica: construção da nomenclatura médica, análise crítica e interpretação dos resultados da pesquisa científica.

SEMESTRE 2

S2M1 – PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA

Evolução histórica e conceitos básicos da Farmacologia. Identificação dos mecanismos farmacocinéticos relacionados à absorção, distribuição, biotransformação e excreção dos fármacos (farmacocinética). Mecanismos gerais de ação dos fármacos (farmacodinâmica). Interação entre fármacos.

S2M2- SISTEMA CARDIOVASCULAR

Embriogênese do aparelho circulatório e malformações congênitas. Estruturas do sistema circulatório e correspondentes imagens. Relações anatómicas do coração e dos vasos sanguíneos no corpo humano. Características gerais dos tecidos cardíaco e vascular. Propriedades eletromecânicas do coração e sua representação eletrocardiográfica. O ciclo cardíaco. Hemodinâmica.

S2M3- SISTEMA RESPIRATÓRIO

Principais etapas da embriogênese do sistema respiratório. Os componentes do sistema respiratório, suas características histológicas e correspondentes imagens. Fisiologia da respiração. Principais vias de inervação e vascularização do sistema respiratório. Relações funcionais entre ventilação e perfusão, pulmonar. O processo da hematose e ajustes metabólicos.

S2M4- SISTEMA DIGESTÓRIO

Embriogênese do tubo digestivo. Histologia dos componentes do sistema digestório. Estruturas do sistema digestório e as imagens correspondentes. Principais vias de inervação e vascularização do sistema digestório. Secreção gástrica cloridrótica. Motilidade gastrointestinal. Digestão e absorção dos alimentos. Absorção da água, dos sais, e vitaminas. Semiologia do sistema digestório.

S2M5- SISTEMA ENDÓCRINO

Metabolismo dos alimentos. Produção e utilização de energia. Controle hormonal do metabolismo normal e suas alterações. Metabolismo dos xenobióticos. Anatomia e histologia do sistema endócrino. Fisiologia do eixo hipotálamo-hipofisário, e das glândulas tireóide, paratireóide, adrenal e pâncreas.

S2M6- SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO

Embriogênese do sistema genito-urinário. Anatomia e histologia dos rins, bexiga, órgãos reprodutores e genitálias. Imagens correspondentes a estas estruturas. As relações morfológicas do sistema urinário e reprodutor, masculino e feminino. Principais vias de inervação e vascularização do sistema genito-urinário. Hormônios sexuais masculinos e femininos. O ciclo menstrual. A gravidez e o parto. Métodos anticoncepcionais. Fisiologia renal

S2M7 - ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

Conceitos e identificação de indicadores sociais, econômicos, ambientais e de saúde na análise da situação de saúde, do perfil epidemiológico e das condições de vida da comunidade. Territorialização de riscos em espaços geográficos e sociais específicos. Perfil de saúde de áreas microhomogêneas do Programa de Saúde da Família. Métodos para a realização do diagnóstico de saúde da comunidade e para intervenção em saúde: na prática de saúde pública, na prática clínica e na prática da pesquisa médica ao nível populacional.

S2M8 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Aspectos psicodinâmicos do desenvolvimento humano. As instâncias da personalidade e as fases do desenvolvimento psicosexual segundo a psicanálise Freudiana. Os oito estágios do ciclo vital segundo Erick H. Erickson. Cognição e aprendizagem segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget. Aspectos pragmáticos da comunicação. O ciclo de vida familiar. Aspectos psico-afetivos de uma vida saudável.

MESTRE 3

S3M1 - PROCESSOS PATOLÓGICOS GERAIS

Lesão celular. Reação inflamatória aguda e crônica, as células e mediadores envolvidos, manifestações sistêmicas. Angiogênese e reparação. Alterações do crescimento e da diferenciação celular. Resistência natural inespecífica. Resposta imunológica específica. Processos degenerativos. Aterosclerose. Fatores biopatogênicos, ambientais e genéticos envolvidos em patologias humanas.

S3M2- RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

Protozoários, helmintos e artrópodes de interesse médico – modelos para descrição de aspectos morfológicos dos parasitos e aspectos clínicos e epidemiológicos das parasitoses mais frequentes na região. Bactérias, fungos e vírus envolvidos nas patologias mais importantes em nosso meio - modelos para descrição de aspectos morfofuncionais e patogênicos. Relação parasito-hospedeiro: principais mecanismos de virulência e de escape dos agentes biopatogênicos e a resposta imunológica. Reações de hipersensibilidade. Diagnóstico parasitológico, microbiológico e imunológico das principais patologias. As grandes endemias do Nordeste.

S3M3- IMUNOPATOLOGIA

Imunodeficiências primárias e secundárias: causas, repercussões e diagnóstico. Parasitos oportunistas associados: bactérias, vírus, fungos e protozoários. Autoimunidade e mecanismos de lesão tecidual. Neoplasias, fatores ambientais e genéticos e a resposta imunológica aos tumores. Imunologia dos transplantes.

S3M4 - ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA

Perfil epidemiológico de uma população. Medidas de mortalidade e morbidade. Caracterização e controle de endemias e epidemias. Técnicas de informática aplicadas à saúde e métodos epidemiológicos de estudo. Sistema de vigilância epidemiológica e sanitária.

S3M5 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: SAÚDE, CULTURA, AMBIENTE E TRABALHO

Conceito de Comunidade. A vida comunitária e a teia social. Cultura e saúde. O discurso social na doença. A comunidade na promoção da saúde. O corpo biológico e o corpo social. O doente e o seu meio sócio-cultural. A cultura dos excluídos. A matriz sócio-cultural do imaginário nordestino. Os efeitos da globalização nas estruturas sociais e mentais. Conceito e relações entre saúde, trabalho e ambiente. O contexto atual da globalização. Problemas ambientais globais. Saúde, trabalho e ambiente no Brasil e no Ceará. Metodologias de investigação e instrumentos de intervenção. Desenvolvimento sustentável e qualidade de vida.

SEMESTRE 4

S4M1- ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS

As qualidades do médico e seu compromisso com a vida. Abordagem do paciente. Relação médico-paciente. Anamnese - sinais e sintomas. Abordagem clínica e bases fisiopatológicas e terapêuticas do paciente com sintomas comuns. Exame físico geral e segmentar. Estudo de peças anatomopatológicas. Diagnóstico por imagens. Listagem de problemas do paciente. A elaboração do diagnóstico clínico: anatômico, sistêmico, sindrômico, nosológico e etiológico.

S4M2- ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DAS GRANDES SÍNDROMES

O prontuário médico. Os direitos do paciente. A responsabilidade médica e o sigilo profissional. A abordagem do paciente, bases fisiopatológicas e terapêuticas das grandes síndromes: insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca, insuficiência circulatória aguda (choque), insuficiência renal, insuficiência hepática, coma. O paciente com déficit motor. A medicina baseada em evidências.

S4M3- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: SAÚDE COMUNITÁRIA

Her

ança sociocultural: indígena, africana, européia, e oriental. Os sistemas de representação da doença no Nordeste. Plantas medicinais cientificamente fundamentadas. Farmácias vivas. Medicina popular. Saúde mental comunitária. Medicina holística. Homeopatia. Acupuntura. Crítica ao modelo mecanicista biomédico.

S4M4 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: PSICOLOGIA MÉDICA

A organização da interação humana como sistema. Relações em desenvolvimento: características das relações com grupos de iguais - competição x co-construção; características das relações hierárquicas (pais/filhos; professor/aluno; médico/paciente); autoridade x co-responsabilidade. O trabalho em grupo; A relação médicopaciente; situações especiais na relação médico-paciente; o lugar da perda e da morte na experiência humana.

SEMESTRE 5

S5M1- CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTÓRIO

Afecções da boca e do esôfago. Dor abdominal: fisiopatologia e chaves diagnósticas. Abordagem do paciente com doenças do estômago-duodeno. Doenças do intestino. O paciente colostomizado. Síndrome desabsortiva. Avaliação do paciente com diarreia aguda e crônica. Doenças da vesícula e das vias biliares. Doenças do pâncreas. Doenças do fígado. Avaliação do paciente com icterícia, ascite e hipertensão porta. Icterícia e gravidez. Abordagem multidisciplinar do alcoolismo. Transplante de fígado. Doenças psicossomáticas do aparelho digestório. Aspectos nutricionais em Gastroenterologia. Métodos complementares de diagnósticos. O impacto da doença do aparelho digestório sobre o paciente. Prevenção das doenças do aparelho digestório. Relação médico-paciente – aspectos éticos.

S5M2—NUTROLOGIA

Avaliação do estado nutricional. Necessidades nutricionais. Efeito das doenças sobre o estado nutricional. Dietoterapia - prescrição de dietas. Suporte nutricional: oral, enteral e parenteral. Suporte nutricional em situações especiais. Relação médico-paciente e aspectos éticos. Nutrição e vida saudável.

S5M3 ENDOCRINOLOGIA: CLÍNICA E CIRURGIA

Regulação genética da produção de hormônios. Interação entre hipotálamo, hipófise e órgãos efetores. Avaliação e exame físico do paciente com endocrinopatia. Conduta diagnóstica e terapêutica nas endocrinopatias mais frequentes: doenças hipofisárias, da tireóide e paratireóides, diabete melito, doenças adrenais, obesidade. Implicações clínicas do metabolismo anormal das lipoproteínas. Distúrbios do metabolismo da água e dos eletrólitos. O impacto da doença endócrina sobre o paciente. Prevenção das doenças endócrinas e metabólicas e melhoria da Qualidade de vida. Relação médico-paciente e aspectos éticos.

S5M4- CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO CARDIOVASCULAR

Manifestações importantes da doença cardíaca. Problemas comuns revelados pela ausculta cardíaca. Diagnóstico das doenças cardíacas. Insuficiência cardíaca congestiva. Doenças cardíacas comuns: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, cardiopatia reumática, miocardiopatia dilatada, endocardite infecciosa. Doenças do pericárdio: pericardite aguda, pericardite constrictiva, tamponamento paricárdico. Cardiopatias congênitas comuns: comunicação interatrial, comunicação interventricular, persistência do canal arterial, tetralogia de Fallott. Mixoma atrial, Hipertensão arterial e gravidez. Transplante cardíaco. O impacto da doença cardíaca sobre o paciente e a família e aspectos éticos. Reabilitação do paciente. A prevenção das doenças cardiovasculares e melhoria da qualidade de vida.

S5M5- PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Principais manifestações das doenças pulmonares. Exame do tórax por imagem. Diagnóstico das doenças pulmonares. Doenças pulmonares mais frequentes: pneumonias, doença pulmonar obstrutiva, tuberculose pulmonar, câncer de pulmão, abscesso pulmonar, bronquiectasia. Conduta diagnóstica no nódulo pulmonar solitário e no derrame pleural. Insuficiência respiratória crônica. Outras condições pulmonares: pneumonites, sarcoidose, fibrose cística, granulomatose de Wegner, pneumoconiose. O impacto da doença pulmonar sobre o paciente. Prevenção das doenças respiratórias e condicionamento físico. Reabilitação pulmonar. Relação médico-paciente e aspectos éticos.

S5M6- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA

Morbimortalidade infantil e seus determinantes. Anamnese e exame clínico da criança. Relacionamento médicopaciente-família. Aleitamento materno, recomendações e orientação alimentar, crescimento e desenvolvimento, imunização, saúde oral, atenção ao adolescente. Promoção de uma vida saudável. A estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI). Direitos da criança e do adolescente. Atenção básica à criança com necessidades especiais. Ética em pediatria.

S5M7- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: BIOÉTICA E CIDADANIA

O estudo das implicações éticas de uma ação transdisciplinar em face dos desafios epistemológicos contemporâneos, diante dos novos paradigmas em atenção à saúde. A posição da Bioética como construtora de cidadania. A Bioética como balizadora da legitimidade profissional na área da Saúde. A relação médico-paciente pelo prisma da Bioética.

S5M8- MÓDULOS OPTATIVOS**SEMESTRE 6****S6M1- NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Características do perfil de morbimortalidade perinatal em diversos países e regiões. Características biopsicosociais do ciclo grávido-puerperal. Assistência pré-natal de baixo e de alto risco. Patologias do ciclo grávidopuerperal. Crescimento e desenvolvimento intra-uterino. Mecanismo e assistência do trabalho de parto normal e distócico. Atenção ao recém-nascido (RN) na sala de parto. Assistência ao puerpério normal e patológico. Anamnese e exame clínico do RN. Assistência ao RN no alojamento conjunto. Ações básicas de assistência ao RN normal e de alto risco. Infecções perinatais. Manuseio das patologias neonatais de alta prevalência. Síndromes genéticas e malformações congênitas. Relação médico-paciente e família - aspectos éticos.

S6M2- PEDIATRIA E CIRURGIA PEDIÁTRICA

Anamnese Pediátrica. Semiologia Pediátrica. Aspectos éticos particulares no atendimento à criança: relação médico-paciente e família. Malformações congênitas. Intersexo. Distúrbios do crescimento e do desenvolvimento. Doenças prevalentes na infância: insuficiência respiratória aguda, asma, diarreia, desnutrição, doença febril, doenças infecciosas e AIDS. A estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) e seus componentes: atenção à criança doente de 1 semana a 2 meses de idade; avaliação, classificação e tratamento da criança doente de 2 meses a cinco anos de idade. Conduta diagnóstica e terapêutica nas doenças crônicas da infância. Abordagem clínica das patologias cirúrgicas na infância; aspectos éticos.

S6M3- GINECOLOGIA

Propedêutica ginecológica e relação médico paciente. Aspectos éticos em Ginecologia. Fisiologia do ciclo menstrual e seus distúrbios. Puberdade normal e patológica. Doenças inflamatórias pélvicas e vulvovaginites. Diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Diagnóstico, tratamento e prevenção do câncer ginecológico. Patologias benignas e malignas da mama. Patologias benignas e malignas da vulva, da vagina, do útero e do ovário. Noções de sexologia. Hormoniologia. Intersexo. Infertilidade. Planejamento familiar. Climatério e tratamento de reposição hormonal. Promoção da saúde da mulher.

S6M4- NEFROLOGIA E UROLOGIA

Manifestações comuns das doenças nefrológicas e urológicas. Principais formas de apresentação das glomerulopatias. Avaliação do paciente com doença nefrológica ou urológica. Glomerulopatias primárias. Glomerulopatias secundárias. Insuficiência renal aguda. Insuficiência renal crônica. Litíase urinária. Infecção urinária. Doença renal na gravidez. Transplante renal. Hiperplasia prostática benigna. Prostatite. Câncer de próstata. Câncer de rim, de testículo e de pênis. Tum

ores uroteliais. Urologia feminina. Infertilidade masculina. Disfunção erétil. Bexiga neurogênica. Trauma urogenital. Métodos diagnósticos: laboratoriais, por imagem e endoscópicos. Prevenção das doenças nefrológicas e urológicas. O impacto das doenças nefrológicas e urológicas sobre o paciente. Aspectos éticos em nefrologia e urologia.

S6M5- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA E DA GESTANTE

Diagnóstico clínico e laboratorial de gravidez e semiótica obstétrica. Acompanhamento pré-natal de baixo risco. Identificação de fatores de risco materno-fetal e triagem para o pré-natal de alto risco. Aspectos éticos na assistência pré-natal, uso de medicamentos e receituário médico. Anamnese e exame clínico do recém-nascido (RN). Ações básicas de assistência ao RN normal. Assistência básica ao puerpério. Manuseio das patologias neonatais de alta prevalência. Ações para promoção do aleitamento materno. Bases da alimentação no primeiro ano de vida. Atenção básica à criança com necessidades especiais. Prevenção e assistência às doenças prevalentes na infância: insuficiência respiratória aguda, asma, diarreia, desnutrição, doenças febris e infecções.

S6M6- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: PSICOPATOLOGIA

Que é Psicopatologia. O normal e o patológico. As funções psíquicas elementares: consciência, atenção, orientação, sensopercepção, memória, afetividade, vontade, psicomotricidade, pensamento, juízo da realidade, linguagem, personalidade e inteligência. As grandes síndromes psiquiátricas: ansiosas, depressivas e maníacas, psicóticas, volitivo-motoras, relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, psicorgânicas e relacionadas ao desenvolvimento da personalidade. A avaliação psiquiátrica. O diagnóstico psiquiátrico.

S6M7- MÓDULOS OPTATIVOS

SEMESTRE 7

S7M1- DOENÇAS INFECCIOSAS

Conduta diagnóstica e terapêutica nas doenças infecciosas prevalentes. Doenças virais: AIDS, citomegalovirose, mononucleose infecciosa, caxumba, hepatites, dengue, poliomielite, raiva, doenças exantemáticas, meningoencefalites. Doenças bacterianas: cólera, coqueluche, difteria, salmoneloses, tuberculose, estreptococcias e estafilococcias, peste, tétano, meningites e doença meningocócica. Doenças causadas por espiroquetídeos: leptospirose e sífilis. Doenças causadas por fungos: micoses superficiais, cutâneas, subcutâneas, sistêmicas e oportunistas. Doenças causadas por parasitos: malária, doença de Chagas, leishmanioses visceral e tegumentar, toxoplasmose e parasitoses oportunistas. Protozoos intestinais e helmintoses. Prevenção das doenças infecciosas e parasitárias. Relação médico-paciente-família e aspectos éticos.

S7M2- DERMATOLOGIA

Semiologia dermatológica. Dermatoses do âmbito da Dermatologia Sanitária: hanseníase, leishmaniose tegumentar americana, câncer de pele e doenças sexualmente transmissíveis. Dermatoses de etiologia parasitária, bacteriana, fúngica e viral nos seus aspectos clínicos e epidemiológicos. Doenças dermatológicas alérgicas. Doenças profissionais. Diagnóstico histopatológico e microbiológico. Prevenção e diagnóstico precoce do câncer de pele. Relação médico-paciente. O impacto das dermatopatias sobre o paciente.

S7M3- HEMATOLOGIA

Manifestações comuns das doenças hematológicas: anemia, hemorragia, linfadenopatias, dor óssea, massa abdominal palpável. O diagnóstico das doenças hematológicas. Doenças hematológicas comuns: anemia, leucemias, linfomas malignos, síndromes mielodisplásicas. Distúrbios mieloproliferativos não-leucêmicos. Hemostasia e distúrbios hemorrágicos: vasculares e plaquetários. Distúrbios da coagulação. Mieloma e doenças relacionadas. Transplante de medula óssea. Hemoterapia. Doação de sangue. Aspectos éticos e prevenção de doenças. O impacto da doença hematológica sobre o paciente, a família e o médico.

S7M4- GERIATRIA

Conceitos e aspectos epidemiológicos do envelhecimento. Teorias sobre o processo de envelhecimento e alterações fisiológicas. Características do processo saúde-doença nas pessoas idosas. Princípios da prática geriátrica. Aspectos

farmacológicos e psicológicos. Interações medicamentosas e risco de iatrogenia. Interpretação de exames complementares. Grandes síndromes geriátricas: distúrbios mentais (depressão – demência – delirium); incontinências (urinária e fecal); quedas. Reabilitação geriátrica. Promoção da Saúde: exercícios na terceira idade; dieta saudável; avaliação periódica de saúde das pessoas idosas. Inserção do idoso na sociedade e em diversos tipos de organizações sociais. O impacto do envelhecimento e a perspectiva da morte. Relação médico-paciente-cuidador. Aspectos éticos em geriatria.

S7M5- REUMATOLOGIA

Abordagem do paciente com queixas reumáticas. Laboratório das doenças reumáticas. Síndromes dolorosas da coluna. Reumatismos de partes moles: bursite, tendinite, fibromialgia, síndromes compressivas. Osteoartrose. Osteoporose. Lupus Eritematoso Sistêmico. Artrite Reumatóide. Esclerose Sistêmica. Dermatopolimiosite. Doença Mista do Tecido Conjuntivo. Espondiloartropatias soronegativas: espondilite anquilosante, artrite reativa, artrite psoriática. Manifestações articulares de doenças intestinais inflamatórias crônicas. Gota. Condrocálcinose. Artrite infecciosa. Artrites Crônicas da Infância. Prevenção das doenças reumáticas e reabilitação dos pacientes. O impacto da doença reumática sobre o paciente e a família. Aspectos éticos e relação médico-paciente.

S7M6- ONCOLOGIA

Epidemiologia do câncer no mundo. Epidemiologia do câncer no Brasil e no Ceará. Princípios da biologia molecular aplicados à Oncologia. Etiologia do câncer. Prevenção e detecção precoce do câncer. Oncogenes, genes supressores e citogenética do câncer. Classificação dos tumores e aspectos básicos da conduta terapêutica. O impacto da doença sobre o paciente e a família. Aspectos éticos e relação médico-paciente e família.

S7M7- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO ADULTO I

Atenção primária de saúde objetivando a promoção da saúde, a prevenção e a resolução ou o encaminhamento de condições clínicas prevalentes, exercitando o papel pedagógico do médico e o seu compromisso ético com o paciente, a família e a comunidade. O médico e as dificuldades atuais para o exercício ético da Medicina. A promoção da saúde e a responsabilidade do poder público.

S7M8 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: MEDICINA PREVENTIVA

Principais agravos à saúde de importância em Saúde Pública e sua distribuição no Brasil e no Ceará. Determinantes biológicos e sociais envolvidos na gênese destas patologias e as respectivas medidas de prevenção e controle. Integração com o Sistema Único de Saúde nos programas de controle desenvolvidos pelos serviços oficiais de saúde.

S7M9 – MÓDULOS OPTATIVOS

SEMESTRE 8

S8M1- URGÊNCIAS MÉDICAS

O impacto da emergência e da urgência sobre a equipe médica, o paciente e a família. Aspectos éticos. Prevenção de acidentes. Urgências clínicas: distúrbios psiquiátricos agudos, edema agudo do pulmão, insuficiência circulatória aguda, insuficiência renal aguda, insuficiência respiratória aguda. Distúrbios da consciência. Reanimação cardiopulmonar e cerebral. Urgências pediátricas: clínicas e cirúrgicas. Urgências cirúrgicas: gerais, traumatológica, queimadura, cardiovascular, torácica, abdominal, urológica, proctológica, oftalmológica, otorrinolaringológica. Fundamentos práticos da anestesia, analgesia e sedação.

S8M2- OTORRINOLARINGOLOGIA

Anamnese e semiologia. Doenças infecciosas agudas e crônicas. Deficiências auditivas congênitas e adquiridas. Doenças obstrutivas das vias aéreas superiores. Disfonias e doenças das pregas vocais. Doenças alérgicas. Métodos diagnósticos. Prevenção das doenças otorrinolaringológicas. Aspectos éticos e relação médico-paciente.

S8M3- TRAUMATO-ORTOPEDIA

Abordagem ao paciente e exame clínico. Lesões fundamentais. Lesões epifisárias na infância e na adolescência. Politraumatismo. Fraturas e luxações. Deformidades congênitas e adquiridas. Lesões de esforço repetitivo. Infecções ósteo-articulares: tuberculose, osteomielite, artrite séptica. Tumores ósseos. Reabilitação; próteses e aparelhos. Diagnóstico por imagem. Prevenção em traumatologia. Impacto do trauma sobre o paciente e a família. Aspectos práticos e legais do ato médico. Relação médico-paciente e aspectos éticos.

S8M4- NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

Exame neurológico e diagnóstico de localização. Exames complementares: indicações e limitações. Principais síndromes neurológicas. Diagnóstico e conduta inicial nas doenças neurológicas prevalentes. Estados confusionais agudos. Síndrome de hipertensão intracraniana e edema cerebral. Comas. Estado vegetativo persistente. Morte cerebral e suas implicações legais e éticas. Epilepsias e síncope. Distúrbios do sono e dos ritmos circadianos. Cefaléias. Demências e amnésias. Lesões focais do cérebro. Distúrbios do movimento. Síndromes cerebelares e ataxias. Doenças da medula espinhal, das raízes, plexos e nervos periféricos. Doenças dos músculos e da junção neuromuscular. Doença vascular cerebral. Doenças desmielinizantes. Tumores. Lesões traumáticas. Hidrocefalia. Lesões periparto e anomalias do desenvolvimento do sistema nervoso. Reabilitação em Neurologia. Relação médico-paciente e aspectos éticos e legais.

S8M5- PSIQUIATRIA

Neurobiologia das doenças mentais. Transtornos do humor. Esquizofrenia. Dependências químicas. Transtornos de ansiedade. Transtornos somatoformes. Transtornos de personalidade. O diagnóstico e as classificações psiquiátricas. Utilização de exames laboratoriais e neuroimagem. Manejo clínico e psicofarmacologia dos transtornos mentais. Abordagens psicossociais. Psiquiatria em populações especiais: criança, gestante e idoso. O impacto da doença psiquiátrica sobre o paciente e a família. Saúde mental e cidadania.

S8M6- TERAPIA INTENSIVA

Princípios e indicações de terapia intensiva. Práticas-padrão no cuidado dos pacientes. Monitorização hemodinâmica. Distúrbios do fluxo circulatório. Lesão miocárdica. Insuficiência respiratória aguda. Ventilação mecânica. Suporte nutricional para o paciente grave. Distúrbios neurológicos. Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base. Conduta nas infecções mais comuns em UTI. A humanização da UTI e a recuperação do paciente. O impacto da terapia intensiva sobre o paciente e familiares. O paciente terminal e os limites da medicina moderna. Morte cerebral. O ato médico em terapia intensiva, os direitos do paciente e dos familiares. Aspectos éticos e legais.

S8M7- OFTALMOLOGIA

Abordagem ao paciente e exame clínico. Prevenção das doenças oculares e da cegueira. Doenças da córnea, trato uveal, retina e cristalino. Fundo de olho normal. Fundo de olho na hipertensão arterial, na arteriosclerose, no diabetes, na gravidez e nas doenças renais. Doenças das pálpebras e do aparelho lacrimal. Ametropias e correções da refração. Estrabismos. Transplante de córnea. Aspectos éticos e relação médico-paciente.

S8M8- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO ADULTO II

Anamnese e exame ginecológico e relação médico-paciente. Diagnóstico e tratamento das vulvovaginites e doenças inflamatórias pélvicas. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Orientação e conduta no planejamento familiar. Distúrbios menstruais. Prevenção do câncer ginecológico. Diagnóstico do climatério e tratamento de reposição hormonal. Aspectos éticos do atendimento ginecológico. Assistência ao trabalhador: doenças profissionais. A prescrição médica, atestados.

S8M9- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA

Aspectos práticos e legais do exercício da profissão. Responsabilidade, direitos e deveres do médico. Conduta em situações críticas: morte, situações de emergência. Comunicação de más notícias e perdas a pacientes e familiares. Prescrição de medicamentos, atestados e licenças. Relação médico-paciente: aspectos éticos e direitos dos pacientes crônicos, terminais, com neoplasias. Aspectos éticos e legais nos transplantes. O médico e a saúde pública: doenças de notificação compulsória. A morte e os fenômenos cadavéricos. Legislação. Eutanásia. Problemas médico-legais relativos à identidade, à traumatologia, à tanatologia, à infortunística, à sexologia, ao matrimônio.

S8M10- MÓDULOS OPTATIVOS**SEMESTRES 9 e 10****INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA**

Abordagem do paciente para formulação do diagnóstico clínico, diagnóstico diferencial e conduta clínica em Medicina Interna, numa visão integrada de subáreas do conhecimento médico: cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, infectologia, nefrologia, endocrinologia, reumatologia, hematologia, neurologia, dermatologia, psiquiatria e terapia intensiva. Métodos complementares de diagnóstico e sua aplicação clínica: laboratório, radiologia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, medicina nuclear, eletrocardiografia. Desenvolvimento de habilidades para a realização de exame clínico, adoção de medidas de suporte diagnóstico e terapêutico, atuação nas situações de urgência, formulação de conduta terapêutica e intervenções preventivas visando à promoção da saúde. Grupos Balint de discussão de aspectos éticos. Trabalho em grupo e o cumprimento das normas. Elaboração e organização de prontuários e apresentação de casos clínicos. Utilização da literatura de forma objetiva e crítica. Acompanhamento ético de pacientes em ambulatório e em enfermaria, considerando os aspectos técnicos e psicológicos. Diagnóstico e tratamento das principais urgências e emergências clínicas. Diagnóstico e tratamento dos principais distúrbios psiquiátricos. Principais agentes farmacológicos, sua indicações, contra-indicações e efeitos colaterais. Aspectos práticos e legais do ato médico: prescrição, solicitação de exames, atestados. Comunicação de más notícias e perdas a pacientes e familiares. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

INTERNATO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Abordagem do paciente e da comunidade para identificação dos problemas de saúde. Visão dos problemas do ponto de vista individual e coletivo. Assistência à saúde da criança, da gestante, do adulto e do idoso no nível primário de atenção. Conhecimento do SUS. Familiaridade com o sistema de referência e contra-referência. Critérios para encaminhar os casos que extrapolam a resolutividade do serviço. Trabalho em equipe. Visita domiciliar. Acompanhamento de pacientes em domicílio. Aspectos éticos.

SEMESTRES 11 e 12**INTERNATO EM CIRURGIA**

Abordagem do paciente cirúrgico: anamnese e exame clínico. Fundamentos da cirurgia e da anestesia. Cuidados pré e pós-operatórios. Assepsia, anti-sepsia, infecção em cirurgia. Hemostasia. Cicatrização. Fisiologia respiratória. Anatomia e vias de acesso cirúrgico nas diversas especialidades. Anestesia geral, regional e seus agentes. Diagnóstico das principais patologias cirúrgicas. Exames complementares pré-operatórios. Acompanhamento de pacientes em enfermarias no pré e pós-operatório. Participação na equipe cirúrgica, no posto de auxiliar. Pequenas cirurgias ambulatoriais sob anestesia local. Revisões bibliográficas sobre os temas da clínica cirúrgica. Conduta em casos de emergência orientando o diagnóstico e a terapêutica cirúrgica. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

INTERNATO EM PEDIATRIA

Características de consulta do pré-natal realizada pelo pediatra. Papel do pediatra na sala de parto.

Atendimento ao RN em sala de parto, alojamento conjunto, berçário e banco de leite humano. Atendimento às crianças na idade lactente, pré-escolar, escolar e adolescente no ambulatório e emergência das doenças prevalentes na infância: orientações alimentares, pneumonias, diarreia, otites, doenças febris e exantemáticas, desnutrição, asma, anemia e consulta de retorno. Prevenção de acidentes, saúde oral e imunização. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

INTERNATO EM TOCOGINECOLOGIA

O programa abrange a diagnóstico clínico, laboratorial, radiológico e ecográfico das principais patologias clínicas e cirúrgicas ginecológicas e obstétricas. Noções básicas do relacionamento médico-paciente e ética médica. Conhecimento teórico-prático dos principais diagnósticos diferenciais das dores pélvicas, leucorréias, sangramentos transvaginais e massas ginecológicas. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

13. PROGRESSÃO NO CURSO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A Coordenação do Curso de Medicina organiza os módulos obedecendo à seqüência lógica e sistematizada de conhecimentos e habilidades – **ESTRUTURA CURRRICULAR DO CURSO DE MEDICINA** – que deve ser seguida pelos alunos, observando-se:

Matrícula

- I. A matrícula dos alunos é feita no semestre (e não por módulos), salvo a matrícula de alunos reprovados ou outras situações especiais aceitas pela Coordenação, como ocasionadas por licença-gestante.
- II. A aprovação em todos os módulos do semestre é pré-requisito para a matrícula no semestre seguinte.
- III. O aluno reprovado em um módulo deve repetir o módulo e não progride para o semestre seguinte, salvo se for aceito em matrícula extraordinária.
- IV. A matrícula no Internato só pode ser feita após a integralização dos módulos obrigatórios, que perfazem 4.352 horas e dos módulos optativos, com um mínimo de 240 horas, totalizando 4.592 horas.
- V. No Internato, cujo Regimento deve ser observado, o aluno deve integralizar 4.488 horas, totalizando, no mínimo, 9.080 horas em todo o Curso.

Matrícula Extraordinária

- VI. A matrícula extraordinária pode ser concedida mediante critérios definidos pela Coordenação do Curso, considerando carga horária, a necessidade de atividades presenciais e o pré-requisito do módulo em relação ao semestre seguinte, e, neste caso, o aluno progride para o semestre seguinte e permanece com matrícula extraordinária naquele módulo, devendo submeter-se a todo o processo de avaliação.
- VII. A matrícula extraordinária só pode ser concedida a aluno reprovado por aproveitamento.
- VIII. A matrícula extraordinária só pode ser concedida em um único módulo.
- IX. Se o aluno ficar reprovado no módulo em matrícula extraordinária, repete somente aquele módulo e, neste caso, deve frequentar o módulo e não se matricula no semestre seguinte.
- X. A matrícula extraordinária é vetada em módulos do oitavo semestre, ou seja, o aluno não pode entrar no Internato, tendo matrícula extraordinária em qualquer módulo.

Avaliação de desempenho

XI. A avaliação de desempenho do aluno em cada módulo será feita de acordo com os objetivos determinados. Devem ser observadas as seguintes normas:

1. O aluno poderá submeter-se à Avaliação do Módulo, quando tiver uma frequência igual ou superior a 75%. Quando a frequência for inferior a 75%, o aluno está reprovado no módulo e no semestre. Excepcionalmente, havendo possibilidade de reposição de atividades, o Colegiado da Coordenação do Curso poderá autorizar a realização das avaliações, após a devida reposição.
2. A _____

Avaliação do Módulo – AM - deve envolver avaliação de conhecimentos, de habilidades e de atitudes.

3. Deve ser feita também uma avaliação formativa no decorrer do módulo, não computada para as notas, que oriente o aluno quanto ao seu desempenho em tempo hábil que possibilite uma correção.
4. A **AM** deve ser composta de todas as disciplinas envolvidas no módulo de maneira proporcional aos conteúdos.
5. Para ser aprovado no módulo, o aluno deve obter média 7,0 e um grau de acerto de 50% das questões de cada disciplina na prova escrita.
6. Se a média do módulo for inferior a 7,0 e igual ou superior a 4,0, o aluno estará obrigado a realizar a Avaliação Final do Módulo – AFM.
7. Se a média do módulo for igual ou superior a 7,0, mas o grau de acerto nas questões de qualquer disciplina for inferior a 50%, o aluno tem obrigação de realizar uma Avaliação Específica de Disciplina – AED.
8. Se a média do módulo for inferior a 4,0, o aluno tem direito a realizar um exame de 2ª época no final do semestre.
9. A **AFM** deve ser composta de todas as disciplinas do módulo e o aluno deve ter média igual ou superior a 5,0 e acertar pelo menos 50% das questões de cada disciplina para ser aprovado.
10. Se a média na AFM for igual ou superior a 5,0, mas o grau de acerto em cada disciplina não alcançar 50% das questões, o aluno tem o obrigação a realizar a AED.
11. Se a Média na AFM for inferior a 5,0, o aluno tem direito a realizar o exame de 2ª época no final do semestre.
12. Na **AED**, para ser aprovado, o aluno deve ter um grau de acerto igual ou superior a 50% das questões de cada disciplina.
13. Se o grau de acerto for inferior a 50% em qualquer disciplina, o aluno tem o direito a realizar o exame de 2ª época.
14. O **exame de 2ª época** só pode ser feito em até um máximo de 2 módulos por semestre.
15. O exame de 2ª época deve envolver todas as disciplinas do módulo e o aluno deve obter média 5,0 e acertar 50% das questões de cada disciplina para ser aprovado.
16. Se, no exame de 2ª época, o aluno obtiver média inferior a 5,0 e acertar menos de 50% das questões de cada disciplina, estará reprovado no módulo.
17. O aluno tem direito a realizar 2ª chamada de qualquer avaliação, desde que solicitada até 3 dias após a 1ª chamada.
18. As AFM e AED devem ser realizadas nos sábados consecutivos ao término dos módulos, após a divulgação das AM.
19. Os exames de 2ª época devem ser realizados até a terceira semana após a conclusão do semestre.
20. É de responsabilidade exclusiva do aluno tomar conhecimento dos locais, datas e horários dos exames, que devem ser divulgados no quadro de avisos dos Departamentos.

11. ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA

a) Estrutura curricular e carga horária dos módulos

MÓDULO	CARGA HORÁRIA	MÓDULO	DISCIPLINAS
SEME STRE 1			
1	32	EDUCAÇÃO E MEDICINA	Coordenação do Curso

2	96	BIOLOGIA CELULAR E MOLECULAR	Genética / Histologia e Embriologia / Bioquímica / Farmacologia
3	72	GÊNESE E DESENVOLVIMENTO	Genética / Histologia e Fisiologia / Embriologia / Farmacologia
4	104	APARELHO LOCOMOTOR	Histologia e Embriologia / Anatomia / Fisiologia / Farmacologia
5	136	SISTEMA NERVOSO	Anatomia / Histologia e Fisiologia / Embriologia / Farmacologia
6	68	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Fundamentos da Prática e da Assistência Médica

7	68	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Evolução Histórica, Científica e Ética da Medicina
	576		

SEMESTRE 2

1	48	PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA	Farmacologia
2	60	SISTEMA CARDIOVASCULAR	Anatomia / Histologia / Embriologia / Fisiologia
3	60	SISTEMA RESPIRATÓRIO	Anatomia / Histologia / Embriologia / Fisiologia
4	88	SISTEMA DIGESTÓRIO	Anatomia / Histologia e Embriologia / Fisiologia / Bioquímica
5	88	SISTEMA ENDÓCRINO	Anatomia / Histologia e Embriologia / Fisiologia
6	88	SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO	Anatomia / Histologia e Embriologia / Fisiologia
7	72	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Diagnóstico de Saúde da Comunidade
8	72	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Psicologia do Desenvolvimento Humano
	576		

SEMESTRE 3

1	144	PROCESSOS PATOLÓGICOS GERAIS	Farmacologia / Imunologia / Microbiologia / Parasitologia / Patologia
2	144	RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO	Imunologia / Microbiologia / Parasitologia / Patologia
3	144	IMUNOPATOLOGIA	Imunologia / Microbiologia / Parasitologia / Patologia
4	72	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Epidemiologia e Bioestatística
5	72	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Saúde, Cultura, Ambiente e Trabalho
	576		

SEMESTRE 4

1	216	ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS	Semiologia / Anatomofisiopatologia / Farmacologia
---	-----	--	---

2	216	ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DAS GRANDES SÍNDROMES	Semiologia / Anatomofisiopatologia / Farmacologia
3	72	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Saúde Comunitária
4	72	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Psicologia Médica
	576		
SEMESTRE 5			
1	96	CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTÓRIO	Gastroenterologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
2	48	NUTROLOGIA	Nutrição / Cirurgia / Pediatria / Geriatria
3	48	ENDOCRINOLOGIA: CLÍNICA E CIRURGIA	Endocrinologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
4	96	CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO CARDIOVASCULAR	Cardiologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
5	96	PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA	Pneumologia / Cirurgia / Métodos Complementares / Radiologia / Farmacologia
6	64	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Assistência Básica à Saúde da Criança
7	64	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Bioética e Cidadania
8	60	OPTATIVO	Disciplinas optativas
	572		
SEMESTRE 6			
1	96	NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA	Pediatria / Obstetrícia
2	96	PEDIATRIA E CIRURGIA PEDIÁTRICA	Pediatria / Cirurgia
3	96	GINECOLOGIA	Ginecologia
4	96	NEFROLOGIA E UROLOGIA	Nefrologia / Urologia
5	64	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Assistência Básica à Saúde da Criança e da Gestante
6	64	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Psicopatologia
7	60	OPTATIVO	Disciplinas optativas
	572		
SEMESTRE 7			
1	96	DOENÇAS INFECCIOSAS	Doenças Infecciosas / Microbiologia / Parasitologia / Imunologia / Farmacologia
2	48	DERMATOLOGIA	Dermatologia / Cirurgia / Cirurgia Plástica
3	48	HEMATOLOGIA	Hematologia / Farmacologia
4	96	GERIATRIA	Geriatria / Farmacologia
5	48	REUMATOLOGIA	Reumatologia / Farmacologia
6	48	ONCOLOGIA	Clínica Médica / Cirurgia / Medicina preventiva / Farmacologia
7	64	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Assistência Básica à Saúde do Adulto I

8	64	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Medicina Preventiva
9	60	OPTATIVO	Disciplinas optativas
	572		
SEMESTRE 8			
1	96	URGÊNCIAS MÉDICAS	Clínica Médica / Cirurgia / Pediatria
2	48	OTORRINOLARINGOLOGIA	Otorrinolaringologia
3	48	TRAUMATO-ORTOPEDIA	Traumatologia e Ortopedia
4	48	NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA	Neurologia / Neurocirurgia / Farmacologia
5	48	PSIQUIATRIA	Psiquiatria / Farmacologia
6	48	TERAPIA INTENSIVA	Clínica Médica / Cirurgia / Pediatria
7	48	OFTALMOLOGIA	Oftalmologia
8	64	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE	Assistência Básica à Saúde do Adulto II
9	64	DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Medicina Legal e Deontologia Médica
10	60	OPTATIVO	Disciplinas optativas
	572		

**INTERNATO COM DURAÇÃO DE 23 MESES - 01MÊS DE FÉRIAS E
1 MÊS DE ESTÁGIO ELETIVO**

SEMESTRES 9 e 10			
1	1248	INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA 26 SEMANAS / 48H	Mínimo de 05 meses
2	936	INTERNATO EM SAÚDE COMUNITÁRIA 26 SEMANAS / 36H	Mínimo de 04 meses 01 mês no CRUTAC 01 mês em Urgência/Emergência
SEMESTRES 11 E 12			
1	768	INTERNATO EM CIRURGIA 16 SEMANAS / 48H	Mínimo de 03 meses 01 mês em Urgência/Emergência
2	768	INTERNATO EM PEDIATRIA 16 SEMANAS / 48H	Mínimo de 03 meses 01 mês em Urgência/Emergência
3	768	INTERNATO EM TOCGINECOLOGIA 16 SEMANAS / 48H	Mínimo de 03 meses 01 mês em Urgência/Emergência

SÍNTESE DA CARGA HORÁRIA POR SEMESTRE

SEMESTRE	CARGA HORÁRIA
S1	576
S2	576
S3	576
S4	576

S5	572
S6	572
S7	572
S8	572
Subtotal	4.592
INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA	1.248
INTERNATO EM SAÚDE COMUNITÁRIA	936
INTERNATO EM CIRURGIA	768
INTERNATO EM PEDIATRIA	768
INTERNATO EM TOCOGINECOLOGIA	768
Subtotal	4.488
TOTAL	9.080

b) Modelo de distribuição dos módulos ao longo dos semestres

S1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
EDUCAÇÃO E MEDICINA	BIOLOGIA CELULAR E MOLECULAR				GÊNESE E DESENVOLVIMENTO			APARELHO LOCOMOTOR			SISTEMA NERVOSO						
FUNDAMENTOS DA PRÁTICA E DA ASSISTÊNCIA MÉDICA																	
EVOLUÇÃO HISTÓRICA, CIENTÍFICA E ÉTICA DA MEDICINA																	

S2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA	SISTEMA.CARDIOVASCULAR				SISTEMA RESPIRATÓRIO			SISTEMA DIGESTÓRIO			SISTEMA ENDÓCRINO			SIST. GÊNITOURINÁRIO			
DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE																	
PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO																	

S3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
PROCESSOS PATOLÓGICOS GERAIS					RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO						IMUNOPATOLOGIA						
EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA																	
SAÚDE, CULTURA, AMBIENTE E TRABALHO																	

S4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS									ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DAS GRANDES SÍNDROMES								
SAÚDE COMUNITÁRIA																	
PSICOLOGIA MÉDICA																	

S5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CLÍNICA E CIRÚRGIA DO AP. DIGESTÓRIO								CLÍNICA E CIRÚRGIA DO AP. CARDIOV.								OPTATIVO		
ENDOCRINOLOGIA: NUTROLOGIA				CLÍNICA E CIRURGIA				PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA										
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA																		
BIOÉTICA E CIDADANIA																		

S6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA								GINECOLOGIA								OPTATIVO		
PEDIATRIA CLÍNICA E CIRURGIA								UROLOGIA E NEFROLOGIA										
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA E DA GESTANTE																		
PSICOPATOLOGIA																		

S7

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
DOENÇAS INFECCIOSAS								GERIATRIA								OPTATIVO		
D ERMATOLOGIA				HEMATOLOGIA				REUMATOLOGIA				ONCOLOGIA						
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE ADULTO I																		
MEDICINA PREVENTIVA																		

S8

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
URGÊNCIAS MÉDICAS								NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA				TERAPIA INTENSIVA				OPTATIVO		
OTORRINOLARINGOL.				TRAUMATO-ORTOP.				PSIQUIATRIA				OFTALMOLOGIA						
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO ADULTO II																		
MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA MÉDICA																		

12. EMENTÁRIO DOS MÓDULOS

SEMESTRE 1

S1M1 - EDUCAÇÃO E MEDICINA

O ser humano na dimensão biopsicossocial. Características geográficas e sociais da região Nordeste. A Universidade na sociedade atual. Estrutura e funcionamento da UFC. Visão geral da Medicina e do exercício profissional. O papel do médico. O acesso à informação. O perfil do médico a ser formado. O currículo do Curso de Medicina: estrutura e modelo pedagógico.

S1M2- BIOLOGIA CELULAR E MOLECULAR

Moléculas da vida e reações enzimáticas. Estrutura celular: principais componentes e organelas. Integração celular: junções celulares, adesão celular e matriz extracelular. Etapas e controle do ciclo celular. Replicação gênica. Transcrição e síntese protéica. Técnicas de biologia molecular. Metabolismo celular e produção de energia. Receptores de membrana e os sistemas de transdução de sinais biológicos.

S1M3- GÊNESE E DESENVOLVIMENTO

Gametogênese e fertilização humana. Implantação e desenvolvimento do ovo. Formação do embrião humano e malformações congênitas. Placenta e membranas fetais. Desenvolvimento dos tecidos e órgãos do corpo humano. O período fetal. Fundamentos da microscopia ótica. Características gerais dos principais tecidos do corpo humano. Morfofisiologia do sistema hematopoiético. Coagulação do sangue. Morfofisiologia do sistema imunológico. O princípio da homeostase.

S1M4- APARELHO LOCOMOTOR

Embriologia do sistema muscular e esquelético. As características gerais dos tecidos ósseo e muscular. As relações anatômicas do esqueleto e músculos do corpo humano. As estruturas do corpo humano e as correspondentes imagens. Fundamentos dos métodos diagnósticos por imagem. As características mecânicas dos ossos e dos músculos. Transporte através da membrana. Potencial de membrana e os mecanismos envolvidos no potencial de ação. Função das fibras musculares esqueléticas. O exercício e o condicionamento físico. Ação de fármacos sobre os tecidos ósseo e muscular. Semiologia do aparelho locomotor.

S1M5- SISTEMA NERVOSO

Embriogênese do sistema nervoso. Principais tipos celulares componentes do sistema nervoso. Estruturas anatômicas e organização do sistema nervoso central e periférico. Imagens das estruturas. Impulso nervoso. Estrutura e organização do sistema nervoso autônomo. Sistemas sensitivos gerais e especiais da audição e da visão. Integração neuroendócrina. Ritmos biológicos. Regulação da postura e locomoção. Funções corticais superiores. Principais fármacos com ação sobre o sistema nervoso. Semiologia do sistema nervoso.

S1M6- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: FUNDAMENTOS DA PRÁTICA E DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

O processo saúde-doença. Evolução das práticas médicas. Políticas de saúde. Organização dos serviços de saúde. A reforma sanitária. Sistema Único de Saúde. Diretrizes e objetivos do SUS. Integração docente assistencial. Ações preventivas básicas: hidratação oral, vacinação, incentivo ao aleitamento materno e condutas em IRA, crescimento e desenvolvimento da criança. Educação e saúde. Primeiros socorros: hemorragia e choque; fraturas; urgências clínicas e ambientais; reanimação cardiopulmonar cerebral.

S1M7- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: A EVOLUÇÃO HISTÓRICA, CIENTÍFICA E ÉTICA DA MEDICINA

História da Medicina. Evolução da formação do raciocínio clínico na Medicina desde Hipócrates aos nossos dias, levando em consideração as contribuições herdadas da filosofia, da ciência moderna e da ética médica. Bioética e Ciências. O estudante de Medicina e as entidades médicas (Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, Sindicato dos Médicos e Centro Médico Cearense). Bioética e Clínica (estudo de casos). Metodologia científica: construção da nomenclatura médica, análise crítica e interpretação dos resultados da pesquisa científica.

SEMESTRE 2

S2M1 – PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA

Evolução histórica e conceitos básicos da Farmacologia. Identificação dos mecanismos farmacocinéticos relacionados à absorção, distribuição, biotransformação e excreção dos fármacos (farmacocinética). Mecanismos gerais de ação dos fármacos (farmacodinâmica). Interação entre fármacos.

S2M2- SISTEMA CARDIOVASCULAR

Embriogênese do aparelho circulatório e malformações congênitas. Estruturas do sistema circulatório e correspondentes

imagens. Relações anatômicas do coração e dos vasos sanguíneos no corpo humano. Características gerais dos tecidos cardíaco e vascular. Propriedades eletromecânicas do coração e sua representação eletrocardiográfica. O ciclo cardíaco. Hemodinâmica.

S2M3- SISTEMA RESPIRATÓRIO

Principais etapas da embriogênese do sistema respiratório. Os componentes do sistema respiratório, suas características histológicas e correspondentes imagens. Fisiologia da respiração. Principais vias de inervação e vascularização do sistema respiratório. Relações funcionais entre ventilação e perfusão, pulmonar. O processo da hematose e ajustes metabólicos.

S2M4- SISTEMA DIGESTÓRIO

Embriogênese do tubo digestivo. Histologia dos componentes do sistema digestório. Estruturas do sistema digestório e as imagens correspondentes. Principais vias de inervação e vascularização do sistema digestório. Secreção gástrica cloridropéptica. Motilidade gastrointestinal. Digestão e absorção dos alimentos. Absorção da água, dos sais, e vitaminas. Semiologia do sistema digestório.

S2M5- SISTEMA ENDÓCRINO

Metabolismo dos alimentos. Produção e utilização de energia. Controle hormonal do metabolismo normal e suas alterações. Metabolismo dos xenobióticos. Anatomia e histologia do sistema endócrino. Fisiologia do eixo hipotálamo-hipofisário, e das glândulas tireóide, paratireóide, adrenal e pâncreas.

S2M6- SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO

Embriogênese do sistema genito-urinário. Anatomia e histologia dos rins, bexiga, órgãos reprodutores e genitálias. Imagens correspondentes a estas estruturas. As relações morfológicas do sistema urinário e reprodutor, masculino e feminino. Principais vias de inervação e vascularização do sistema genito-urinário. Hormônios sexuais masculinos e femininos. O ciclo menstrual. A gravidez e o parto. Métodos anticoncepcionais. Fisiologia renal

S2M7 - ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

Conceitos e identificação de indicadores sociais, econômicos, ambientais e de saúde na análise da situação de saúde, do perfil epidemiológico e das condições de vida da comunidade. Territorialização de riscos em espaços geográficos e sociais específicos. Perfil de saúde de áreas microhomogêneas do Programa de Saúde da Família. Métodos para a realização do diagnóstico de saúde da comunidade e para intervenção em saúde: na prática de saúde pública, na prática clínica e na prática da pesquisa médica ao nível populacional.

S2M8 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Aspectos psicodinâmicos do desenvolvimento humano. As instâncias da personalidade e as fases do desenvolvimento psicosexual segundo a psicanálise Freudiana. Os oito estágios do ciclo vital segundo Erick H. Erickson. Cognição e aprendizagem segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget. Aspectos pragmáticos da comunicação. O ciclo de vida familiar. Aspectos psico-afetivos de uma vida saudável.

SEMESTRE 3

S3M1 - PROCESSOS PATOLÓGICOS GERAIS

Lesão celular. Reação inflamatória aguda e crônica, as células e mediadores envolvidos, manifestações sistêmicas. Angiogênese e reparação. Alterações do crescimento e da diferenciação celular. Resistência natural inespecífica. Resposta imunológica específica. Processos degenerativos. Aterosclerose. Fatores biopatogênicos, ambientais e genéticos envolvidos em patologias humanas.

S3M2- RELAÇÃO PARASITO-HOSPEDEIRO

Protozoários, helmintos e artrópodes de interesse médico – modelos para descrição de aspectos morfológicos dos parasitos e aspectos clínicos e epidemiológicos das parasitoses mais frequentes na região. Bactérias, fungos e vírus

olvidos nas patologias mais importantes em nosso meio - modelos para descrição de aspectos morfofuncionais e patogênicos. Relação parasito-hospedeiro: principais mecanismos de virulência e de escape dos agentes biopatogênicos e a resposta imunológica. Reações de hipersensibilidade. Diagnóstico parasitológico, microbiológico e imunológico das principais patologias. As grandes endemias do Nordeste.

S3M3- IMUNOPATOLOGIA

Imunodeficiências primárias e secundárias: causas, repercussões e diagnóstico. Parasitos oportunistas associados: bactérias, vírus, fungos e protozoários. Autoimunidade e mecanismos de lesão tecidual. Neoplasias, fatores ambientais e genéticos e a resposta imunológica aos tumores. Imunologia dos transplantes.

S3M4 - ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA

Perfil epidemiológico de uma população. Medidas de mortalidade e morbidade. Caracterização e controle de endemias e epidemias. Técnicas de informática aplicadas à saúde e métodos epidemiológicos de estudo. Sistema de vigilância epidemiológica e sanitária.

S3M5 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: SAÚDE, CULTURA, AMBIENTE E TRABALHO

Conceito de Comunidade. A vida comunitária e a teia social. Cultura e saúde. O discurso social na doença. A comunidade na promoção da saúde. O corpo biológico e o corpo social. O doente e o seu meio sócio-cultural. A cultura dos excluídos. A matriz sócio-cultural do imaginário nordestino. Os efeitos da globalização nas estruturas sociais e mentais. Conceito e relações entre saúde, trabalho e ambiente. O contexto atual da globalização. Problemas ambientais globais. Saúde, trabalho e ambiente no Brasil e no Ceará. Metodologias de investigação e instrumentos de intervenção. Desenvolvimento sustentável e qualidade de vida.

SEMESTRE 4

S4M1- ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DOS PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS

As qualidades do médico e seu compromisso com a vida. Abordagem do paciente. Relação médico-paciente. Anamnese - sinais e sintomas. Abordagem clínica e bases fisiopatológicas e terapêuticas do paciente com sintomas comuns. Exame físico geral e segmentar. Estudo de peças anatomopatológicas. Diagnóstico por imagens. Listagem de problemas do paciente. A elaboração do diagnóstico clínico: anatômico, sistêmico, sindrômico, nosológico e etiológico.

S4M2- ABORDAGEM DO PACIENTE E BASES FISIOPATOLÓGICAS E TERAPÊUTICAS DAS GRANDES SÍNDROMES

O prontuário médico. Os direitos do paciente. A responsabilidade médica e o sigilo profissional. A abordagem do paciente, bases fisiopatológicas e terapêuticas das grandes síndromes: insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca, insuficiência circulatória aguda (choque), insuficiência renal, insuficiência hepática, coma. O paciente com déficit motor. A medicina baseada em evidências.

S4M3- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: SAÚDE COMUNITÁRIA

Herança sociocultural: indígena, africana, européia, e oriental. Os sistemas de representação da doença no Nordeste. Plantas medicinais cientificamente fundamentadas. Farmácias vivas. Medicina popular. Saúde mental comunitária. Medicina holística. Homeopatia. Acupuntura. Crítica ao modelo mecanicista biomédico.

S4M4 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: PSICOLOGIA MÉDICA

A organização da interação humana como sistema. Relações em desenvolvimento: características das relações com grupos de iguais - competição x co-construção; características das relações hierárquicas (pais/filhos; professor/aluno; médico/paciente); autoridade x co-responsabilidade. O trabalho em grupo; A relação médicopaciente; situações especiais na relação médico-paciente; o lugar da perda e da morte na experiência humana.

SEMESTRE 5

S5M1- CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO DIGESTÓRIO

Afeções da boca e do esôfago. Dor abdominal: fisiopatologia e chaves diagnósticas. Abordagem do paciente com doenças do estômago-duodeno. Doenças do intestino. O paciente colostomizado. Síndrome desabsortiva. Avaliação do paciente com diarreia aguda e crônica. Doenças da vesícula e das vias biliares. Doenças do pâncreas. Doenças do fígado. Avaliação do paciente com icterícia, ascite e hipertensão porta. Icterícia e gravidez. Abordagem multidisciplinar do alcoolismo. Transplante de fígado. Doenças psicossomáticas do aparelho digestório. Aspectos nutricionais em Gastroenterologia. Métodos complementares de diagnósticos. O impacto da doença do aparelho digestório sobre o paciente. Prevenção das doenças do aparelho digestório. Relação médico-paciente – aspectos éticos.

S5M2—NUTROLOGIA

Avaliação do estado nutricional. Necessidades nutricionais. Efeito das doenças sobre o estado nutricional. Dietoterapia - prescrição de dietas. Suporte nutricional: oral, enteral e parenteral. Suporte nutricional em situações especiais. Relação médico-paciente e aspectos éticos. Nutrição e vida saudável.

S5M3 ENDOCRINOLOGIA: CLÍNICA E CIRURGIA

Regulação genética da produção de hormônios. Interação entre hipotálamo, hipófise e órgãos efetores. Avaliação e exame físico do paciente com endocrinopatia. Conduta diagnóstica e terapêutica nas endocrinopatias mais frequentes: doenças hipofisárias, da tireóide e paratireóides, diabete melito, doenças adrenais, obesidade. Implicações clínicas do metabolismo anormal das lipoproteínas. Distúrbios do metabolismo da água e dos eletrólitos. O impacto da doença endócrina sobre o paciente. Prevenção das doenças endócrinas e metabólicas e melhoria da Qualidade de vida. Relação médico-paciente e aspectos éticos.

S5M4- CLÍNICA E CIRURGIA DO APARELHO CARDIOVASCULAR

Manifestações importantes da doença cardíaca. Problemas comuns revelados pela ausculta cardíaca. Diagnóstico das doenças cardíacas. Insuficiência cardíaca congestiva. Doenças cardíacas comuns: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, cardiopatia reumática, miocardiopatia dilatada, endocardite infecciosa. Doenças do pericárdio: pericardite aguda, pericardite constrictiva, tamponamento paricárdico. Cardiopatias congênitas comuns: comunicação interatrial, comunicação interventricular, persistência do canal arterial, tetralogia de Fallott. Mixoma atrial, Hipertensão arterial e gravidez. Transplante cardíaco. O impacto da doença cardíaca sobre o paciente e a família e aspectos éticos. Reabilitação do paciente. A prevenção das doenças cardiovasculares e melhoria da qualidade de vida.

S5M5- PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Principais manifestações das doenças pulmonares. Exame do tórax por imagem. Diagnóstico das doenças pulmonares. Doenças pulmonares mais frequentes: pneumonias, doença pulmonar obstrutiva, tuberculose pulmonar, câncer de pulmão, abscesso pulmonar, bronquiectasia. Conduta diagnóstica no nódulo pulmonar solitário e no derrame pleural. Insuficiência respiratória crônica. Outras condições pulmonares: pneumonites, sarcoidose, fibrose cística, granulomatose de Wegner, pneumoconiose. O impacto da doença pulmonar sobre o paciente. Prevenção das doenças respiratórias e condicionamento físico. Reabilitação pulmonar. Relação médico-paciente e aspectos éticos.

S5M6- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA

Morbimortalidade infantil e seus determinantes. Anamnese e exame clínico da criança. Relacionamento médicopaciente-família. Aleitamento materno, recomendações e orientação alimentar, crescimento e desenvolvimento, imunização, saúde oral, atenção ao adolescente. Promoção de uma vida saudável. A estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI). Direitos da criança e do adolescente. Atenção básica à criança com necessidades especiais. Ética em pediatria.

S5M7- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: BIOÉTICA E CIDADANIA

O estudo das implicações éticas de uma ação transdisciplinar em face dos desafios epistemológicos contemporâneos, diante dos novos paradigmas em atenção à saúde. A posição da Bioética como construtora de cidadania. A Bioética como balizadora da legitimidade profissional na área da Saúde. A relação médico-paciente pelo prisma da Bioética.

S5M8- MÓDULOS OPTATIVOS**SEMESTRE 6****S6M1- NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Características do perfil de morbimortalidade perinatal em diversos países e regiões. Características biopsicosociais do ciclo grávido-puerperal. Assistência pré-natal de baixo e de alto risco. Patologias do ciclo grávidopuerperal. Crescimento e desenvolvimento intra-uterino. Mecanismo e assistência do trabalho de parto normal e distócico. Atenção ao recém-nascido (RN) na sala de parto. Assistência ao puerpério normal e patológico. Anamnese e exame clínico do RN. Assistência ao RN no alojamento conjunto. Ações básicas de assistência ao RN normal e de alto risco. Infecções perinatais. Manuseio das patologias neonatais de alta prevalência. Síndromes genéticas e malformações congênitas. Relação médico-paciente e família - aspectos éticos.

S6M2- PEDIATRIA E CIRURGIA PEDIÁTRICA

Anamnese Pediátrica. Semiologia Pediátrica. Aspectos éticos particulares no atendimento à criança: relação médico-paciente e família. Malformações congênitas. Intersexo. Distúrbios do crescimento e do desenvolvimento. Doenças prevalentes na infância: insuficiência respiratória aguda, asma, diarreia, desnutrição, doença febril, doenças infecciosas e AIDS. A estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) e seus componentes: atenção à criança doente de 1 semana a 2 meses de idade; avaliação, classificação e tratamento da criança doente de 2 meses a cinco anos de idade. Conduta diagnóstica e terapêutica nas doenças crônicas da infância. Abordagem clínica das patologias cirúrgicas na infância; aspectos éticos.

S6M3- GINECOLOGIA

Propedêutica ginecológica e relação médico paciente. Aspectos éticos em Ginecologia. Fisiologia do ciclo menstrual e seus distúrbios. Puberdade normal e patológica. Doenças inflamatórias pélvicas e vulvovaginites. Diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Diagnóstico, tratamento e prevenção do câncer ginecológico. Patologias benignas e malignas da mama. Patologias benignas e malignas da vulva, da vagina, do útero e do ovário. Noções de sexologia. Hormoniologia. Intersexo. Infertilidade. Planejamento familiar. Climatério e tratamento de reposição hormonal. Promoção da saúde da mulher.

S6M4- NEFROLOGIA E UROLOGIA

Manifestações comuns das doenças nefrológicas e urológicas. Principais formas de apresentação das glomerulopatias. Avaliação do paciente com doença nefrológica ou urológica. Glomerulopatias primárias. Glomerulopatias secundárias. Insuficiência renal aguda. Insuficiência renal crônica. Litíase urinária. Infecção urinária. Doença renal na gravidez. Transplante renal. Hiperplasia prostática benigna. Prostatite. Câncer de próstata. Câncer de rim, de testículo e de pênis. Tumores uroteliais. Urologia feminina. Infertilidade masculina. Disfunção erétil. Bexiga neurogênica. Trauma urogenital. Métodos diagnósticos: laboratoriais, por imagem e endoscópicos. Prevenção das doenças nefrológicas e urológicas. O impacto das doenças nefrológicas e urológicas sobre o paciente. Aspectos éticos em nefrologia e urologia.

S6M5- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA E DA GESTANTE

Diagnóstico clínico e laboratorial de gravidez e semiótica obstétrica. Acompanhamento pré-natal de baixo risco. Identificação de fatores de risco materno-fetal e triagem para o pré-natal de alto risco. Aspectos éticos na assistência pré-natal, uso de medicamentos e receituário médico. Anamnese e exame clínico do recém-nascido (RN). Ações básicas de assis

tência ao RN normal. Assistência básica ao puerpério. Manuseio das patologias neonatais de alta prevalência. Ações para promoção do aleitamento materno. Bases da alimentação no primeiro ano de vida. Atenção básica à criança com necessidades especiais. Prevenção e assistência às doenças prevalentes na infância: insuficiência respiratória aguda, asma, diarreia, desnutrição, doenças febris e infecções.

S6M6- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: PSICOPATOLOGIA

Que é Psicopatologia. O normal e o patológico. As funções psíquicas elementares: consciência, atenção, orientação, sensopercepção, memória, afetividade, vontade, psicomotricidade, pensamento, juízo da realidade, linguagem, personalidade e inteligência. As grandes síndromes psiquiátricas: ansiosas, depressivas e maníacas, psicóticas, volitivo-motoras, relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, psicorgânicas e relacionadas ao desenvolvimento da personalidade. A avaliação psiquiátrica. O diagnóstico psiquiátrico.

S6M7- MÓDULOS OPTATIVOS

SEMESTRE 7

S7M1- DOENÇAS INFECCIOSAS

Conduta diagnóstica e terapêutica nas doenças infecciosas prevalentes. Doenças virais: AIDS, citomegalovirose, mononucleose infecciosa, caxumba, hepatites, dengue, poliomielite, raiva, doenças exantemáticas, meningoencefalites. Doenças bacterianas: cólera, coqueluche, difteria, salmoneloses, tuberculose, estreptococcias e estafilococcias, peste, tétano, meningites e doença meningocócica. Doenças causadas por espiroquetídeos: leptospirose e sífilis. Doenças causadas por fungos: micoses superficiais, cutâneas, subcutâneas, sistêmicas e oportunistas. Doenças causadas por parasitos: malária, doença de Chagas, leishmanioses visceral e tegumentar, toxoplasmose e parasitoses oportunistas. Protozooses intestinais e helmintoses. Prevenção das doenças infecciosas e parasitárias. Relação médico-paciente-família e aspectos éticos.

S7M2- DERMATOLOGIA

Semiologia dermatológica. Dermatoses do âmbito da Dermatologia Sanitária: hanseníase, leishmaniose tegumentar americana, câncer de pele e doenças sexualmente transmissíveis. Dermatoses de etiologia parasitária, bacteriana, fúngica e viral nos seus aspectos clínicos e epidemiológicos. Doenças dermatológicas alérgicas. Doenças profissionais. Diagnóstico histopatológico e microbiológico. Prevenção e diagnóstico precoce do câncer de pele. Relação médico-paciente. O impacto das dermatopatias sobre o paciente.

S7M3- HEMATOLOGIA

Manifestações comuns das doenças hematológicas: anemia, hemorragia, linfadenopatias, dor óssea, massa abdominal palpável. O diagnóstico das doenças hematológicas. Doenças hematológicas comuns: anemia, leucemias, linfomas malignos, síndromes mielodisplásicas. Distúrbios mieloproliferativos não-leucêmicos. Hemostasia e distúrbios hemorrágicos: vasculares e plaquetários. Distúrbios da coagulação. Mieloma e doenças relacionadas. Transplante de medula óssea. Hemoterapia. Doação de sangue. Aspectos éticos e prevenção de doenças. O impacto da doença hematológica sobre o paciente, a família e o médico.

S7M4- GERIATRIA

Conceitos e aspectos epidemiológicos do envelhecimento. Teorias sobre o processo de envelhecimento e alterações fisiológicas. Características do processo saúde-doença nas pessoas idosas. Princípios da prática geriátrica. Aspectos farmacológicos e psicológicos. Interações medicamentosas e risco de iatrogenia. Interpretação de exames complementares. Grandes síndromes geriátricas: distúrbios mentais (depressão – demência – delirium); incontínências (urinária e fecal); quedas. Reabilitação geriátrica. Promoção da Saúde: exercícios na terceira idade; dieta saudável; avaliação periódica de saúde das pessoas idosas. Inserção do idoso na sociedade e em diversos tipos de organizações sociais. O impacto do envelhecimento e a perspectiva da morte. Relação médico-paciente-cuidador. Aspectos éticos em geriatria.

S7M5- REUMATOLOGIA

Abordagem do paciente com queixas reumáticas. Laboratório das doenças reumáticas. Síndromes dolorosas da coluna. Reumatismos de partes moles: bursite, tendinite, fibromialgia, síndromes compressivas. Osteoartrose. Osteoporose. Lupus Eritematoso Sistêmico. Artrite Reumatóide. Esclerose Sistêmica. Dermatopolimiosite. Doença Mista do Tecido Conjuntivo. Espondiloartropatias soronegativas: espondilite anquilosante, artrite reativa, artrite psoriática. Manifestações articulares de doenças intestinais inflamatórias crônicas. Gota. Condrocálcinose. Artrite infecciosa. Artrites Crônicas da Infância. Prevenção das doenças reumáticas e reabilitação dos pacientes. O impacto da doença reumática sobre o paciente e a família. Aspectos éticos e relação médico-paciente.

S7M6- ONCOLOGIA

Epidemiologia do câncer no mundo. Epidemiologia do câncer no Brasil e no Ceará. Princípios da biologia molecular aplicados à Oncologia. Etiologia do câncer. Prevenção e detecção precoce do câncer. Oncogenes, genes supressores e citogenética do câncer. Classificação dos tumores e aspectos básicos da conduta terapêutica. O impacto da doença sobre o paciente e a família. Aspectos éticos e relação médico-paciente e família.

S7M7- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO ADULTO I

Atenção primária de saúde objetivando a promoção da saúde, a prevenção e a resolução ou o encaminhamento de condições clínicas prevalentes, exercitando o papel pedagógico do médico e o seu compromisso ético com o paciente, a família e a comunidade. O médico e as dificuldades atuais para o exercício ético da Medicina. A promoção da saúde e a responsabilidade do poder público.

S7M8 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL: MEDICINA PREVENTIVA

Principais agravos à saúde de importância em Saúde Pública e sua distribuição no Brasil e no Ceará. Determinantes biológicos e sociais envolvidos na gênese destas patologias e as respectivas medidas de prevenção e controle. Integração com o Sistema Único de Saúde nos programas de controle desenvolvidos pelos serviços oficiais de saúde.

S7M9 – MÓDULOS OPTATIVOS

SEMESTRE 8

S8M1- URGÊNCIAS MÉDICAS

O impacto da emergência e da urgência sobre a equipe médica, o paciente e a família. Aspectos éticos. Prevenção de acidentes. Urgências clínicas: distúrbios psiquiátricos agudos, edema agudo do pulmão, insuficiência circulatória aguda, insuficiência renal aguda, insuficiência respiratória aguda. Distúrbios da consciência. Reanimação cardiopulmonar e cerebral. Urgências pediátricas: clínicas e cirúrgicas. Urgências cirúrgicas: gerais, traumatológica, queimadura, cardiovascular, torácica, abdominal, urológica, proctológica, oftalmológica, otorrinolaringológica. Fundamentos práticos da anestesia, analgesia e sedação.

S8M2- OTORRINOLARINGOLOGIA

Anamnese e semiologia. Doenças infecciosas agudas e crônicas. Deficiências auditivas congênitas e adquiridas. Doenças obstrutivas das vias aéreas superiores. Disfonias e doenças das pregas vocais. Doenças alérgicas. Métodos diagnósticos. Prevenção das doenças otorrinolaringológicas. Aspectos éticos e relação médico-paciente.

S8M3- TRAUMATO-ORTOPEDIA

Abordagem ao paciente e exame clínico. Lesões fundamentais. Lesões epifisárias na infância e na adolescência. Politraumatismo. Fraturas e luxações. Deformidades congênitas e adquiridas. Lesões de esforço repetitivo. Infecções ósteo-articulares: tuberculose, osteomielite, artrite séptica. Tumores ósseos. Reabilitação; próteses e aparelhos. Diagnóstico por imagem. Prevenção em traumatologia-ortopedia. Impacto do trauma sobre o paciente e a família. Aspectos práticos e legais do ato médico. Relação médico-paciente e aspectos éticos.

S8M4- NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

Exa

me neurológico e diagnóstico de localização. Exames complementares: indicações e limitações. Principais síndromes neurológicas. Diagnóstico e conduta inicial nas doenças neurológicas prevalentes. Estados confusionais agudos. Síndrome de hipertensão intracraniana e edema cerebral. Comas. Estado vegetativo persistente. Morte cerebral e suas implicações legais e éticas. Epilepsias e síncope. Distúrbios do sono e dos ritmos circadianos. Cefaléias. Demências e amnésias. Lesões focais do cérebro. Distúrbios do movimento. Síndromes cerebelares e ataxias. Doenças da medula espinhal, das raízes, plexos e nervos periféricos. Doenças dos músculos e da junção neuromuscular. Doença vascular cerebral. Doenças desmielinizantes. Tumores. Lesões traumáticas. Hidrocefalia. Lesões periparto e anomalias do desenvolvimento do sistema nervoso. Reabilitação em Neurologia. Relação médico-paciente e aspectos éticos e legais.

S8M5- PSQUIATRIA

Neurobiologia das doenças mentais. Transtornos do humor. Esquizofrenia. Dependências químicas. Transtornos de ansiedade. Transtornos somatoformes. Transtornos de personalidade. O diagnóstico e as classificações psiquiátricas. Utilização de exames laboratoriais e neuroimagem. Manejo clínico e psicofarmacologia dos transtornos mentais. Abordagens psicossociais. Psiquiatria em populações especiais: criança, gestante e idoso. O impacto da doença psiquiátrica sobre o paciente e a família. Saúde mental e cidadania.

S8M6- TERAPIA INTENSIVA

Princípios e indicações de terapia intensiva. Práticas-padrão no cuidado dos pacientes. Monitorização hemodinâmica. Distúrbios do fluxo circulatório. Lesão miocárdica. Insuficiência respiratória aguda. Ventilação mecânica. Suporte nutricional para o paciente grave. Distúrbios neurológicos. Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base. Conduta nas infecções mais comuns em UTI. A humanização da UTI e a recuperação do paciente. O impacto da terapia intensiva sobre o paciente e familiares. O paciente terminal e os limites da medicina moderna. Morte cerebral. O ato médico em terapia intensiva, os direitos do paciente e dos familiares. Aspectos éticos e legais.

S8M7- OFTALMOLOGIA

Abordagem ao paciente e exame clínico. Prevenção das doenças oculares e da cegueira. Doenças da córnea, trato uveal, retina e cristalino. Fundo de olho normal. Fundo de olho na hipertensão arterial, na arteriosclerose, no diabetes, na gravidez e nas doenças renais. Doenças das pálpebras e do aparelho lacrimal. Ametropias e correções da refração. Estrabismos. Transplante de córnea. Aspectos éticos e relação médico-paciente.

S8M8- ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE: ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO ADULTO II

Anamnese e exame ginecológico e relação médico-paciente. Diagnóstico e tratamento das vulvovaginites e doenças inflamatórias pélvicas. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Orientação e conduta no planejamento familiar. Distúrbios menstruais. Prevenção do câncer ginecológico. Diagnóstico do climatério e tratamento de reposição hormonal. Aspectos éticos do atendimento ginecológico. Assistência ao trabalhador: doenças profissionais. A prescrição médica, atestados.

S8M9- DESENVOLVIMENTO PESSOAL: MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA

Aspectos práticos e legais do exercício da profissão. Responsabilidade, direitos e deveres do médico. Conduta em situações críticas: morte, situações de emergência. Comunicação de más notícias e perdas a pacientes e familiares. Prescrição de medicamentos, atestados e licenças. Relação médico-paciente: aspectos éticos e direitos dos pacientes crônicos, terminais, com neoplasias. Aspectos éticos e legais nos transplantes. O médico e a saúde pública: doenças de notificação compulsória. A morte e os fenômenos cadavéricos. Legislação. Eutanásia. Problemas médico-legais relativos à identidade, à traumatologia, à tanatologia, à infortunística, à sexologia, ao matrimônio.

S8M10- MÓDULOS OPTATIVOS

SEMESTRES 9 e 10

INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA

Abordagem do paciente para formulação do diagnóstico clínico, diagnóstico diferencial e conduta clínica em

Medicina Interna, numa visão integrada de subáreas do conhecimento médico: cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, infectologia, nefrologia, endocrinologia, reumatologia, hematologia, neurologia, dermatologia, psiquiatria e terapia intensiva. Métodos complementares de diagnóstico e sua aplicação clínica: laboratório, radiologia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, medicina nuclear, eletrocardiografia. Desenvolvimento de habilidades para a realização de exame clínico, adoção de medidas de suporte diagnóstico e terapêutico, atuação nas situações de urgência, formulação de conduta terapêutica e intervenções preventivas visando à promoção da saúde. Grupos Balint de discussão de aspectos éticos. Trabalho em grupo e o cumprimento das normas. Elaboração e organização de prontuários e apresentação de casos clínicos. Utilização da literatura de forma objetiva e crítica. Acompanhamento ético de pacientes em ambulatório e em enfermaria, considerando os aspectos técnicos e psicológicos. Diagnóstico e tratamento das principais urgências e emergências clínicas. Diagnóstico e tratamento dos principais distúrbios psiquiátricos. Principais agentes farmacológicos, sua indicações, contra-indicações e efeitos colaterais. Aspectos práticos e legais do ato médico: prescrição, solicitação de exames, atestados. Comunicação de más notícias e perdas a pacientes e familiares. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

INTERNATO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Abordagem do paciente e da comunidade para identificação dos problemas de saúde. Visão dos problemas do ponto de vista individual e coletivo. Assistência à saúde da criança, da gestante, do adulto e do idoso no nível primário de atenção. Conhecimento do SUS. Familiaridade com o sistema de referência e contra-referência. Critérios para encaminhar os casos que extrapolam a resolatividade do serviço. Trabalho em equipe. Visita domiciliar. Acompanhamento de pacientes em domicílio. Aspectos éticos.

SEMESTRES 11 e 12

INTERNATO EM CIRURGIA

Abordagem do paciente cirúrgico: anamnese e exame clínico. Fundamentos da cirurgia e da anestesia. Cuidados pré e pós-operatórios. Assepsia, anti-sepsia, infecção em cirurgia. Hemostasia. Cicatrização. Fisiologia respiratória. Anatomia e vias de acesso cirúrgico nas diversas especialidades. Anestesia geral, regional e seus agentes. Diagnóstico das principais patologias cirúrgicas. Exames complementares pré-operatórios. Acompanhamento de pacientes em enfermarias no pré e pós-operatório. Participação na equipe cirúrgica, no posto de auxiliar. Pequenas cirurgias ambulatoriais sob anestesia local. Revisões bibliográficas sobre os temas da clínica cirúrgica. Conduta em casos de emergência orientando o diagnóstico e a terapêutica cirúrgica. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

INTERNATO EM PEDIATRIA

Características de consulta do pré-natal realizada pelo pediatra. Papel do pediatra na sala de parto. Atendimento ao RN em sala de parto, alojamento conjunto, berçário e banco de leite humano. Atendimento às crianças na idade lactente, pré-escolar, escolar e adolescente no ambulatório e emergência das doenças prevalentes na infância: orientações alimentares, pneumonias, diarreia, otites, doenças febris e exantemáticas, desnutrição, asma, anemia e consulta de retorno. Prevenção de acidentes, saúde oral e imunização. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

INTERNATO EM TOCGINECOLOGIA

O programa abrange a diagnóstico clínico, laboratorial, radiológico e ecográfico das principais patologias clínicas e cirúrgicas ginecológicas e obstétricas. Noções básicas do relacionamento médico-paciente e ética médica. Conhecimento teórico-prático dos principais diagnósticos diferenciais das dores pélvicas, leucorréias, sangramentos transvaginais e massas ginecológicas. Grupos Balint para discussão de aspectos éticos.

13. PROGRESSÃO NO CURSO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A Coordenação do Curso de Medicina organiza os módulos obedecendo à seqüência lógica e sistematizada de conhecimentos e habilidades – **ESTRUTURA CURRRICULAR DO CURSO DE MEDICINA** – que deve ser seguida pelos alunos, observando-se:

Matrícula

- VI. A matrícula dos alunos é feita no semestre (e não por módulos), salvo a matrícula de alunos reprovados ou outras situações especiais aceitas pela Coordenação, como ocasionadas por licença-gestante.
- VII. A aprovação em todos os módulos do semestre é pré-requisito para a matrícula no semestre seguinte.
- VIII. O aluno reprovado em um módulo deve repetir o módulo e não progride para o semestre seguinte, salvo se for aceito em matrícula extraordinária.
- IX. A matrícula no Internato só pode ser feita após a integralização dos módulos obrigatórios, que perfazem 4.352 horas e dos módulos optativos, com um mínimo de 240 horas, totalizando 4.592 horas.
- X. No Internato, cujo Regimento deve ser observado, o aluno deve integralizar 4.488 horas, totalizando, no mínimo, 9.080 horas em todo o Curso.

Matrícula Extraordinária

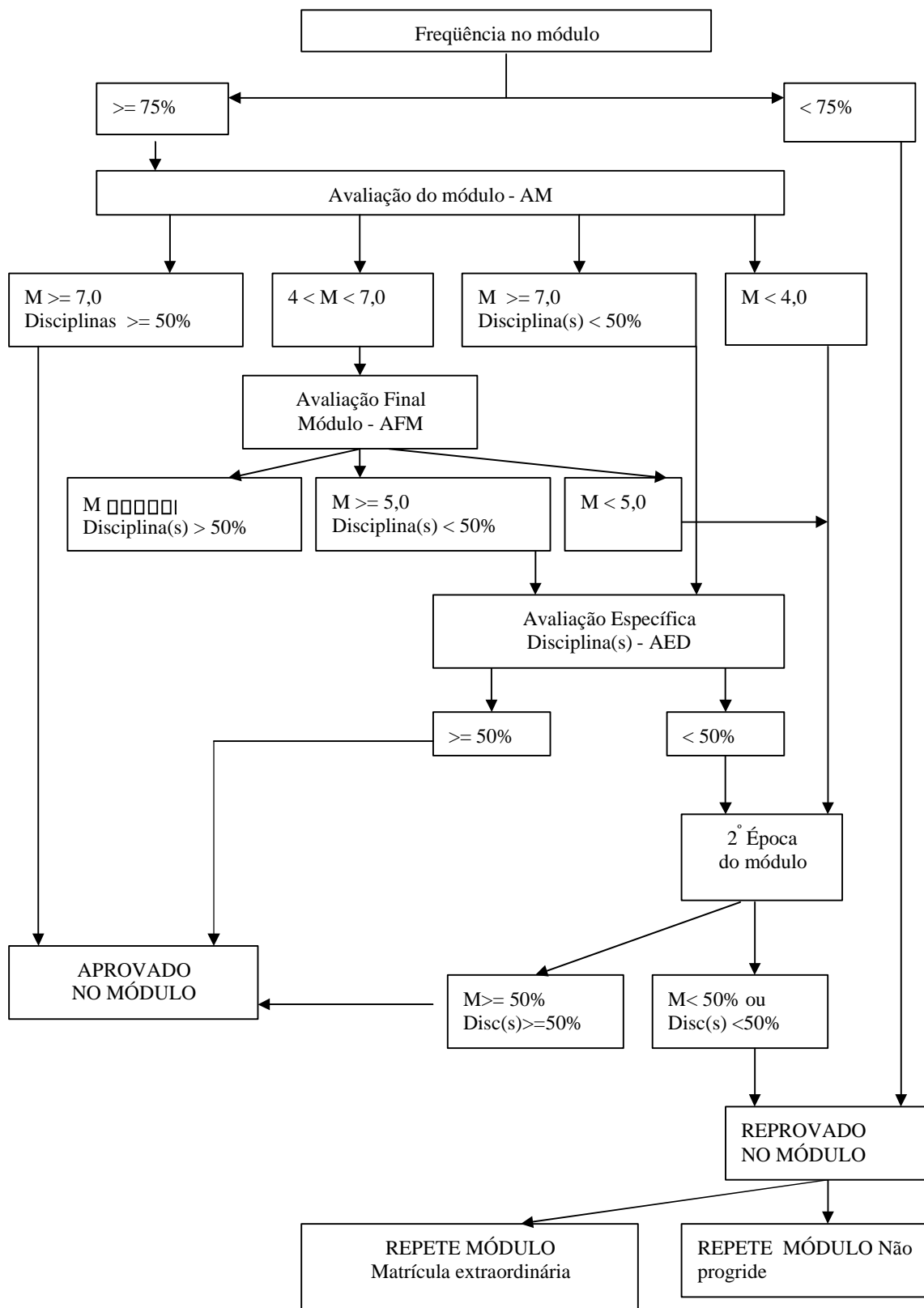
- XI. A matrícula extraordinária pode ser concedida mediante critérios definidos pela Coordenação do Curso, considerando carga horária, a necessidade de atividades presenciais e o pré-requisito do módulo em relação ao semestre seguinte, e, neste caso, o aluno progride para o semestre seguinte e permanece com matrícula extraordinária naquele módulo, devendo submeter-se a todo o processo de avaliação.
- XII. A matrícula extraordinária só pode ser concedida a aluno reprovado por aproveitamento.
- XIII. A matrícula extraordinária só pode ser concedida em um único módulo.
- XIV. Se o aluno ficar reprovado no módulo em matrícula extraordinária, repete somente aquele módulo e, neste caso, deve freqüentar o módulo e não se matricula no semestre seguinte.
- XV. A matrícula extraordinária é vetada em módulos do oitavo semestre, ou seja, o aluno não pode entrar no Internato, tendo matrícula extraordinária em qualquer módulo.

Avaliação de desempenho

- XI. A avaliação de desempenho do aluno em cada módulo será feita de acordo com os objetivos determinados. Devem ser observadas as seguintes normas:
 - 21. O aluno poderá submeter-se à Avaliação do Módulo, quando tiver uma freqüência igual ou superior a 75%. Quando a freqüência for inferior a 75%, o aluno está reprovado no módulo e no semestre. Excepcionalmente, havendo possibilidade de reposição de atividades, o Colegiado da Coordenação do Curso poderá autorizar a realização das avaliações, após a devida reposição.
 - 22. A Avaliação do Módulo – AM - deve envolver avaliação de conhecimentos, de habilidades e de atitudes.
 - 23. Deve ser feita também uma avaliação formativa no decorrer do módulo, não computada para as notas, que oriente o aluno quanto ao seu desempenho em tempo hábil que possibilite uma correção.
 - 24. A **AM** deve ser composta de todas as disciplinas envolvidas no módulo de maneira proporcional aos conteúdos.
 - 25. Para ser aprovado no módulo, o aluno deve obter média 7,0 e um grau de acerto de 50% das questões de cada disciplina na prova escrita.
 - 26. Se a média do módulo for inferior a 7,0 e igual ou superior a 4,0, o aluno estará obrigado a realizar a Avaliação Final do Módulo – AFM.
 - 27. Se a média do módulo for igual ou superior a 7,0, mas o grau de acerto nas questões de qualquer disciplina for inferior a 50%, o aluno tem obrigação de realizar uma Avaliação Específica de Disciplina – AED.
 - 28. Se a média do módulo for inferior a 4,0, o aluno tem direito a realizar um exame de 2^a época no final do semestre.
 - 29. A **AFM** deve ser composta de todas as disciplinas do módulo e o aluno deve ter média igual ou superior a 5,0 e acertar pelo menos 50% das questões de cada disciplina para ser aprovado.

30. Se a média na AFM for igual ou superior a 5,0, mas o grau de acerto em cada disciplina não alcançar 50% das questões, o aluno tem o obrigação a realizar a AED.
31. Se a Média na AFM for inferior a 5,0, o aluno tem direito a realizar o exame de 2ª época no final do semestre.
32. Na **AED**, para ser aprovado, o aluno deve ter um grau de acerto igual ou superior a 50% das questões de cada disciplina.
33. Se o grau de acerto for inferior a 50% em qualquer disciplina, o aluno tem o direito a realizar o exame de 2ª época.
34. O **exame de 2ª época** só pode ser feito em até um máximo de 2 módulos por semestre.
35. O exame de 2ª época deve envolver todas as disciplinas do módulo e o aluno deve obter média 5,0 e acertar 50% das questões de cada disciplina para ser aprovado.
36. Se, no exame de 2ª época, o aluno obtiver média inferior a 5,0 e acertar menos de 50% das questões de cada disciplina, estará reprovado no módulo.
37. O aluno tem direito a realizar 2ª chamada de qualquer avaliação, desde que solicitada até 3 dias após a 1ª chamada.
38. As AFM e AED devem ser realizadas nos sábados consecutivos ao término dos módulos, após a divulgação das AM.
39. Os exames de 2ª época devem ser realizados até a terceira semana após a conclusão do semestre.
40. É de responsabilidade exclusiva do aluno tomar conhecimento dos locais, datas e horários dos exames, que devem ser divulgados no quadro de avisos dos Departamentos.

AVALIAÇÃO DE APROVEITAMENTO



14. COORDENAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO

a) Coordenação do Curso de Medicina

A Coordenação do Curso exerce papel fundamental na implantação e no acompanhamento continuado do currículo, assumindo suas funções estatutárias e regimentais que, ultimamente, vêm sendo desempenhadas com muitas dificuldades. Torna-se indispensável a constituição de um colegiado atuante, com liderança reconhecida, comprometido com a necessidade de mudança e com profunda compreensão do currículo em todos os seus aspectos: didáticos, organizacionais e operacionais. O Colegiado de Graduação deverá ser constituído como previsto pelo Regimento da UFC, sendo necessária uma adequação das unidades curriculares, tendo em vista a progressiva implantação dos módulos interdisciplinares.

b) Coordenação do Internato

O Internato, por apresentar características peculiares, dispõe de Regimento Interno, aprovado pelo Colegiado do Curso de Graduação e pelo Conselho Departamental. O Colegiado do Internato é composto pelo Coordenador do Curso, por representantes de cada uma das áreas do Internato, dos hospitais conveniados e dos discentes. As normas de funcionamento do Internato constam de seu Regimento Interno: o rodízio nas diversas áreas e sua duração, carga horária, plantões, férias, licenças, afastamento para congressos e concursos.

c) Coordenação dos Módulos

A organização integrada dos módulos requer a atuação de um Coordenador, escolhido entre os professores daquele módulo, que promova a articulação entre as disciplinas, no planejamento e no desenvolvimento das atividades didáticas, incluindo as avaliações. Os Coordenadores dos módulos de cada semestre devem articular-se, com o objetivo de integrar as atividades do semestre e, ainda, para escolherem um Representante do Semestre. De maneira semelhante, os Coordenadores das disciplinas dos módulos de Desenvolvimento Pessoal e de Atenção Básica em Saúde devem articular-se para o acompanhamento e a integração das atividades e para a escolha dos Representantes dos respectivos módulos. Os Coordenadores devem reunir-se pelo menos uma vez antes do início do semestre, para atividades de planejamento, e uma vez no final do semestre, para avaliação do semestre e elaboração de relatório a ser encaminhado à Coordenação do Curso.

e) Assessoria Pedagógica

Faz-se necessária a estruturação de uma assessoria pedagógica que oriente os professores na elaboração dos planos de ensino, no acompanhamento e na avaliação dos alunos e das atividades dos módulos. A elevada capacitação técnica do corpo docente não preenche a lacuna da capacitação pedagógica, que deve ser superada por treinamentos e cursos oferecidos aos professores e também por um acompanhamento especializado.

f) Assessoria Psicopedagógica

É necessário estruturar uma assessoria psicopedagógica que possibilite o acompanhamento do desempenho dos estudantes e a consequente detecção precoce de dificuldades para apoio e possíveis adequações. A utilização de métodos pedagógicos que trabalham com pequenos grupos facilita a detecção dessas dificuldades, que requerem a assistência de profissionais treinados nessa área.

15. Avaliação

A

avaliação é um instrumento de fundamental importância, na visão do currículo como um processo dinâmico, em permanente construção. É necessário que se planeje um sistema de avaliação periódico e não esporádico, que utilize instrumentos adequados, objetivando o acompanhamento do projeto pedagógico, dos alunos e dos docentes. É necessário ampliar a concepção de avaliação como ferramenta de transformação e de melhoria, incorporando-se a participação de docentes, discentes, funcionários técnico-administrativos e consultores externos. Com o objetivo de articular o processo de avaliação e de obter os melhores resultados, a Faculdade de Medicina criou o seu Programa de Avaliação Institucional.

Para que o Curso de Medicina cumpra a missão estabelecida, deve-se verificar, continuamente, se os objetivos educacionais estão adequados e se estão sendo alcançados, de modo que possibilite o aperfeiçoamento e o pleno desenvolvimento do seu projeto pedagógico. Para isto, faz-se necessária uma permanente articulação com a comunidade externa à Universidade, especialmente com setores ligados aos serviços de saúde, através do acompanhamento do desempenho dos egressos e sua absorção no mercado de trabalho. A avaliação continuada do processo ensino-aprendizagem é imprescindível para a coerência e o ajuste do projeto pedagógico quanto aos métodos educacionais, conteúdos programáticos, ambientes de aprendizagem e o próprio sistema de avaliação, tendo-se sempre como balizamento o perfil do profissional a ser formado.

A partir de 1994, envidamos esforços para iniciar um processo de avaliação do Curso de Medicina, com o objetivo de conhecer a opinião dos discentes através de questionário abordando aspectos gerais do Curso: carga horária, integração entre as disciplinas do semestre, organização de cada disciplina, objetivos, programação, provas, infra-estrutura e aspectos relacionados ao corpo docente: assiduidade, pontualidade, capacidade didática e outros. Os resultados foram apresentados e discutidos em todos os departamentos integrantes do Curso de Medicina. Pesquisa semelhante foi recentemente realizada em todos os semestres e os dados foram discutidos no I Seminário de Capacitação Docente, em fevereiro de 2000. Estes dados poderão ser comparados a dados obtidos após a implantação do novo currículo. Dando continuidade ao Programa da Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina, foi aplicada enquete para avaliação dos internos sobre o Estágio Supervisionado, os locais de treinamento e as atividades extracurriculares e, ainda, uma autoavaliação do desenvolvimento de habilidades. Os resultados foram apresentados em reuniões que contaram com a presença de professores e internos e poderão ser, também, comparados a informações futuras. Estas pesquisas foram cuidadosamente analisadas pelo corpo docente e utilizadas como instrumento para a melhoria das disciplinas, tendo sido de grande valia na construção do novo currículo.

A avaliação dos alunos deve abranger a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, de acordo com objetivos determinados em cada módulo, considerando-se a parcela que cada etapa tem a contribuir na formação do médico. Faz-se necessária a análise do sistema de avaliação e dos instrumentos utilizados atualmente por cada disciplina, para a comparação com os métodos e os instrumentos que venham a ser utilizados após a implantação do novo currículo e de progressiva capacitação pedagógica dos docentes. Deve-se também incluir a avaliação formativa dos alunos na prática docente, para proporcionar-lhes um *feedback* da sua atuação em tempo hábil que lhe permita uma adequação aos objetivos propostos, devendo por isso ser executada de acordo com as peculiaridades de cada módulo.

Avaliações de conhecimento dos alunos têm sido realizadas nacionalmente pela SESU/MEC – o Exame Nacional de Cursos, em 1999 e 2000, e pela CINAEM – O Teste de Qua

lificação Cognitiva, em 1999, e têm motivado reflexões e sensibilizado a comunidade sobre a necessidade de mudanças curriculares. Estes instrumentos devem continuar a ser utilizados e possibilitam análises comparativas.

Encontra-se em fase de planejamento um estudo comparativo, baseado em questionário da OMS, envolvendo a qualidade de vida dos estudantes de nossa Faculdade submetidos ao currículo tradicional, aqueles contemplados com o novo currículo e estudantes de outras áreas.

A partir da implantação do novo currículo será instituído um sistema voluntário de tutoria para acompanhamento dos alunos ao longo do Curso. Serão feitas inscrições de professores e estudantes, para composição de grupos de cinco alunos e um tutor. O sistema de tutoria permitirá também um acompanhamento continuado do processo de ensino-aprendizagem, podendo ainda revelar impacto e receptividade do novo currículo entre os discentes.

A avaliação do corpo docente realizada pela CINAEM, divulgada em 1997, traz dados relevantes quanto à capacitação docente, técnica e pedagógica, à dedicação ao curso, à produção científica, etc. A Avaliação das Condições de Oferta, realizada em 1999, pelo MEC, também registrou dados relacionados ao corpo docente e à estrutura física disponível. No que se refere aos docentes, o instrumento do MEC precisa ser modificado, para que o desempenho docente seja adequadamente avaliado, nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

É também relevante a avaliação da Instituição quanto à sua estrutura organizacional e gerencial. Para tanto, faz-se necessário conhecer a visão do professor, do técnico e do aluno. O sucesso desse esforço dependerá, certamente, do compromisso da administração superior da UFC em encaminhar as propostas que daí resultarem.

A confiança nos novos caminhos da educação médica, impulsiona as mudanças que ora se fazem absolutamente necessárias, para que a Faculdade de Medicina da UFC possa formar um profissional com o perfil desejado, comprometido com o paradigma de defesa da vida e com a busca de uma sociedade mais sadia e justa.

ANEXO 2

PROJETO PEDAGÓGICO CURSO GRADUAÇÃO MEDICINA DO UNIFESO

Projeto Pedagógico de Curso
MEDICINA



Autores

Andrea de Paiva Dóczy

Carlos Romualdo Barbosa Gama

Etelka Czako Cristel

Getúlio Menegat

Heleno Pinto de Moraes

Luis Filipe da Silva Figueiredo

Manoel Antonio Gonçalves Pombo

Maria de Fátima da Silva Moreira Jorge

Mariana Beatriz Arcuri

Walney Ramos de Sousa

Revisão

Claudia Aparecida de Oliveira Vicente

Mariana Beatriz Arcuri

José Feres Abido Miranda

Verônica Santos Albuquerque

Tatiana Coelho da Rocha

Formatação

Grasiela Cardinot da Silva

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

MANTENEDORA: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS - FESO

CONSELHO DIRETOR

Presidente

Antonio Luiz da Silva Laginestra

Vice-Presidente

Jorge de Oliveira Spinelli

Secretário

Luiz Fernando da Silva

Vogais

Jorge Farah

Kival Simão Arbex

Paulo Cezar Wiertz Cordeiro Wilson José
Fernando Vianna Pedrosa

CONSELHO CURADOR

Componentes

Alexandre Fernandes de Marins

José Luiz da Rosa Ponte Luiz Roberto
Veiga Corrêa de Figueiredo

DIREÇÃO GERAL

Luis Eduardo Possidente Tostes

F977 Fundação Educacional Serra dos Órgãos.

Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Projeto Pedagógico do Curso de Medicina / Fundação Educacional Serra dos
Órgãos. --- Teresópolis: UNIFESO, 2017.

229f.

1-Fundação Educacional Serra dos Órgãos. 2- Centro Universitário Serra dos
Órgãos. 3- Projeto Pedagógico. 4- Medicina. 1. Título.

CDD 378.8153

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

MANTIDA: CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS - UNIFESO

CHANCELARIA

Antonio Luiz da Silva Laginestra

EITORIA

Verônica Santos Albuquerque

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA

José Feres Abido Miranda

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – CCHS

Ana Maria Gomes de Almeida

Curso de Graduação em Administração

Jucimar André Secchin

Curso de Graduação em Ciências Contábeis

Jucimar André Secchin

Curso de Graduação em Direito

Leonardo Figueiredo Barbosa

Curso de Graduação em Pedagogia

Maria Terezinha Espinosa de Oliveira

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

Mariana Beatriz Arcuri

Curso de Graduação em Ciências Biológicas

Carlos Alfredo Franco Cardoso

Curso de Graduação em Enfermagem

Selma Vaz Vidal

Curso de Graduação em Farmácia

Valter Luiz da Conceição Gonçalves

Curso de Graduação em Fisioterapia

Andréa Serra Graniço

Curso de Graduação em Medicina

Manoel Antônio Gonçalves Pombo

Curso de Graduação em Medicina Veterinária

André Vianna Martins

Curso de Graduação em Odontologia

Monique da Costa Sandin Bartole

DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

Edenise da Silva Antas

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO

Solange Soares Diaz Horta

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO

Michele Mendes Hiath Silva

ÓRGÃOS SUPLEMENTARES

CENTRO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – CESO

Roberta Franco de Moura Monteiro

CLÍNICA-ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Alba Barros Souza Fernandes

CLÍNICA-ESCOLA DE MEDICINA VETERINÁRIA

Priscila Tucunduva

CLÍNICA-ESCOLA DE ODONTOLOGIA PROF. LAUCYR PIRES DOMINGUES

Leonardo Possidente Tostes

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO – HCTCO

Rosane Rodrigues Costa

APRESENTAÇÃO

O projeto pedagógico de curso (PPC) é um documento norteador tanto da formação quanto do cotidiano da prática pedagógica, o qual explicita o seu vínculo com o projeto pedagógico institucional (PPI) no sentido de guardar coerência com a proposta filosófico-educacional da instituição de ensino.

No UNIFESO, os coordenadores de cursos de graduação constroem/reconstroem e atualizam os PPC contando com a colaboração de seus Colegiados e/ou Núcleos Docentes Estruturantes (NDE). Além disso, este texto precisa ser revisitado periodicamente por conta de prováveis mudanças que podem ser de ordem burocrática ou de ordem circunstancial. Esta socialização da discussão enriquece o processo à medida que há uma reflexão acerca da importância deste documento, o qual reflete o “retrato” do curso, mesmo porque é essencial contemplar a realidade da formação profissional, o próprio mercado de trabalho, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

O processo sistemático de acompanhamento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação no UNIFESO é definido pelo Programa de Autoavaliação Institucional – PAAI e os critérios são elencados conforme demandas estabelecidas pelo MEC e pela instituição.

A partir das especificidades e a análise individualizada do estágio de desenvolvimento de cada PPC dos diferentes Centros de Ciências e cursos, torna-se possível constituir uma agenda de trabalho bastante ampla e diversificada que oscila entre pequenas reestruturações em determinados cursos até ampla revisão de todo o PPC em outros e, em casos de mudanças estruturais, é realizada a conexão com o planejamento estratégico institucional, fazendo com que este documento também seja um importante instrumento de gestão acadêmica.

SUMÁRIO

AUTORIZAÇÃO E RECONHECIMENTO	7
1.INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Contextualização Histórica da Fundação Educacional Serra Dos Órgãos	8
1.2 Contexto Histórico do Curso de Graduação em Medicina	11
2.FUNDAMENTOS DE CURRÍCULO.....	14
2.1. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina	14
2.2. Princípios e Políticas do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI)	14
2.3. Demandas de Natureza Econômica, Social, Cultural, Política e Ambiental de Teresópolis e Região	16
3.EIXOS ESTRUTURANTES DO CURRÍCULO.....	19
3.1 Os Eixos Gerais.....	19
3.2 O Eixo Semiologia Ampliada do Sujeito e da Coletividade	19
3.3 O Eixo Ética e Humanismo.....	20
3.4 O Eixo Construção/Produção do Conhecimento	21
3.5 O Eixo Política e Gestão em Saúde	22
4.CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CURSO	23
4.1 Objetivos do Curso.....	23
4.2 Perfil do Egresso	24
4.3 Organização e Estrutura curricular	25
4.4 Conteúdos Curriculares.....	29
4.5 Matriz Curricular.....	34
4.6 Ingresso ao Curso.....	6
4.7 O Papel dos Estudantes	6
4.8 O Papel dos Docentes.....	6
5.CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM.....	9
5.1 Cenários de Ensino-Aprendizagem em Ambientes Controlados	9
5.2 Cenários Reais de Prática – A Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (IETC)	11
5.3 Cenários de suporte para a construção do conhecimento	16
6.PÓS GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO	17
6.1 Linhas de Pesquisa	17
6.2 Atividades de Extensão	18
6.3 Pós-Graduação	20
6.4 Residência Médica	20
7.ATIVIDADES COMPLEMENTARES.....	21
7.1 Cidadania, Diversidade e Sustentabilidade (CDS I e II)	22
7.2 Atividades Complementares Optativas.....	24
8.TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO – TIC.....	24
9.INTERNACIONALIZAÇÃO	25
10.NÚCLEO DE APOIO PSICOPEDAGÓGICO E ACESSIBILIDADE (NAPPA).....	25
10.1 Programa de Acessibilidade.....	27

11.ORGANIZAÇÃO DO CORPO DOCENTE.....	29
12.EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	30
13.NÚCLEO DE APOIO PEDAGÓGICO E EXPERIÊNCIA DOCENTE – NAPED.....	31
14.AVALIAÇÃO.....	33
14.1 Formatos de Avaliação.....	34
14.2 Avaliação em Tutoria.....	34
14.3 Auto avaliação do Estudante: reflexão em relação a limites e conquistas.....	34
14.4 Avaliação do Tutor pelo Estudante: avalia o desempenho do tutor.....	34
14.5 Avaliação Cognitiva ao fechamento das Situações-Problema.....	35
14.6 Avaliação Continuada Integrada (ACI).....	35
14.7 Avaliação Integrada da Prática.....	37
14.7.1 Avaliação no Laboratório de Habilidades.....	37
14.7.2 Avaliação em Instrutorias.....	37
14.7.3 Avaliação nos Cenários de IETC.....	38
14.7.4 Avaliação do Internato.....	38
14.7.5 Avaliação baseada no Desempenho Clínico (OSCE).....	38
14.7.6 Trabalho de Conclusão de Curso – TCC.....	39
14.7.7 Teste de Progresso.....	39
14.7.8 Avaliação Global.....	40
14.7.9 Conselho de Classe.....	40
15.GESTÃO DO CURSO.....	41
15.1 Direção do Centro de Ciências da Saúde e Conselho do Centro.....	41
15.2 Coordenação de Curso e suas Assessorias, auxiliados pelos Coordenadores de Períodos e Atividades.....	41
15.3 Colegiado do Curso.....	42
15.4 Núcleo Docente Estruturante (NDE).....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	45
ANEXO I.....	45
ANEXO II.....	65
ANEXO III.....	127
ANEXO IV.....	131
ANEXO V.....	135
ANEXO VI.....	188

AUTORIZAÇÃO E RECONHECIMENTO

CURSO	AUTORIZAÇÃO	RECONHECIMENTO	RENOVAÇÃO DE RECONHECIMENTO
MEDICINA	Decreto 66.435, de 10/04/70 D.O.U 13/04/70	Decreto 75237, de 16/01/75 D.O.U. 17/01/75	<p>Processo 23000.008476/97-11 Port. 1807 do MEC 31/10/00 D.O.U. 07/11/00</p> <p>Processo 23000.000064/ 2004-48, Registro SAPIEnS 20031009077 do Ministério da Educação</p> <p>Portaria MEC 961 de 27/04/2006 D.O.U. 28/04/2006</p>

Número de Vagas: (144) vagas anuais acrescidas de alunos do PROUNI

1ª turma: (72) alunos semestrais.

Turno: manhã/tarde.

Parecer nº: 136/76 CESU, de 26/01/72. Alteração do número de vagas: não teve.

Coordenador: Manoel Antonio Gonçalves Pombo.

Regimento Interno: ato – 1º - FMT – Parecer nº 04/1975 – 2º FMT – Parecer nº 768/1985.

Regimento Unificado: Parecer nº 303/94 – 06/04/99 CFE. Homologado: Portaria nº1004, de 01/07/94 – Ministério da Educação D.O.U., 04/07/94 e alterado pela Portaria nº 907/99, em 21/06/99.

Início do curso: 01 de abril de 1970.

1.1 Contextualização Histórica da Fundação Educacional Serra Dos Órgãos

A Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), sediada em Teresópolis, foi criada em 20 de Janeiro de 1966 por um grupo de pessoas, setores e instituições da comunidade local. Atualmente é constituída por três campi: Campus Sede, Campus FESO/PRO-ARTE e o Campus Quinta do Paraíso.

Sua história é fruto do trabalho de um grupo de idealistas que, integrados à vida política e social do município de Teresópolis, preocupavam-se com o seu desenvolvimento e com o fortalecimento do sistema educacional. Para atingir tal objetivo, a FESO foi criada como fundação de direito privado sem fins lucrativos pelo Decreto Municipal nº 2/66, passando a ser reconhecida como de Utilidade Pública Municipal três anos depois, pelo Decreto Municipal nº 98/69 e de Utilidade Pública Federal em 1983, pelo Decreto nº 88747/83.

Embora a ideia inicial fosse atender à demanda do ensino médio, tal fato não aconteceu. Sob uma conjuntura de forte demanda por vagas em Cursos de Medicina sem a possibilidade de ser atendida pelas instituições da época, a FESO implantou sua primeira unidade no ano de 1970, voltada para o ensino superior, representada pela Faculdade de Medicina de Teresópolis (FMT).

Objetivando oferecer um campo propício para as atividades práticas dos seus alunos, a FESO firmou convênio com a Prefeitura Municipal de Teresópolis no ano de 1972 para cessão do então Hospital Municipal, que passou a ser o Hospital das Clínicas de Teresópolis, hoje denominado Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO) certificado pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde (MS) como hospital de ensino. Desta forma, iniciou-se o movimento de estreitamento das relações com a comunidade a partir da prestação de serviços na área da saúde, especialmente, aos beneficiários do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Frente à demanda e à necessidade de criação de novas especialidades, o HCTCO expandiu-se ao longo destas últimas décadas. Foram construídas uma unidade de emergência, novas enfermarias e ambulatórios, bem como foram adquiridos novos equipamentos de diagnóstico e tratamento, em coerência com a evolução técnica e tecnológica do Setor Saúde. Em 1995, com o crescimento dos planos privados de saúde, o HCTCO inaugurou um pavilhão próprio para o atendimento aos usuários cobertos por esses convênios. Desde a sua inauguração, o hospital tem destinado pelo menos 80% da sua capacidade instalada ao atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atenta às necessidades da comunidade de Teresópolis e dos municípios circunvizinhos na área do Ensino Superior, a FESO ampliou seu foco de atenção, em 1975, com a criação das Faculdades de Administração e Ciências Contábeis (FACCE), expandindo a oferta educacional para a área de ciências humanas e sociais. Em 1985 implantou-se a Faculdade de Enfermagem de Teresópolis (FET), cuja proposta inicial estava voltada para a qualificação dos serviços de enfermagem prestados pelo hospital com a formação de novos enfermeiros.

No ano de 1982, fiel à filosofia institucional de atendimento às demandas comunitárias e à sua vocação original, a Fundação criou o Centro Educacional Serra dos Órgãos (CESO), para atender à educação infantil, ao ensino fundamental e ao ensino médio.

Em 1983, foi criada uma Unidade Básica de Saúde junto à comunidade da Beira-Linha com o objetivo de desenvolver ações de atenção primária à saúde, bem como servir de cenário da aprendizagem para os estudantes dos Cursos de Medicina e de Enfermagem.

Simultâneo ao crescimento da instituição em relação à oferta de cursos veio o aperfeiçoamento interno dos processos pedagógicos e acadêmicos. Em 1989 a FESO estruturou o Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAPP), para atender, a princípio, às necessidades oriundas do processo de ensino-aprendizagem do Curso de Medicina, estendendo-se em seguida a todos os cursos superiores oferecidos pela FESO.

Destaca-se que a necessidade aproximação das normas acadêmicas e do processo de gestão dos cursos e em 1994 a FESO passou a atuar como Faculdades Unificadas, gerando maior agilidade e eficiência permitindo investimentos na mudança para um modelo gestor menos centralizado, mais flexível e participativo, como saída para alavancar e consolidar esse novo momento institucional.

Tal unificação gerou a necessidade de ordenar as ações voltadas para a pós-graduação e a extensão, até então desenvolvidas no âmbito de cada faculdade isoladamente, ocasionando a criação, ainda em 1994, do Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão (NPPE), com três funções definidas à época: 1) promover cursos de especialização e aperfeiçoamento para as comunidades interna e externa; 2) iniciar uma política de pesquisa e 3) viabilizar atividades de extensão.

Neste mesmo ano, considerando o rápido desenvolvimento da informática e suas crescentes aplicações na sociedade, foi implantado o Curso de Tecnologia em Processamento de Dados, transformado em Curso de Ciência da Computação em 2006, após avaliação realizada pelo MEC.

Em decorrência do aumento da expectativa de vida das pessoas, bem como da necessidade de criar espaços de inserção social dos idosos na cidade de Teresópolis, a FESO implantou, em 1996, um programa de

extensão intitulado Universidade da Terceira Idade (UNIVERTI), com o objetivo de promover e aprimorar o conhecimento através de cursos, palestras e seminários nas diversas áreas e oferecer atividades artísticas e sociais.

No ano seguinte, indo ao encontro das preocupações de ampliar sua presença no contexto sócio cultural de Teresópolis, a FESO acatou a proposta da Fundação Theodor Heuberger Pró-Arte, cujo objetivo era fomentar atividades artísticas e de incentivo à cultura, e que, naquele momento, apresentava sérias dificuldades financeiras. A FESO incorporou o prédio ao seu patrimônio e assumiu os compromissos financeiros da Fundação, bem como o compromisso de manter suas atividades originais. A partir de então, a FESO instituiu o Núcleo Cultural FESO/Pró-Arte, hoje, Centro Cultural FESO/Pró-Arte.

Em 1997 foi adquirida a Fazenda Quinta do Paraíso, com cerca de um milhão de metros quadrados, localizada estrategicamente próxima ao HCTCO e ao eixo rodoviário formado pelas estradas Rio/Bahia e Teresópolis/Friburgo. Essa aquisição garantiu um espaço adequado para a construção de um novo campus, visando a sustentação da expansão institucional e no qual atualmente encontram-se instalados os cursos de Medicina Veterinária, Fisioterapia, Farmácia, Ciências Biológicas e Pedagogia, além das Clínicas Escola de Fisioterapia e Medicina Veterinária.

Consagrando o interesse institucional de ampliar a oferta educacional e cultural na cidade de Teresópolis, foi criado o Curso de Pedagogia em 1998. O objetivo foi o de atender às demandas locais e regionais de qualificação dos profissionais vinculados às redes públicas e privada de ensino, dos egressos dos cursos de formação de professores, bem como do ensino médio e equivalente.

Ainda em 1998, implantou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), como parte de um projeto municipal, que atingiu, além da Unidade da Beira-Linha, outras oito Unidades de Saúde administradas pelo poder público local, com orientação técnica da FESO. NO ano de 1999 a FESO foi credenciada pelo Ministério da Saúde como Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente das Equipes Básicas do PSF da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Vale dizer que a criação do Polo representou uma sensível inserção regional da FESO, na medida em que a maioria dos municípios serranos teve suas equipes do PSF capacitadas pela Instituição.

Desta forma, com o objetivo de integrar e articular os cursos de graduação em áreas afins, foram criados no ano de 1999 o Centro de Ciências Biomédicas (CCBM) - atual Centro de Ciências da Saúde (CCS), e o Centro de Ciências Humanas e Sociais (CCHS). No mesmo período, agregaram-se aos seus respectivos Centros os novos Cursos de Odontologia e de Direito. No ano seguinte foi criado o Curso de Medicina Veterinária. Todos esses Cursos foram implantados em função da necessidade de responder à diversificação de oferta e captação de recursos que a instituição demandava.

Em 2001, foi implantado o Curso de Fisioterapia, que encerrou o ciclo de expansão pretendido, de acordo com o Plano de Desenvolvimento Institucional 2003-2007.

Ainda no ano de 2001 foi criada a Odontoclínica, possibilitando a prática diária dos estudantes de Odontologia, oferecendo atenção à saúde bucal nas áreas de Ortodontia, Periodontia, Cirurgia, Dentística e Endodontia, bem como promovendo ações de promoção e prevenção específica.

Em 2002 foi criada a Clínica Veterinária, setor de fundamental importância para o desenvolvimento profissional dos estudantes, além de propiciar atenção à saúde animal como mais uma área de integração da FESO com a comunidade e espaço de controle das zoonoses, importante ação na área de Vigilância em Saúde do município.

Ainda no ano de 2002 foi criado o Núcleo de Prática Jurídica do Curso de Direito, representando outro espaço de integração com a comunidade a partir de atendimento realizado em escritório-modelo, em benefício da população menos favorecida. Em 2004 instalou-se a Clínica de Fisioterapia, prestando serviços à comunidade, fortalecendo e incrementando o serviço de saúde local.

Orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, em 2005, o Curso de Medicina iniciou seu processo de mudança com o apoio dos Ministérios da Educação e da Saúde, assim como da Organização Pan Americana de Saúde, por intermédio do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), (re)significado na Instituição como Projeto Educação. Esse projeto delineou perfis e propostas de ação dentro de uma concepção de modelo de formação e de atenção à saúde em que os estudantes, os docentes e a sociedade são sujeitos ativos no processo ensino-aprendizagem, num contexto de integração entre ensino, trabalho e cidadania.

Entendendo a necessidade de ampliar o movimento de mudança para outros cursos da saúde e com o objetivo de integrar as ações, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conjunto com a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC), conduziu o processo de elaboração do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O UNIFESO teve seu projeto novamente aprovado, naquele momento, para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia.

1.2 Contexto Histórico do Curso de Graduação em Medicina

Criada em 1970 pela Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), a Faculdade de Medicina de Teresópolis foi a primeira Instituição de Ensino Superior deste Município e vem tendo, desde então, significativo impacto, tanto nas práticas locais de ensino, quanto nas de saúde.

Utilizando a experiência originada na década de 80, em práticas voltadas para a atenção primária, em uma Unidade

Básica de Saúde (UBS) modelo, foi implantada a ampliação do internato, com a inserção dos alunos durante seis meses em UBS da instituição e do Sistema Único de Saúde (SUS), em parceria com a Prefeitura Municipal de Teresópolis. Tal fato viabilizou a implantação do Programa Municipal de Saúde da Família (PSF), articulando a participação de docentes e internos de Medicina e estimulando sua integração nas equipes de saúde locais. Desse modo, iniciou-se um processo de transformação no plano estrutural das relações políticas, fomentando a intersetorialidade, a articulação biopsicossocial, o controle social e a associação entre o ensino, a pesquisa e o mundo do trabalho.

Em 1993, o Centro de Ciências Biomédicas à época e o Curso de Graduação em Medicina realizaram dois grandes fóruns de discussão sobre a Educação Médica, com a participação de especialistas e profissionais dos Serviços de Saúde, gestores, docentes e discentes da instituição. Esses fóruns evidenciaram necessidades de mudanças na estrutura curricular da formação médica, tais como a reorientação das atividades práticas e a ampliação do Internato, entre outras.

A partir de 1997, o movimento de mudanças na formação médica toma nova dimensão institucional, ao se integrar no processo de revisão da própria Instituição que, neste ano, passa a rever sua missão, finalidades e projetos que passariam a orientar sua ação educativa, em consonância com as orientações do Ministério da Educação (MEC).

No ano seguinte, a participação dos gestores, docentes e discentes nas discussões sobre Educação Médica desenvolvida pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) permitiu que o Curso de Graduação em Medicina se integrasse à proposta da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), desde sua primeira fase, incorporando várias mudanças. Sob a influência do Projeto da CINAEM, o Curso de Graduação em Medicina reescreveu, em 1998, seu projeto pedagógico levando em conta necessidades de mudanças identificadas, tais como a ampliação do internato de um ano para um ano e meio e a redefinição do perfil de formação desejado:

A formação de um médico geral com postura ética e humanística, com qualificação, competência e habilidade para atuar crítica e reflexivamente nas áreas básicas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria,

Tocoginecologia e Saúde Coletiva, com atenção integral nos diferentes níveis de atenção. [FESO, 1998]

Ainda neste mesmo ano, o Ministério da Saúde credenciou a FESO como Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para os Profissionais do Programa de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro (PCSF- RJ).

Desta forma, em 1999 concretiza-se a reforma da grade curricular com a ampliação do internato permitindo a inserção do interno no Programa de Saúde da Família com o impacto na rede local do SUS. Em 2001 o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior (Resolução CNE/CES nº 4 de 07 de novembro de 2001) instituíram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, que definem o perfil do egresso:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. [BRASIL, 2001: 1]

A partir de então, o curso de graduação em medicina do UNIFESO, embasado na própria história construída e amparado nas DCN, realizou várias oficinas e seminários onde os pressupostos teóricos do processo de mudança do curso foram sendo repensados e reconstruídos continuamente, de modo a nortear o movimento de revisão/transformação/construção do projeto pedagógico. Este dinamismo se inscreve em uma conjuntura mais ampla de transformações nas sociedades contemporâneas (DELEUZE, 1992; RÊGO et al., 2007; SANTOS, 2003; SANTOS e GERSCHMAN, 2004; SB & SB ZOBOLI e FORTES, 2004), que dentre outras citamos:

- a) a extrema velocidade na produção de conhecimento e a conseqüente efemeridade das “verdades” construídas no saber/fazer científico;
- b) a necessidade de reorganizar o saber/fazer da saúde, levando em consideração integralidade, a interdisciplinaridade e a recuperação da dimensão ética cuidadora/compassiva;
- c) a premência de otimização dos gastos em saúde, face à infrene produção de conhecimento e à incorporação tecnológica em saúde;
- d) o questionamento crescente de valores tradicionalmente hegemônicos na prática da saúde e o emergente papel social dos pacientes e da sociedade em geral, os quais têm forçado uma nova reflexão sobre a formação e a prática dos profissionais neste setor;
- e) a inequívoca influência dos meios de comunicação e das novas tecnologias de informação na construção/formatação do homem/profissional nestes primórdios do século XXI.

Com base em tais premissas, a Instituição, em atendimento à convocação do Ministério da Saúde feita às escolas médicas — Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED) apresentou um projeto em 2002, sendo selecionada para obter recursos que viabilizariam, junto com a contrapartida institucional, a implantação inicial de uma nova proposta pedagógica. Esta proposta, fundamentada na integração de campos de conhecimento afins e baseada em metodologias ativas, possibilitou a interação de diferentes atores, tendo como pilar o ensino centrado na prática, o qual favorece a intervenção dos estudantes na realidade, a partir do desenvolvimento de autonomia na construção do conhecimento e do pensamento crítico.

Entre os anos de 2003 a 2005, a Instituição constituiu um grupo de estudos formado por docentes e representação discente, pari passo promoveu fóruns, oficinas e encontros com pequenos grupos, para a ampla discussão da proposta curricular almejada.

No segundo semestre de 2005 a proposta curricular do Curso de Graduação em Medicina aprovada pelo Conselho de Ensino e Pesquisa (CEPE), foi implementada, consolidando o ensino de concretizar as mudanças curriculares e metodológicas almejadas, estabelecendo a partir de então um processo de construção e aprimoramento permanentes, no presente momento adaptando-se às necessidades da Lei 12.871 e novas DCN, a partir da Resolução de número 03 de 20 de Junho de 2014.

2. FUNDAMENTOS DE CURRÍCULO

2.1. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (Anexo I), atualizadas em 2014, se constituem na principal base de fundamentação deste Projeto Pedagógico.

Nesse sentido, toda orientação presente neste PPC se faz com a finalidade de proporcionar ao estudante do Curso do UNIFESO uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

2.2. Princípios e Políticas do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI)

São fundamentos deste Projeto Pedagógico os princípios filosóficos e a base conceitual do Projeto Pedagógico Institucional (PPI), que integra o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), assim como os pressupostos anunciados na Política de Ensino, destacando-se:

A cidadania como o compromisso com o direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei e o exercício da democracia, assim como o fomento à participação consciente dos indivíduos na sociedade. A sustentabilidade como uma relação equilibrada com o ambiente em sua totalidade, considerando que todos os elementos afetam e são afetados reciprocamente pela ação humana.

A diversidade como uma atitude política de respeito e valorização das diferenças de classe social, gênero, etnia, opção sexual, capacidades e de todos os atributos que fazem parte da identidade pessoal e definem a condição do sujeito na cultura e na sociedade.

A acessibilidade como um aprofundamento do compromisso institucional com a diversidade, sendo compreendida não só como a oferta do Curso para portadores de necessidades especiais, mas também o desafio de produzir práticas pedagógicas e atitudes condizentes com as especificidades que se apresentem.

A interdisciplinaridade como alternativa à fragmentação dos diferentes campos do conhecimento. Ressalta-se a partir desse fundamento a complexidade e a interrelação entre os saberes, favorecendo uma formação integral e integrada, o que é mais compatível com a realidade de mundo contemporâneo.

A formação por competências, caracterizada por selecionar, organizar e mobilizar, na ação, diferentes recursos (conhecimentos, habilidades e atitudes) para o enfrentamento de uma situação específica (BRASIL, 2014; LIMA, 2005). Por meio da opção de formação por competências, a articulação teoria-prática ganha centralidade no currículo do Curso de Medicina.

O mundo do trabalho em saúde como espaço privilegiado para o desenvolvimento das competências profissionais, considerando sua realidade complexa.

A integração ensino-trabalho-cidadania como um princípio que articula o ensino, a pesquisa, a extensão, os cenários de trabalho formais ou informais, a participação popular, o controle social e o protagonismo estudantil em especial nas oportunidades de transformação da realidade quando a instituição de ensino superior se integra à comunidade.

A aprendizagem significativa como um princípio orientador das atividades de ensino, determinante da ancoragem das novas informações aos conceitos relevantes já presentes na estrutura cognitiva dos estudantes (MOREIRA, 2006).

As metodologias ativas como meios de desenvolver o aprendizado a partir de experiências reais ou simuladas, visando a criação de condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos.

O duplo protagonismo estudante-professor cuja aposta é que tanto o papel do estudante quanto o do professor são fundamentais no processo de aprendizagem, sem deslocar a centralidade do processo para um ou para outro (VEIGA, 2012).

O incentivo à flexibilidade, à criatividade e à responsabilidade como indutores de construção de autonomia, motivação para aprender e transformar.

A educação permanente como uma estratégia de ensino-aprendizagem pelo trabalho (PPI – UNIFESO, 2016). A avaliação como procedimento a favor da aprendizagem e do desenvolvimento como forma de romper com uma visão puramente técnica e burocrática. Nesse sentido, a intencionalidade dos processos avaliativos inclui:

(1) a opção por uma avaliação formativa com consequência para o desenvolvimento das pessoas e da instituição; (2) a relação estreita entre avaliação e planejamento; (3) o desejo de ruptura com o paradigma da avaliação classificatória com a apresentação de rankings a partir das verificações; (4) a valorização da participação de múltiplos atores e da diversificação de instrumentos nos processos avaliativos e (5) a articulação com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES).

2.3. Demandas de Natureza Econômica, Social, Cultural, Política e Ambiental de Teresópolis e Região

As demandas de natureza econômica, social, cultural, política e ambiental de Teresópolis e Região são consideradas na estruturação dos Cursos do UNIFESO, como prevê o Projeto Pedagógico Institucional. Tais demandas, aliadas às DCN e aos princípios do PDI, anteriormente apresentados, fundamentam a organização curricular. A compreensão dessas demandas tem por finalidade a estruturação de um curso capaz de promover melhoria nos determinantes de saúde e nos indicadores nas áreas econômica, social, cultural, política e ambiental.

A região geográfica de abrangência da atuação do UNIFESO é aquela em que se incluem os municípios da Região Serrana, alguns da Baixada Litorânea e outros da Região Noroeste do estado do Rio de Janeiro, a saber: Teresópolis, Petrópolis, Nova Friburgo, Cachoeiras de Macacu, Duas Barras, Guapimirim, Rio de Janeiro, Magé, Areal, Cordeiro, Três Rios, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro, Sapucaia, Carmo, Cantagalo, Bom Jardim, São Sebastião do Alto, Santa Maria Madalena, Macuco, Trajano de Moraes e Itaocara.

O município sede – Teresópolis – conta com uma área de 770.601 km² e uma população de 163.746 habitantes, segundo dados do IBGE 2010. A taxa de alfabetização no município vem crescendo ao longo das últimas décadas – de 81% em 1991 para 87,5% em 2000 e para 93,5% em 2010. Cabe ressaltar, ainda, que o índice de analfabetismo ainda é expressivo entre a população rural – 13,8%. O índice de desenvolvimento humano (IDH), concebido pela ONU para avaliar a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico de uma população, de Teresópolis em 2013 foi de 0,730, sendo considerado alto. Dentre os componentes do IDH, Teresópolis apresentou os índices parciais de 0,855 em expectativa de vida, de 0,752 em renda e de 0,605 em educação. O potencial econômico do município é marcado por uma vocação para produção rural de hortaliças, para o turismo, além de se constituir em um polo urbano de serviços. Ao longo das últimas cinco décadas, o município vem se afirmando como um centro formador de profissionais de nível superior.

A ligação do município com outras regiões se faz por uma rede de estradas. Teresópolis é atravessada pela rodovia Rio-Bahia, além das estradas que a ligam a Petrópolis e Friburgo. Possui uma importante rede de estradas vicinais que possibilitam o escoamento de sua produção. A frota de Teresópolis, dimensionada no censo de 2012, era de 79.953 veículos, sendo 63% deles automóveis. As motocicletas já representavam 19% da frota, com crescimento representativo ao longo dos anos.

O Serviço Social do Comércio (SESC) é um importante centro de promoção cultural da cidade, pois que desenvolve projetos musicais, esportivos, teatrais e de ação social. Além do SESC, Teresópolis conta com representações do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). Possui vários clubes sociais e os tradicionais clubes de serviço, associações e sindicatos de produtores, do comércio e dos trabalhadores. Destaque-se, ainda, a existência da Associação Comercial, Industrial e Agrícola (ACIAT) e de várias associações de moradores.

No que tange ao esporte, a presença na Granja Comary da concentração oficial das seleções da Confederação Brasileira de Futebol (CBF), de repercussão nacional, é um fator de prestígio local na área e um potente estímulo a ações de difusão da cultura esportiva.

A Academia Teresopolitana de Letras, integrada por intelectuais, poetas e escritores, certamente se mostra como espaço capaz de fomentar o conhecimento e a reflexão sobre a produção artística e literária da cidade.

No campo das artes cênicas, têm-se, em Teresópolis, três salas de cinema e dois espaços teatrais: o Teatro Municipal de Teresópolis e o do SESC. Os auditórios do UNIFESO têm possibilitado a realização de projetos nessa área, se afigurando também como espaços potenciais para o exercício e expansão das artes cênicas na dinâmica de formação dos estudantes e da comunidade.

A cidade dispõe, ainda, de duas grandes bibliotecas, uma vinculada ao poder público municipal e uma ao UNIFESO. A Biblioteca Municipal, aberta à comunidade, dispõe de um acervo com cerca de 30.000 títulos. A Biblioteca do UNIFESO, através de atendimento especializado em seus diversos campi, disponibiliza um acervo de aproximadamente 36.000 títulos e 75.000 exemplares aos seus estudantes, professores e também à comunidade de Teresópolis. Destaque-se o peso histórico de obras que pertenceram ao Dr. Miguel Couto, figura renomada do meio médico, doadas à FESO por sua família.

O censo escolar do INEP/MEC (2014) revelou um total de 35.118 matrículas na Educação Básica em Teresópolis, sendo 3.628 na Educação Infantil, 23.271 no Ensino Fundamental, 5.904 no Ensino Médio e 2.315 na Educação de Jovens e Adultos. Dos estabelecimentos escolares da cidade, 69 ofertam matrículas para PrÉEscola, 105 para o Ensino Fundamental e 16 para o Ensino Médio.

O UNIFESO é sem dúvida a maior organização econômica, político-social, educacional e cultural da cidade. A instituição busca atender as demandas de formação, desde a educação básica até ao ensino de pós-graduação. Destaca-se ainda na área da assistência à saúde, mantendo especialmente um hospital de ensino que é referência na região. É a maior empresa privada na geração de empregos e em expressividade de sua folha de pagamento. Insere-se também nos movimentos artístico-culturais, por meio do Centro Cultural FESO Pro-Arte e mantém sua participação nos movimentos comunitários.

O Curso de Medicina do UNIFESO tem uma participação expressiva como indutor de qualificação dos indicadores econômicos, políticos e sociais de Teresópolis e região, em especial, na área de saúde. Nesse sentido, cabe destacar:

O impacto econômico na cidade de Teresópolis advindo da permanência de estudantes provenientes de diversas regiões do país com aquecimento do comércio, do mercado imobiliário e da prestação de serviços da cidade. A qualificação da assistência à saúde por meio do Hospital das Clínicas de Teresópolis, hospital-escola da FESO, principal responsável pelo atendimento via Sistema Único de Saúde. É evidente que sem o Curso de Medicina não seria possível manter a qualidade da assistência ofertada, caracterizando a importância da instituição formadora da região.

Um melhor resultado no Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) de Teresópolis, a despeito dos recursos próprios destinados à saúde pela gestão pública municipal, que são complementados por investimentos institucionais quanti-qualitativos, conforme estudo apresentado no 50º Congresso Brasileiro de Educação Médica (ABEM, 2012)

A atuação dos estudantes e docentes nas comunidades nas atividades de integração ensino-trabalho-cidadania (IETC), nos espaços de controle social, com destaque para o Conselho Municipal de Saúde, nos projetos de

extensão, entre outros espaços e atividades, é orientada pelas demandas econômicas, políticas, sociais, ambientais e culturais de Teresópolis e região, fazendo do Curso de Medicina/UNIFESO importante catalizador de desejável desenvolvimento econômico e social desde sua criação em 1970.

3. EIXOS ESTRUTURANTES DO CURRÍCULO

3.1 Os Eixos Gerais

Os eixos gerais são Semiologia Ampliada do Sujeito e da Coletividade, Ética e Humanismo, Construção/Produção do Conhecimento e Política e Gestão em Saúde. Aliadas a esses eixos encontram-se as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina de 2014:

(...) Art. 4º Dada à necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

I - Atenção à Saúde;

II -- Gestão em Saúde; e

III -- Educação em Saúde. [BRASIL, 2014]

3.2 O Eixo Semiologia Ampliada do Sujeito e da Coletividade

O eixo denominado Semiologia Ampliada do Sujeito é da Comunidade amplia e ressignifica o termo Semiologia Médica, entendido como estudo dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. Ao ser proposto desde o início da reforma curricular do Curso de Medicina do UNIFESO a Semiologia Ampliada do Sujeito e da Comunidade tem por objeto o conjunto de signos biológicos, psicológicos, sociais que devem ser considerados para o indivíduo e para a coletividade, contribuindo para que o processo de formação médica e que considere a mesma relevância tanto para formação técnica quanto para humanística e ética.

A Semiologia Ampliada do Sujeito e da Coletividade permeia todo o currículo, responde à proposta do art. 4º das DCN 2014 que enfatiza a articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso para seu futuro exercício profissional como médico.

Em sua essência, ser no mundo é cuidado: ao mesmo tempo atenção e zelo pelo outro. ‘Do ponto de vista existencial, o cuidado é um a priori: está antes de toda atitude e situação do ser humano, o que significa dizer que ele se acha em toda a atitude e em toda a situação humana de fato’. (...) O cuidado significa, então, uma

constituição ontológica sempre subjacente a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz.
[HEIDEGGER, 2000: 41-42]

Este eixo encontra-se em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com o PPI do UNIFESO (2016), especialmente ao atentar-se para os seguintes excertos:

(...) Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. [BRASIL, 2014]

As atividades desenvolvidas no mundo do trabalho sob supervisão e o processamento de situações-problema caracterizadas por recortes do domínio complexo das relações interpessoais e das situações de saúde a que os médicos estarão expostos, elencadas nos diferentes ciclos de vida e apresentações clínicas são ferramentas pedagógicas que procuram criar a prática de mobilizar recursos, tomar decisões e ativar esquemas necessários a formação do perfil do egresso.

3.3 O Eixo Ética e Humanismo

A proposta de humanização do ensino em saúde parte do princípio de que é preciso desenvolver nos estudantes, nos docentes, nos serviços e nas comunidades os valores essenciais à formação da cidadania, possibilitando uma visão integral do processo saúde/doença a partir de seus determinantes físicos, biológicos, psicológicos, socioeconômicos, ambientais, culturais e políticos (REGO et al., 2007). A estruturação curricular se propõe a contemplar a ética e o humanismo em todas as atividades de ensino/aprendizagem, também em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais:

(...) Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social. [BRASIL, 2014]

Desse modo, é possível valorizar o uso da técnica em seu sentido filosófico/conceitual, como arte de cuidar, relacionar, em que as tecnologias duras (MERHY, 1994) devem ser empregadas, quando indicadas, como meio de diagnóstico e tratamento e não como um fim em si mesmo.

O eixo ética e humanismo permeia a discussão das questões éticas e bioéticas, assim como as étnico-raciais, de gênero, de acessibilidade, ambientais e ecológicas. O eixo construção/produção do conhecimento trata do

acesso e qualidade das fontes bibliográficas, assim como da iniciação científica e de trabalhos de intervenção propiciando inclusive mudanças das práticas dos serviços de saúde, ressignificando a aplicação da construção do conhecimento.

3.4 O Eixo Construção/Produção do Conhecimento

Este eixo está em conexão dinâmica e contínua com os demais, na medida em que se faz presente em todos os cenários e situações vivenciadas pelos sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem. Tem como objetivo a formulação de perguntas adequadas, a metódica busca de respostas, a proposição de instrumentos e meios, bem como a construção de métodos de intervenção capazes de funcionar como facilitadores do processo e atender às demandas dos serviços, onde os estudantes e docentes estejam inseridos, ações que devem ser construídas na formação do médico:

(...) Art. 6º parágrafo III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;

(...) Art. 7º - Na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando: aprender a aprender, aprender com autonomia, aprender interprofissionalmente, aprender em ambientes protegidos ou simulados, comprometer-se com seu processo de formação, buscar oportunidades de aprimoramento técnico e domínio de língua estrangeira. [BRASIL, 2014]

A finalidade de incorporar este eixo, do primeiro ao último período, é de potencializar todo o leque da pesquisa científica e tecnológica que tenha como finalidade contribuir para a melhoria do estado de saúde da população e para a busca da redução da desigualdade social no cuidado à saúde.

Atua através de Instrutorias onde se instrumentaliza o estudante em Base de Dados, construção de uma busca, análise crítica do conteúdo da busca e construção de apresentações científicas. Através da execução de trabalhos de apresentação oral, escrita e em postes. Sempre obedecendo a metodologia científica, perpassando todos os períodos, se encerrando na apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC ao final do estágio prático em regime de internato, em evento científico específico e aberto a todo grupo de docentes e estudantes.

Programas específicos do Curso na área de extensão também são desenvolvidos com apoio as comunidades e estímulo a organização de projetos e programas.

Deste modo, reafirma-se o conceito institucional de que a construção e a produção do conhecimento deverão promover:

(...) a formação do cidadão participativo e do profissional reflexivo, que não apenas se utiliza do conhecimento e da técnica, mas recria e atualiza novas formas de domínio, apropriação e aplicação do saber científico, para o bem-estar da sociedade. [UNIFESO, 2006]

3.5 O Eixo Política e Gestão em Saúde

A política e a gestão em saúde integram o campo de ação social, no sentido de orientar para a melhoria das condições de saúde da população — tendo em vista as questões do ambiente e da sociedade (MINAYO e MIRANDA, 2006) — no sentido de organizar — em termos de administração e gerenciamento — o segmento público para as ações de promoção, proteção, atenção e recuperação da saúde individual, familiar e coletiva:

(...) Art. 6º Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões:

Gestão do Cuidado; Valorização da vida; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Trabalho em Equipe;

Construção participativa do sistema de saúde; Participação social. [BRASIL, 2014]

O eixo política e gestão em saúde propicia a formação voltada para a gestão em saúde como um constructo do profissional médico, ensejando a tomada de decisão considerando as melhores práticas para o sujeito e a coletividade, atentando às políticas públicas de saúde de forma reflexiva e transformadora.

Este eixo favorece a educação em saúde nos serviços, no encontro de estudantes, docentes e sociedade, para desenvolvimento de práticas de gestão e controle social. Praticado desde os primeiros períodos, estimula o aprendizado do futuro profissional de saúde através da educação pelo trabalho. Inseridos nesses “cenários reais de prática” desafiam-se os estudantes a contextualizar no tempo-espço cada produção de cuidado. O conhecimento da estrutura física, geográfica e profissional, somado aos processos de trabalho desses espaços auxiliam no contato com a realidade da futura profissão. O trabalho em pequenos grupos, formados aleatoriamente durante o curso valoriza o trabalho em equipe, estimula o exercício da liderança e a realização

de atividades que resultem em propostas de intervenção na comunidade. Além disso está focado na segurança, na realização de processos e procedimentos referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmos e aos profissionais do sistema de saúde, aprendendo desde cedo sua profissão no ambiente profissional.

4. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CURSO

4.1 Objetivos do Curso

O modelo pedagógico do Curso de Medicina do UNIFESO tem como objetivo geral formar um médico com uma compreensão mais consistente e ampliada acerca do processo saúde-doença e seus determinantes, competente para o exercício da profissão e consciente de seu papel social enquanto cidadão. Este objetivo geral se concretiza nos seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver estratégias de articulação entre teoria e prática a partir de um Currículo Integrado, com base em metodologias ativas de ensino aprendizagem de acordo com a proposta pedagógica adotada (ANEXO II);
- Implementar a articulação de ações interdisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais, em atendimento às necessidades da formação profissional e a complexidade do mundo do trabalho;
- Estimular no estudante de medicina a autonomia, a reflexão e a criticidade na construção do conhecimento;
- Propiciar, desde o início do curso, a aproximação do estudante com a realidade social, econômica, cultural e ecológica da população (ver realidade de um sistema) e suas implicações no campo da saúde através da abordagem desses temas associados e integrados;
- Desenvolver no estudante a capacidade de intervir no processo saúde-doença, reconhecendo os determinantes biológicos, psíquicos, socioeconômicos, históricos, culturais e ecológicos envolvidos;
- Promover a progressiva inserção do estudante nos serviços de saúde do SUS e outros equipamentos sociais, desde seu ingresso no curso, permitindo uma vivência continuada da realidade;
- Priorizar a inserção em cenários de prática reais e diversificados;
- Oportunizar a aquisição de competências para o exercício da Medicina, tendo em vista os referenciais éticos, bioéticos e humanistas;
- Trabalhar em pequenos grupos;
- Desenvolver o processo de ensino aprendizagem sempre estruturado em metodologias ativas;
- Promover o desenvolvimento de atividades de extensão curriculares assim como participar nas atividades institucionais baseado na política de extensão definida no PPI (2016).

Art. 8º Para permitir a transformação das Diretrizes previstas no Capítulo I e os componentes curriculares contidos no Capítulo III desta Resolução em efetivas práticas competentes, adequadas e oportunas, as iniciativas e ações esperadas do egresso, agrupar-se-ão nas respectivas Áreas de Competência, a seguir relacionadas:

I - Área de Competência de Atenção à Saúde; II

- Área de Competência de Gestão em Saúde; e

III - Área de Competência de Educação em Saúde.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS). [BRASIL, 2014]

4.2 Perfil do Egresso

O perfil do egresso do Curso de Medicina do UNIFESO atende ao que preconiza as DCN (2014) no sentido de uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Além das DCN, o perfil do egresso do Curso de Medicina se alinha com o perfil geral do egresso do UNIFESO, que “guardando as especificidades de cada área do saber, prevê, além do desenvolvimento de competências técnico-científicas, a formação de um profissional com capacidade de atualização e de produção de transformações sociais, pautadas na ética, na justiça, na solidariedade e na cidadania. Prevê, ainda, a conformação humana de um agente de defesa da diversidade e da sustentabilidade, em seu conceito lato”. (PPI, UNIFESO, 2016, p. 21).

Assim sendo, o perfil do egresso do Curso de Medicina prevê um médico capaz de oferecer atenção integral e contínua aos problemas de saúde da população, com competência técnico-científica, responsabilidade, capacidade de comunicação interpessoal e respeito às diferentes culturas e opções, de forma que o permita agir de forma ética, investigativa, crítica e reflexiva em interação com os serviços de saúde, com a comunidade e com o meio ambiente.

4.3 Organização e Estrutura curricular

A estrutura curricular do curso de medicina do UNIFESO orienta-se pelos princípios filosóficos e a base conceitual do Projeto Pedagógico Institucional (PPI), que integra o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), assim como os pressupostos anunciados na Política de Ensino, conforme descritos anteriormente neste PPC.

Assim, o curso de medicina do UNIFESO adota um currículo integrado, não disciplinar, organizado na base da espiral construtivista, que orienta a formação profissional por meio do desenvolvimento de competências e baseado nas DCN de 2014.

As competências são entendidas no curso, bem como na IES, como o conjunto de atributos cognitivos, psicomotores e atitudinais com aumento progressivo da complexidade de reflexão/ação ao longo do curso, necessários ao egresso para o desempenho satisfatório do exercício profissional. Este conceito de competência está em acordo com o preconizado nas DCN 2014 em seu artigo 8º parágrafo único.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, 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 Sistema Único de Saúde (SUS). [BRASIL, 2014]

O currículo integra teoria e prática desde o primeiro período, apresentando temáticas que estão organizadas por ciclos de vida e apresentações clínicas. A Integração Ensino, Trabalho Cidadania (IETC) e o duplo protagonismo estudante-professor orientam as atividades curriculares longitudinalmente e estão evidenciadas nas escolhas metodológicas.

A estrutura curricular não disciplinar do curso de medicina é composta por componentes curriculares estruturados e distribuídos por ciclo de vida e apresentações clínicas do primeiro ao oitavo período e, do nono ao décimo segundo períodos, por rotatório do Internato. Formam o currículo ainda, as atividades complementares obrigatórias e optativas, a disciplina optativa de LIBRAS e as atividades autodirigidas. A carga horária curricular dedicada às Atividades Complementares é um dos componentes curriculares orientados pelo artigo 8º das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), pela Resolução CNE/CES nº 4 de 2009 e pelo Regulamento das Atividades Complementares dos Cursos de Graduação do UNIFESO. As Atividades

Complementares dividem-se em obrigatórias e optativas. Os módulos Cidadania, Diversidade e Sustentabilidade I e II devem ser cumpridos preferencialmente no primeiro ano do curso. As optativas constituem-se num conjunto de atividades de natureza variada e que contemplam ensino, pesquisa e

extensão, conforme descritas no Regulamento das Atividades Complementares do Curso, anexo ao PPC. A disciplina de LIBRAS é ofertada a todos os estudantes do UNIFESO. No curso de Medicina, de forma optativa, semestralmente aos estudantes, em horário flexível e compatível com sua grade curricular e pode ser cursada a qualquer momento do curso. As atividades autodirigidas (AAD) tem o objetivo de desenvolver nos estudantes o papel ativo e responsável em seu aprendizado. A AAD contribui no processo de formação profissional ao permitir que o estudante identifique suas necessidades de aprendizagem e encaminhe com criatividade e criticidade, sob supervisão docente, estratégias de superação. Esse tempo dedicado à AAD faz parte da carga horária curricular e é avaliado pelo desempenho do estudante nos diferentes formatos avaliativos do Curso. Desta forma este currículo integrado e flexibilizado garante a interdisciplinaridade e a articulação efetiva entre a teoria e a prática, a acessibilidade pedagógica e atitudinal.

A estrutura curricular do curso de medicina parte também do princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. As atividades de caráter extensionista estão presentes nos cenários de prática e na forma de inserção dos estudantes (IETC), no decorrer de todo o curso, desde o primeiro ao último período. Estas atividades são norteadoras e estimulam o ensino e a pesquisa, criando uma verdadeira via de mão dupla entre a comunidade e a escola médica. Esta riqueza pode ser evidenciada nos trabalhos de conclusão de período nos dois primeiros anos do curso, onde, a partir do IETC projetos de intervenção são construídos. Além disso, outras atividades de pesquisa e extensão estão presentes na vida acadêmica, como por exemplo, diversas e ativas Ligas Acadêmicas, projetos de Monitoria com expressiva participação dos estudantes do curso de medicina, o Congresso Acadêmico Científico do UNIFESO, Projeto Alegria, Ações de Saúde via COAPES, convênios ou parcerias, Núcleo de Estudos, diagnósticos e ações em Saúde (NDS), Grupo de História da Medicina, entre outros. Estimula-se, além disso, através de apoio institucional, as atividades de extensão que surgem a partir da iniciativa e do protagonismo estudantil.

Vale destacar que neste currículo as inserções em cenários reais de prática, isto é, no mundo do trabalho estão presentes em metade da CH curricular do curso. Esta inserção é progressiva em CH e complexidade do primeiro período até o final do curso. A carga horária total do currículo, de 9920 horas, é distribuída pelos doze períodos, a saber: do primeiro ao oitavo: 800 horas; já no internato, 880 horas são cumpridas por semestre, totalizando 3520 horas de estágio supervisionado em regime de internato, distribuídos em componentes curriculares rotatórios.

Após ampla discussão institucional a reformulação curricular foi aprovada conforme Parecer 033 do CEPE e Resolução 029 do CAS de 06 de dezembro de 2016 tendo por objetivo atender as DCN de 2014, no que diz respeito à nova organização e áreas obrigatórias do Internato Médico, neste momento, procedeu-se, também, a redução da carga horária total do curso para 7600 horas, preservados os princípios e atividades curriculares pertinentes à boa formação do médico.

Sua estrutura organizacional se dá por ciclos de vida do 1º ao 4º períodos e nas apresentações clínicas do 5º ao 8º período. O internato médico, que corresponde do nono ao décimo segundo período, está distribuído em estágio supervisionado na Atenção Primária de Saúde, Atenção Secundária e Terciária de Saúde, contemplado as grandes áreas básicas: Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Clínica Médica, Urgência e Emergência, Clínica Cirúrgica, Saúde Mental e Ginecologia-Obstetrícia, sem se perder de foco os eixos da Ética e Humanismo, Semiologia Ampliada do Sujeito e da Coletividade, Construção/Produção do Conhecimento e Política e Gestão em Saúde, que perpassam todo o curso.

Em termos de disposição dos conteúdos e das competências ao longo do Curso, a matriz curricular é organizada em três blocos:

- ✓ Do primeiro ao quarto períodos o foco é a abordagem do processo saúde-doença a partir dos ciclos de vida:

1º período – Concepção e Formação do Ser e Desenvolvimento até a 1ª Infância;

2º período - Desenvolvimento da Criança e do Adolescente;

3º período – Vida Adulta, Senescência e Envelhecimento;

4º período – Vida Adulta, Senescência e Envelhecimento, Finitude e Morte.

- ✓ Do quinto ao oitavo períodos são trabalhadas as apresentações clínicas de maior prevalência nos ciclos vitais:

5º período – Saúde da Mulher;

6º período – Saúde da Criança e do Adolescente;

7º período – Apresentações Clínicas do Adulto e do Idoso;

8º período – Apresentações Clínico-Cirúrgicas do Adulto e do Idoso.

- ✓ Do nono ao décimo segundo períodos acontece o Estágio Curricular Obrigatório, de treinamento em serviço, em Regime de Internato.

Os estudantes atuam nas grandes áreas básicas: Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia-Obstetrícia, Saúde Coletiva, Saúde Mental e Urgência e Emergência, passando por serviços de variada complexidade, considerando a proposta de aprendizagem/atuação prática centrada no usuário, a ser visto como sujeito autônomo e foco das ações de cuidado do médico no contexto mais ampliado da equipe de saúde. No internato médico está previsto o desenvolvimento das competências essenciais para o exercício profissional por meio de uma imersão no mundo do trabalho ainda na lógica da IETC que acontecem em todos os níveis de atenção à saúde.

Do primeiro ao oitavo períodos as atividades pedagógicas desenvolvidas durante a semana são organizadas da seguinte forma:

- Sessão tutorial – seis horas-aula;
- Conferência – quatro horas-aula;
- Cenários internos de prática (LH e LCS) – doze horas-aula;
- IETC- Integração Ensino-Trabalho-Cidadania, oito horas-aula do primeiro ao quarto períodos e de doze horas-aula do quinto ao oitavo períodos; □ Atividades Complementares – duas horas-aula; □ Atividade autodirigida – oito horas-aula.

As atividades autodirigidas (AAD) tem o objetivo de desenvolver nos estudantes o papel ativo e responsável em seu aprendizado. A AAD contribui no processo de formação profissional ao permitir que o estudante identifique suas necessidades de aprendizagem e encaminhe com criatividade e criticidade, sob supervisão docente, estratégias de superação. Esse tempo dedicado à AAD faz parte da carga horária curricular e é avaliado pelo desempenho do estudante nos diferentes formatos avaliativos do Curso.

O Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço em Regime de Internato fica compreendido entre o nono e o décimo segundo períodos do curso, incluindo a formação específica em aspectos e competências essenciais nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Mental, Atenção Básica, Saúde Coletiva e Urgência e Emergência, desenvolvendo-se em cenários de ensinoaprendizagem como Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, Hospital Federal de Bonsucesso, Unidades Básicas de Saúde da Família no Município de Teresópolis, Unidade de Pronto Atendimento do Município de Teresópolis, Ambulatório Escola do UNIFESO, Pronto Socorro e Centro de Atenção Psicossocial do Município de Guapimirim e Clínicas de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. Pensar em incluir instituições próprias e conveniadas no município de Teresópolis e na Região. Pensar em PORTFÓLIO para mostrar cenários de prática

Sua operacionalização é mediada pela Comissão do Internato, composta por supervisores das diferentes áreas, pela representação estudantil e por coordenadores institucionais vinculados ao Curso de Graduação em Medicina. Esta comissão acompanha, monitora e avalia o desenvolvimento das atividades correspondentes às oito áreas básicas previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais 2014, que estabelecem uma carga horária mínima de estágio curricular de 35% da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina, com pelo menos 30% desta carga horária desenvolvida na Atenção Básica e em Serviços de Emergência e Urgência, com atuação eminentemente prática e com carga horária teórica não superior a 20% do total da carga horária do Internato.

A atual proposta de internato parte do pressuposto da indissociabilidade entre as atividades desenvolvidas no Internato e as desenvolvidas no conjunto da formação do profissional médico.

A questão da Saúde Mental constitui em temática a perpassar todos os campos de atividades do Internato, em diferentes níveis de complexidade.

Encontra-se em fase de construção e planejamento a inserção do módulo de Saúde Coletiva ao longo do Internato.

Quadro 2. Organização Geral do Internato.

DIMENSÃO	TEMÁTICA CENTRAL
Dimensão I	Internato em Atenção Básica: Saúde da família
Dimensão II	Internato Hospitalar: Ginecologia / Obstetria).
Dimensão III	Internato Hospitalar: Clínica Médica
Dimensão IV	Internato Hospitalar: Clínica Cirúrgica
Dimensão V	Internato Hospitalar: Pediatria
Dimensão VI	Internato Hospitalar: Urgência e Emergência
Dimensão VII	Saúde Mental
Dimensão VIII	Saúde Coletiva

A carga horária total do curso é de 9920 horas, sendo 6400 horas do 1º ao 8º períodos e de 3520 horas durante os 4 últimos períodos que correspondem ao Internato.

4.4 Conteúdos Curriculares

Os conteúdos curriculares do currículo integrado do curso de medicina do UNIFESO visam garantir o desenvolvimento do perfil profissional do egresso, conforme preconizado pelas DCN para os Cursos de Medicina, de 2014. A formação de um profissional médico humanista e humanizado, capaz de compreender o processo saúde-doença a partir dos determinantes sociais em saúde, com embasamento técnico de excelência e ciente da necessidade de educação continuada, deve ser instrumentalizado para a busca incessante do processo de conhecer. Um profissional capaz de tomar decisões considerando o melhor plano de Cuidados para o sujeito e a comunidade, capaz de trabalhar em equipe inter e multidisciplinar, crítico e reflexivo quanto às suas práticas e dos serviços deve vivenciar, durante sua graduação, experiências que

possibilitem a construção dessas competências. As atividades interdisciplinares adotadas pelo currículo integrado do curso de medicina do UNIFESO buscam desenvolver tais competências através da interrelação dos conceitos e organização de atividades práticas que assegurem a aprendizagem significativa, com sua máxima expressão na integração prática-teoria-prática, que confere a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações na integração ensino-trabalho-cidadania (IETC).

A articulação e expressão dos eixos estruturantes do currículo se dão como um bordado ao longo do 1º ao 12º período do curso. Nos oito períodos que antecedem o internato médico, adotam-se metodologias ativas de ensino-aprendizagem, mais especificamente a aprendizagem baseada em problemas (ABP), onde parte-se de situações-problemas (situações simuladas construídas ancoradas na realidade) que objetivam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais com forte motivação prática e estímulo cognitivo para evocar as reflexões necessárias à busca da resolução das situações de saúde dos personagens. Nesse momento, os conteúdos curriculares são dispostos em ciclos de vida com complexidade crescente: compreensão dos processos fisiológicos da formação, do desenvolvimento e crescimento, da finitude e morte; a compreensão dos determinantes sociais em saúde e a organização do sistema de saúde; à compreensão do processo saúde-doença e das bases fisiopatológicas do adoecimento; às apresentações clínicas, das doenças e agravos de maior prevalência e relevância social.

Do primeiro ao quarto períodos o foco é a abordagem do processo saúde-doença a partir dos ciclos de vida (800 horas cada):

1º período– Concepção e Formação do Ser e Desenvolvimento até a primeira infância;

2º período - Desenvolvimento da Criança e do adolescente;

3º período – Vida Adulta, Senescência e Envelhecimento;

4º período – Vida Adulta, Senescência e Envelhecimento, Finitude e Morte.

A ênfase está nas bases biológicas e sociais dos processos que envolvem o desenvolvimento humano, a saúde e o adoecimento, sem o compromisso de esgotá-las, mas sim de integrar conhecimentos fundamentais contextualizados à clínica e fundamentando os blocos subsequentes de apresentações clínicas com aumento da complexidade. O disparador das necessidades curriculares se dá através de situações-problemas com suas ações controladas e a partir dos cenários de prática contextualizados com as competências de cada período, integrando a prática profissional a organização curricular, estruturando uma aquisição de conhecimentos transversal no curso.

Do quinto ao oitavo períodos são trabalhadas as apresentações clínicas de maior prevalência nos ciclos vitais (800 horas cada):

5º período – Saúde da Mulher;

6º período – Saúde da Criança e do Adolescente;

7º período – Apresentações Clínicas do Adulto e do Idoso;

8º período – Apresentações Clínico- Clínico-Cirúrgicas do Adulto e do Idoso.

As apresentações clínicas incluem estudos e atividades que englobam epidemiologia, patogênese, fisiopatologia, história natural da doença, propedêutica semiológica, diagnóstico clínico, laboratorial e de imagem, diagnóstico diferencial, plano terapêutico e de cuidados, aspectos psicológicos, éticos e legais, acompanhamento de indicadores de qualidade e prognóstico e contemplando a prática da medicina baseada em evidências. Os disparadores das necessidades curriculares são casos clínicos, situações-problemas com suas ações controladas e a partir dos cenários de prática contextualizados com as competências de cada período, integrando mais uma vez a prática profissional a organização curricular, estruturando uma aquisição de conhecimentos transversal no curso.

Do nono ao décimo segundo períodos acontecem os rotatórios do Estágio Curricular Obrigatório, de treinamento em serviço, em Regime de Internato.

9º período

Internato – Atenção básica e Medicina de Família e Comunidade (440 horas)

Internato – Eletivo (440 horas)

10º período

Internato – Urgência e Emergência (220 horas)

Internato – Ginecologia e Obstetrícia 1 (220 horas)

Internato – Pediatria 1 (220 horas)

Internato – Clínica Cirúrgica 1 (220 horas)

11º e 12º

Internato – Ginecologia e Obstetrícia 2 (440 horas)

Internato – Pediatria 2 (440 horas)

Internato – Clínica Cirúrgica 2 (440 horas)

Internato – Clínica Médica (440 horas)

O internato médico concretiza as competências desenvolvidas até então, oportuniza a reconstrução e construção de novas competências, dessa feita já voltadas inteiramente para a prática médica profissional. No internato médico, os estudantes são expostos aos diferentes níveis de atenção à saúde nas grandes áreas a saber: clínica médica, clínica cirúrgica, medicina da família e comunidade, pediatria, ginecologia obstetrícia

e urgência e emergência, além dos estágios supervisionados em serviços específicos de saúde mental e saúde coletiva, que estão em construção e previsão de implantação para o segundo semestre de 2017. Esta reestruturação dos componentes curriculares do Internato médico é necessária para atender à demanda específica das DCN 2014, embora estas temáticas já perpassem de alguma forma os demais módulos do internato em suas atividades, porém, sem uma estruturação própria.

Na dimensão de saúde da família e comunidade a inserção ocorre atualmente em Unidades Básicas de Saúde de Família e Clínicas de Saúde da Família; na dimensão hospitalar a inserção acontece em hospitais gerais da atenção secundária, terciária e quaternária de saúde, em atividades da rotina de enfermarias, ambulatórios, maternidade, centro cirúrgico, centro de tratamento intensivo, unidade intermediária neonatal; atividades em regimes de plantão nos serviços de urgência e emergência clínicas, clínicas cirúrgicas e obstétricas.

Os estudantes cumprem o estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço passando, em modelo rotatório, por serviços de variada complexidade, considerando a proposta de aprendizagem e atuação prática centrada no usuário e na sua segurança, a ser visto como sujeito autônomo e foco das ações de cuidado do médico no contexto mais ampliado da equipe de saúde.

Vale ressaltar que, em sendo vivo, o currículo prevê e oportuniza a inclusão de temas relevantes decorrentes de atualizações; novas descobertas; doenças emergentes, reemergentes; acidentes ambientais e/ou ecológicos com repercussão para a saúde individual ou coletiva.

Ancorando as necessidades de aprendizagem dos componentes curriculares e para desenvolvê-las, conta-se com: (1) atividades de conferências - proferidas por expertise em diferentes áreas das ciências da saúde, docente do curso ou convidado externo que objetivam ampliar os temas que permeiam as situações-problemas e/ou atender a demandas de situações novas de saúde; (2) atividades programadas de instrutorias que acontecem no Laboratório de Habilidades e objetivam instrumentalizar para a prática profissional com o desenvolvimento de habilidades e destrezas em manequins, e a teatralização para o desenvolvimento das habilidades de comunicação e construção de história clínica, articuladas às atividades realizadas nos serviços de saúde; (3) atividades programadas de instrutorias nos Laboratórios de Ciências da Saúde, onde são disponibilizadas peças de anatomia humana, microscópios, microfotografias, painéis, atlas, lâminas, computadores alimentados com programas específicos que contemplam o estudo das células, dos tecidos e dos sistemas orgânicos, atendendo às necessidades da aprendizagem. Os estudantes, utilizando seus espaços de atividades autodirigidas (AAD), podem utilizar esses laboratórios com a facilitação de monitores previamente capacitados. A Integração Ensino, Trabalho e Cidadania - IETC consagra a indissociabilidade do saber e do saber fazer, materializando as competências em construção, exigindo a tomada de decisão em diferentes graus de complexidade, assim, a IETC é organizada permeando os ciclos de vida e as apresentações clínicas que estão sendo trabalhados pelo estudante, sem ter, entretanto, um caráter excludente.

A IETC se inicia desde o primeiro período do curso, ocorre na Atenção Primária em Saúde e nos aparelhos sociais correlatos, creches, escolas, asilos, na Atenção Secundária em ambulatórios, enfermarias, CAPS e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

A elaboração, entrega, defesa e avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso é obrigatória e normalmente se dá a partir de uma temática observada ou vivenciada durante o curso, tais como estudos de coorte, relatos de caso ou projeto de intervenção a partir da imersão nos serviços com as possíveis identificações de fragilidades nos processos de trabalho que possam ser transformadas, coroando assim os eixos estruturantes do currículo do curso.

As atividades complementares: A carga horária curricular dedicada às Atividades Complementares é um dos componentes curriculares orientados pelo artigo 8º das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), pela Resolução CNE/CES nº 4 de 2009 e pelo Regulamento das Atividades Complementares dos Cursos de Graduação do UNIFESO. As Atividades Complementares dividem-se em obrigatórias e optativas. Os módulos Cidadania, Diversidade e Sustentabilidade I e II devem ser cumpridos preferencialmente no primeiro ano do curso. As atividades optativas constituem-se num conjunto de atividades de natureza variada e que contemplam ensino, pesquisa e extensão, conforme descritas no Regulamento das Atividades Complementares do Curso, anexo ao PPC. A disciplina de LIBRAS é ofertada a todos os estudantes do UNIFESO, conforme CI PROAC/011/2016. No curso de Medicina, de forma optativa, semestralmente aos estudantes, em horário flexível e compatível com sua grade curricular e pode ser cursada a qualquer momento do curso.

4.5 Matriz Curricular

**MATRIZ CURRICULAR CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA – CURRÍCULO
VIGENTE PARA INGRESSOS ATÉ 2016-2**

NÚMERO COMPONENTE CURRICULAR	PERÍODO SEMESTRE LETIVO	CARGA HORÁRIA (horas)	NOME COMPONENTE CURRICULAR	ATIVIDADES E ESPAÇOS DE ENSINO APRENDIZAGEM	DISTRIBUIÇÃO CH (horas)	CH SEMANAL (horas)
1	1º	800	Ciclo de Vida – Concepção, formação e desenvolvimento até a primeira infância	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	400	20
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	40	2
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	160	8
				Atividade Complementar Obrigatória - Cidadania, Diversidade e Sustentabilidade I	40	2
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	160	8
2	2º	800	Ciclo de Vida – Desenvolvimento da criança e do adolescente	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	400	20
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	40	2
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	160	8
				Atividade Complementar Obrigatória: Cidadania, Diversidade e Sustentabilidade II	40	2
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	160	8
3	3º	800	Ciclo de Vida – Vida adulta, senescência e envelhecimento	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	400	20
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	40	2
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	160	8
				Atividade Complementar	40	2
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	160	8
4	4º	800	Ciclo de Vida – Vida adulta, senescência, envelhecimento, finitude e morte	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	400	20
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	40	2
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	160	8
				Atividade Complementar	40	2
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	160	8

Projeto Pedagógico do Curso de Medicina | UNIFESO - 2017

NÚMERO COMPONENTE CURRICULAR	PERÍODO SEMESTRE LETIVO	CARGA HORÁRIA (horas)	NOME COMPONENTE CURRICULAR	ATIVIDADES E ESPAÇOS DE ENSINO APRENDIZAGEM	DISTRIBUIÇÃO CH (horas)	CH SEMANAL (horas)
5	5º	800	Ciclo de Vida – Saúde da Mulher	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	320	16
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	40	2
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	240	12
				Atividade Complementar	40	2
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	160	8
6	6º	800	Ciclo de Vida – Saúde da Criança e do adolescente	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	320	16
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	40	2
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	240	12
				Atividade Complementar	40	2
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	160	8
7	7º	800	Ciclo de vida – Apresentações Clínicas do Adulto e do Idoso	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	320	16
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	40	2
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	240	12
				Atividade Complementar	40	2
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	160	8
8	8º	800	Ciclo de vida – Apresentações Clínicocirúrgicas do Adulto e do Idoso	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	320	16
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	40	2
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	240	12
				Atividade Complementar	40	2
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	160	8

DIVISÃO 01 DO INTERNATO MÉDICO EM COMPONENTES CURRICULARES

(vide observações)

NÚMERO COMPONENTE CURRICULAR	PERÍODO SEMESTRE LETIVO	CARGA HORÁRIA (horas)	NOME COMPONENTE CURRICULAR	ATIVIDADES E ESPAÇOS DE ENSINO APRENDIZAGEM	DISTRIBUIÇÃO CH (horas)	CH SEMANAL (horas)
9	9º	880	Internato – eletivo (ATÉ TURMA 87)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	360	32
			Internato – Atenção Básica e Medicina de Família e Comunidade	AAD	80	8
				Internato – Atenção Básica e Medicina de Família e Comunidade	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	360
			AAD	80	8	
10A	10º	220	Internato – Urgência e Emergência (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	180	32
				AAD	40	8
10B	10º	220	Internato – Ginecologia e Obstetria 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	180	32
				AAD	40	8
10C	10º	220	Internato – Pediatria 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	180	32
				AAD	40	8
10D	10º	220	Internato – Clínica Cirúrgica 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	180	32
				AAD	40	8
11A	11º ou 12º	420	Internato Ginecologia e Obstetria 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	360	32
				AAD	80	8
11B	11º ou 12º	420	Internato Pediatria 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	360	32
				AAD	80	8
12A	11º ou 12º	420	Internato Clínica Médica (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	360	30
				AAD	80	8
12B	11º ou 12º	420	Internato Clínica Cirúrgica 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	360	30
				AAD	80	8
12C	11º ou 12º	80	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)	Elaboração final e Apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso	80	4

DIVISÃO 02 DO INTERNATO MÉDICO EM COMPONENTES CURRICULARES

(vide observações)

NÚMERO COMPONENTE CURRICULAR	PERÍODO SEMESTRE LETIVO	CARGA HORÁRIA (horas)	NOME COMPONENTE CURRICULAR	ATIVIDADES E ESPAÇOS DE ENSINO APRENDIZAGEM	DISTRIBUIÇÃO CH (horas)	CH SEMANAL (horas)
------------------------------	-------------------------	-----------------------	----------------------------	---	-------------------------	--------------------

9A	9º	120	Internato – Urgência e Emergência 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de internato	96	32
				AAD	24	8
9B	9º	760	Internato – Atenção Básica e Medicina de Família e Comunidade	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de internato	608	32
				AAD	152	8
10A	10º	220	Internato – Urgência e Emergência 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	180	32
				AAD	40	8
10B	10º	220	Internato – Ginecologia e Obstetrícia 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	180	32
				AAD	40	8
10C	10º	220	Internato – Pediatria 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	180	32
				AAD	40	8
10D	10º	220	Internato – Clínica Cirúrgica 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	180	32
				AAD	40	8
11A	11º ou 12º	180	Internato – Saúde Mental (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	144	32
				AAD	36	8
11B	11º ou 12º	180	Internato – Clínica Médica 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	144	32
				AAD	36	8
11C	11º ou 12º	280	Internato – Clínica Médica 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	224	30
				AAD	56	8
11D	11º ou 12º	180	Internato Saúde Coletiva (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	144	30
				AAD	36	8
12A	11º ou 12º	280	Internato Pediatria 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	224	32
				AAD	56	8
12B	11º ou 12º	280	Internato Ginecologia Obstetrícia 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	224	32
				AAD	56	8
12C	11º ou 12º	280	Internato Clínica Cirúrgica 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	224	32
				AAD	56	8
12D	11º e 12º	100	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)	Elaboração final e Apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso	100	2

OBSERVAÇÕES:

- As turmas que já se encontram no INTERNATO MÉDICO em 2017, ou seja, 84 (colação de grau em junho de 2017), 85 (colação de grau em dezembro de 2017), 86 (colação de grau em junho de 2018) e 87 (colação de grau em dezembro de 2018) realizaram ESTÁGIO EM SERVIÇO EM REGIME DE INTERNATO na modalidade ELETIVO, módulo com 440 horas. A partir da turma 88 – devido à necessidade de adequação da Carga Horária dos novos módulos do Internato Médico preconizados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso médico, revisão de 2014, realizarão 1100 horas de INTERNATO NA ATENÇÃO BÁSICA e em URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.
- A partir da turma 86 os módulos do internato médico seguem o preconizado pelas novas DCN para o curso médico (2014) e sua nova divisão por áreas.
- A turma ingressante em 2017 já cumpre a matriz curricular de 7600 horas de atividades curriculares, aprovada em CEPE/CAS (Parecer CEPE 33/2016 e Resolução CAS 29/2016).

TOTAL DE CARGA HORÁRIA DO CURRÍCULO	9920
DISCIPLINA OPTATIVA LINGUAGEM BRASILEIRA DE SINAIS - LIBRAS	40

MATRIZ CURRICULAR CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA – CURRÍCULO VIGENTE PARA INGRESSOS A PARTIR DE 2017-1

NÚMERO COMPONENTE CURRICULAR	PERÍODO SEMESTRE LETIVO	CARGA HORÁRIA (horas)	NOME COMPONENTE CURRICULAR	ATIVIDADES E ESPAÇOS DE ENSINO APRENDIZAGEM	DISTRIBUIÇÃO CH (horas)	CH SEMANAL (horas)
1	1º	600	Ciclo de Vida – Concepção, formação e desenvolvimento até a primeira infância	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	300	15
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	30	1.5
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	120	6
				Atividade Complementar Obrigatória - Cidadania, Diversidade e Sustentabilidade I	30	1.5
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	120	6
2	2º	600	Ciclo de Vida – Desenvolvimento da criança e do adolescente	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	300	15
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	30	1.5
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	120	6

				Atividade Complementar Obrigatória: Cidadania, Diversidade e Sustentabilidade II	30	1.5
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	120	6
3	3º	600	Ciclo de Vida – Vida adulta, senescência e envelhecimento	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	300	15
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	30	1.5
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	120	6
				Atividade Complementar	30	1.5
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	120	6
4	4º	600	Ciclo de Vida – Vida adulta, senescência, envelhecimento, finitude e morte	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	300	15
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	30	1.5
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	120	6
				Atividade Complementar	30	1.5
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	120	6

NÚMERO COMPONENTE CURRICULAR	PERÍODO SEMESTRE LETIVO	CARGA HORÁRIA (horas)	NOME COMPONENTE CURRICULAR	ATIVIDADES E ESPAÇOS DE ENSINO APRENDIZAGEM	DISTRIBUIÇÃO CH (horas)	CH SEMANAL (horas)
5	5º	600	Ciclo de Vida – Saúde da Mulher	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	240	12
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	30	1.5
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	180	9
				Atividade Complementar	30	1.5
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	120	6
6	6º	600	Ciclo de Vida – Saúde da Criança e do adolescente	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	240	12
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	30	1.5

				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	180	9
				Atividade Complementar	30	1.5
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	120	6
7	7º	600	Ciclo de vida – Apresentações Clínicas do Adulto e do Idoso	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	240	12
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	30	1.5
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	180	9
				Atividade Complementar	30	1.5
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	120	6
8	8º	600	Ciclo de vida – Apresentações Clínicas cirúrgicas do Adulto e do Idoso	Bases do processo saúde-doença (Tutoria, Conferência e Instrutoria - LCS)	240	12
				Habilidades para a prática Profissional (LH)	30	1.5
				Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (Cenários externos de Prática)	180	9
				Atividade Complementar	30	1.5
				AAD (Consultoria, Biblioteca, Monitoria e CCBD)	120	6

DIVISÃO DO INTERNATO MÉDICO EM COMPONENTES CURRICULARES – MATRIZ CURRICULAR 2017

NÚMERO COMPONENTE CURRICULAR	PERÍODO SEMESTRE LETIVO	CARGA HORÁRIA (horas)	NOME COMPONENTE CURRICULAR	ATIVIDADES E ESPAÇOS DE ENSINO APRENDIZAGEM	DISTRIBUIÇÃO CH (horas)	CH SEMANAL (horas)
9A	9º	600	Internato – Atenção Básica e Medicina de Família e Comunidade	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de internato	480	28
				AAD	120	7
9B	9º	100	Internato – Urgência e Emergência 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de internato	80	28
				AAD	20	7
10A	10º	175	Internato – Urgência e Emergência (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	140	28
				AAD	35	7
10B	10º	175	Internato – Ginecologia e Obstetria 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	140	28
				AAD	35	7

10C	10º	175	Internato – Pediatria 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	140	28
				AAD	35	7
10D	10º	175	Internato – Clínica Cirúrgica 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	140	28
				AAD	35	7
11A	11º ou 12º	175	Internato – Saúde Mental (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	140	28
				AAD	35	7
11B	11º ou 12º	175	Internato – Clínica Médica 1 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	140	28
				AAD	35	7
11C	11º ou 12º	175	Internato – Clínica Médica 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	140	28
				AAD	35	7
11D	11º ou 12º	175	Internato Saúde Coletiva (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	140	28
				AAD	35	7
12A	11º ou 12º	175	Internato Pediatria 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	140	28
				AAD	35	7
12B	11º ou 12º	175	Internato Ginecologia Obstetrícia 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	140	28
				AAD	35	7
12C	11º ou 12º	175	Internato Clínica Cirúrgica 2 (rotatório)	Estágio Curricular de treinamento em serviço em regime de Internato	140	28
				AAD	35	7
12D	11º e 12º	175	Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)	Elaboração final e Apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso	175	3,5

TOTAL DE CARGA HORÁRIA	7600
DISCIPLINA OPTATIVA LINGUAGEM BRASILEIRA DE SINAIS - LIBRAS	40

4.6 Ingresso ao Curso

O ingresso ao curso de Medicina é dado a partir de concurso seletivo a partir de vestibular tradicional, concurso seletivo a partir de transferência externa e do Programa PROUNI por extenso. Possui caráter semestral, num total de 144 vagas anuais por vestibular tradicional e 16 vagas PROUNI anuais, complementadas as vagas que não preenchidas do segundo ao oitavo períodos por edital de transferência externa. O Curso é desenvolvido com atividades em tempointegral e presencial.

4.7 O Papel dos Estudantes

De acordo com o que preconizam as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, espera-se do discente a adoção de uma postura crítica e reflexiva em relação à própria formação, baseada nos seguintes elementos:

1. Atuação pautada nos princípios e valores da ética e da bioética, tendo em vista a relação com seus pares, profissionais de saúde e com os usuários e seus familiares;
2. Interesse perene por aprender ao longo de toda a vida profissional, com autonomia e iniciativa para a construção de novos saberes;
3. Busca pela compreensão dos processos relacionados ao adoecimento das pessoas, tendo em vista o exercício da profissão médica;
4. Desenvolvimento de trabalho em pequenos grupos, capacitando-se para desempenhar seu saberfazer na perspectiva do pertencimento à equipe, com responsabilidade e respeito à diversidade de pontos de vista;
5. Participação efetiva nos debates democráticos e nos processos decisórios que digam respeito aos interesses da coletividade, especialmente no âmbito da consolidação do SUS.

4.8 O Papel dos Docentes

Parceiro no processo dialógico entre os integrantes da comunidade acadêmica e com a sociedade.

Os profissionais envolvidos na execução das atividades relacionadas aos processos de ensino-aprendizagem dos estudantes visam o desenvolvimento de valores voltados para a cidadania ativa, o respeito às diversidades culturais e étnicas, bem como os direitos humanos, incluindo:

Coordenação de Período

Promove o planejamento das atividades a serem desenvolvidas em cada período sempre obedecendo à grade curricular de modo a administrar sua execução e adequar eventuais necessidades e/ou dificuldades para garantia do bom andamento das atividades curriculares propostas, além de ser responsável direto pela equipe de tutores e solidariamente aos Coordenadores de Atividades dos Instrutores e da Equipe de Construção de Situações-Problema e ACI do período. Trabalha em sintonia com o grupo da Educação Permanente – EP, a partir de dois encontros semanais entre a equipe de Tutores a Coordenação do Período e o Facilitador de EP.

Coordenadores de Atividades

Docentes em atividades de gestão que atuam no processo de organização e transversalização dos conteúdos do curso trabalhados nas Instrutorias dos Laboratórios de Ciências da Saúde – LCS, Instrutorias do Laboratório de Habilidades – LH e inserção nos cenários reais de prática profissional a partir da Integração

Ensino Trabalho Cidadania (IETC), Coordenação das Equipe de Construção de Situações-Problema e ACI (responsável pela elaboração das SP seguindo o núcleo condutor que perpassa os períodos e a construção e correção das ACI seguindo o currículo do curso com o recorte de cada período), Coordenação dos Programas de Monitoria. Coordenação de EP (responsável pelas atividades de Educação Permanente, realizadas duas vezes por semana com uma hora de duração junto às equipes de tutores nos oito primeiros períodos do curso, além de atividades eventuais junto aos Docentes/Instrutores e Docentes/Preceptores e Preceptores em Serviço).

Construtores de Situações-Problema e ACI

Professores responsáveis pela concepção, elaboração e redação das Situações-Problema (textos desenvolvidos a partir de Objetivos Educacionais previamente elencados referentes ao recorte curricular de cada período do curso; são trabalhados nas sessões tutoriais com o objetivo de disparar a construção de conhecimento para o aprendizado das competências curriculares), das Avaliações Cognitivas Objetivas ao Fechamento das SP, além da elaboração, redação, discussão e correção das Avaliações Continuadas Integradas – ACI de cada período, participando ainda da Banca de Avaliação

oral do Segundo Passo destas avaliações. São dispostos em grupos de três professores especificamente designados para atuar em cada período do curso.

Tutor

Docentes partícipes no processo tutorial, que atuam como facilitadores da resolução das SP e estimulam os estudantes na busca pelos conhecimentos necessários para a compreensão do raciocínio proposto pelas SP, além de serem responsáveis pela garantia ao cumprimento dos processos de avaliação inerentes ao espaço tutorial e da opção didático pedagógica adotada pelo curso.

Facilitadores de Educação Permanente

Professores responsáveis pelos processos de educação permanente, relacionados particularmente aos tutores e aos instrutores, tendo em vista processos de reflexão e condução de processos de trabalho, bem como de homogeneização de condutas dentre os diferentes espaços de ensino aprendizagem.

Instrutor

Docente responsável pelo desenvolvimento de atividades práticas no laboratório de habilidades e/ou nos laboratórios de ciências da saúde e em alguns outros cenários de prática profissional. Estas atividades são subsidiárias às necessidades curriculares do período, disparadas a partir das SP e dos cenários de prática. O desenvolvimento dessas atividades é descrito a partir de documento que normatiza a atividade.

Consultor

Docentes disponibilizados pelo Curso nas diferentes áreas de conhecimento que são acionados por um ou por um grupo de estudantes ou docentes, com objetivo de desenvolver, esclarecer ou complementar conhecimentos pontuais relacionados às Situações-Problema e/ou atividades práticas vinculadas ao seu campo de atuação. O desenvolvimento dessas atividades é estruturado em documento próprio cabendo salientar que esses docentes, quando necessário, atendem também aos professores das Equipes de Construção de SP e ACI.

Professor-Preceptor

Docente vinculado ao curso que atua junto aos cenários reais de prática profissional a partir da Integração Ensino Trabalho Cidadania (IETC), desempenhando trabalho de orientação, organização,

avaliação e supervisão das práticas, sempre seguindo as competências e o planejamento de cada período.

Profissionais dos cenários de prática (Preceptores do Serviço)

São profissionais que atuam nos cenários reais de prática e recebem nossos estudantes, em nosso hospital próprio - HCTCO, em hospitais conveniados, nas UBSF, nos CAPS, Clínica de Fisioterapia entre outros.

Em concordância ao anteriormente exposto, os docentes envolvidos devem atuar como facilitadores dos processos ensino-aprendizagem, respeitando a autonomia do educando.

Orienta-se o desenvolvimento de trabalhos respeitando a dimensão ético-humanística.

5. CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Os cenários utilizados pelos estudantes de medicina do UNIFESO para desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem ao longo de todo o curso, são integrados e estimulam o estudante na busca de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a construção das competências curriculares. A utilização e apropriação destes varia conforme a demanda de aprendizagem de situações problema simuladas ou vivenciadas nos diferentes cenários de prática.

5.1 Cenários de Ensino-Aprendizagem em Ambientes Controlados

Cenários de Tutorias

Atividade desenvolvida em pequenos grupos, média de dez estudantes, aleatoriamente distribuídos, no qual o tutor- docente facilita a discussão, a compreensão e o raciocínio do estudante, trabalhando em equipe. Ocorre duas vezes por semana com três horas de duração em cada atividade. São trabalhadas situações-problema (SP) que se desenvolvem em uma abertura e um ou dois processamentos, o último dos quais denominado fechamento. As SP são construídas de forma crítica e referenciada contemplando o currículo do curso de acordo com o recorte do período e embasadas no núcleo condutor (ANEXO IV) que tem a intencionalidade de apresentar recortes e não fragmentos da realidade, considerando a complexidade das relações interpessoais, ambientais e das situações de saúde a que estamos expostos nos diferentes ciclos de vida e apresentações clínicas, contando com personagens de diferente escolaridade, profissão, núcleos familiares. Contempla ainda

personagens sujeitos de diferentes etnias (afrodescendentes, indígenas), homoafetivos, portadores de necessidades especiais, portadores de doença mental e com transtorno do espectro autista.

O processo tutorial é embasado na metodologia dos sete passos:

1. Leitura do problema, identificação de termos desconhecidos e discussão a partir do conhecimento prévio;
2. Identificação dos problemas propostos no enunciado;
3. Formulação de hipóteses explicativas para os problemas;
4. Resumo das hipóteses;
5. Formulação dos objetivos educacionais a serem estudados para resolução da SP;
6. Estudo individual;
7. Retorno com resolução da SP e confirmação ou não das hipóteses explicativas elaboradas, apresentando as fontes de consulta.

Ao término de cada sessão tutorial é realizada a avaliação do processo, contando com a avaliação do tutor, a auto avaliação dos estudantes e a avaliação interpares.

Ao fechamento de cada SP os estudantes realizam uma avaliação cognitiva objetiva de caráter formativo que versa sobre os temas de aprendizagem propostos para cada SP. O resultado destas avaliações é considerado na avaliação global de desempenho do estudante pelo Conselho de Classe ao término de cada período letivo e fortalece o hábito da auto avaliação dos estudantes.

Laboratório de Habilidades (LH)

Ambientado em espaço físico que abrange diversas salas, equipadas com diferentes dispositivos de ensinoaprendizagem como por exemplo televisão e aparelho de DVD, duas salas para entrevista com câmeras de filmagem, salas com modelos simulados para o desenvolvimento de habilidades, bem como um centro cirúrgico simulado; estelaboratório está disponível para a realização de atividades curriculares e de extensão. Nesse cenário, os estudantes, divididos em pequenos grupos sob a supervisão do docente-instrutor e com a colaboração de monitores, desenvolvem técnicas de comunicação e destrezas manuais e sensitivas, visando a excelência para a prática profissional. Vale ressaltar que o LH está também disponível para a utilização no período destinado às atividades autodirigidas, tendo como facilitadores docentes, consultores ou monitores previamente capacitados.

Laboratórios de Ciências da Saúde (LCS) – Instrutorias

Estes laboratórios permitem a realização de atividades que integrem teoria-prática, oferecendo ao estudante recursos didáticos adequados à formação de profissionais de saúde. Em qualquer de seus

espaços é possível o desenvolvimento de atividades práticas de diagnósticos laboratoriais e de imagem, pesquisas aplicadas, discussões de casos clínicos, estudos dirigidos nas áreas de anatomia patológica, biofísica, bioquímica, biologia molecular, microbiologia, genética, fisiologia, clínica, psicologia entre outros. Peças de anatomia humana, microscópios, microfotografias, painéis, atlas, lâminas, computadores alimentados com programas específicos que contemplam o estudo das células, dos tecidos e dos sistemas orgânicos, atendendo às necessidades da aprendizagem encontram-se disponíveis. A utilização destes laboratórios pelos estudantes pode se dar em atividades programadas ou autodirigidas, tendo o apoio de docentes (instrutores), técnicos, além de monitores previamente capacitados.

Conferências

Do primeiro ao oitavo períodos existem semanalmente atividades de conferência. Um professor do curso ou externo é convidado para ministrar esta atividade, seja complementando e/ou aprofundando uma temática, fazendo o fechamento de um grupo de temas trabalhados ou corrigindo distorções de conteúdo porventura observadas no decorrer do período. Estas conferências são organizadas pela Coordenação de Período, podendo ser sugeridas pela equipe de construção de situação-problema e ACI, bem como pelos professores atuantes no período. No Estágio Curricular Obrigatório, de treinamento em serviço, em Regime de Internato, também podem existir conferências, sempre respeitando a carga horária teórica possível, visando complementar ou suprir necessidades surgidas no desenvolver dos módulos deste estágio.

Consultorias

Conscientes de que cada estudante tem seu tempo próprio para se apropriar de cada competência, dispomos de um grupo de professores com expertise em cada área específica do Curso, com o objetivo de permitir que um ou mais estudantes possam interagir com esses professores, visando melhorar ou aprofundar, a partir de suas demandas individuais ou de pequenos grupos as questões trabalhadas no desenvolver de cada período. Estas atividades normalmente são disponibilizadas em horários alternativos e podem ser solicitadas pelos estudantes em todos os períodos. Importante salientar que esta atividade se configura como uma discussão, contextualizada, para esclarecimento de pontos de maior dificuldade de compreensão sobre temas específicos

5.2 Cenários Reais de Prática – A Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (IETC)

Aspectos Gerais

A inserção no modelo do mundo do trabalho tem como referencial a Integração Ensino Trabalho e Cidadania (IETC); aqui entendido o Ensino como formação médica específica e o duplo protagonismo estudantedocente, o Trabalho se referindo à produção do cuidado nos serviços de saúde e Cidadania como o papel desenvolvido pelo controle social no âmbito da saúde e a formação ético-humanística do médico.

A integração Ensino-Trabalho-Cidadania (IETC) ampara-se também no Projeto Pedagógico Institucional (PPI, 2016), enquanto política de formação que se orienta pela confluência da teoria com a prática, priorizando a atuação em cenários reais, com atores sociais (docentes, discentes e da comunidade) em interação, intervindo e modificando a realidade em consonância aos pressupostos da missão do UNIFESO.

Este princípio de ensino no mundo do trabalho caracteriza-se como uma atividade extensionista em sua natureza, estimulada pelo Projeto Pedagógico Institucional para todos os cursos do UNIFESO e é eixo norteador do presente Projeto Pedagógico (a IETC representa 50% da carga horária do curso).

Esta orientação traduz-se, no Curso de Graduação em Medicina, pela inserção dos estudantes do primeiro ao último período nos cenários de ensino-aprendizagem da rede SUS e outros equipamentos sociais do município de Teresópolis e em outros municípios. Os cenários nos quais os estudantes realizam atividades são o Hospital de Ensino da instituição (HCTCO), a Clínica de Fisioterapia UNIFESO, diversas UBSF da rede local de saúde do município de Teresópolis e/ou regional, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no município de Teresópolis, o Hospital Federal de Bonsucesso no município do Rio de Janeiro, o Centro de Atenção Psico Social nos Municípios de Teresópolis e Guapimirim, o Hospital Municipal de Guapimirim no município de Guapimirim e Clínicas de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, dentre outros. Estas inserções foram viabilizadas: pelo acordo de cooperação técnica no 001.01.2004 celebrado entre o Município de Teresópolis e a FESO, complementado pelo Termo Aditivo 096- 12/2013; Convênio de

Concessão de Estágio n° 22/2009 celebrado entre a União por intermédio do Ministério da Saúde entre o

Hospital Federal de Bonsucesso e a FESO através do processo 33374.011699/2009-91, renovado em 2014; Convênio com o município de Guapimirim (Integração Ensino Trabalho e Cidadania) na área da Saúde em conformidade com processo administrativo 11.454/1/2013; Convênio com o município do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, e a Fundação Educacional Serra dos Órgãos sob o número 77/2013, assinado em 10 de Dezembro de 2013 – Processo N° 09/000.394/2012.rever / inserir parceria com Carmo, COAPES Teresópolis assinado/

As inserções dos estudantes nos cenários de prática são supervisionadas por docentes do Curso e acompanhadas com Instrumentos de Avaliação próprios do desempenho dos estudantes e da qualidade da inserção no cenário.

No que concerne ao HCTCO, esta Unidade é certificada como Hospital de Ensino pela Portaria Interministerial No 1092 de 19 de maio de 2006 dos Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O Plano Operativo da Atenção Pactuada 2017 está elaborado, aprovado no Conselho Municipal de Saúde de

Teresópolis, na Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, na Comissão Intergestores Bipartite da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Os docentes envolvidos com a IETC atuam de maneira a dar consistência técnica à formação médica, bem como no apoio à solução de problemas oriundos do processo de trabalho. Na perspectiva assumida pelo UNIFESO, considera-se a complexidade das relações entre a rede de serviços de saúde, docentes, discentes e profissionais dos serviços. Esta perspectiva pressupõe e exige o dinamismo ação- reflexão/revisão-ação como uma das características fundamentais do processo de formação de profissionais em saúde. (ref.) Nos espaços de inserção prática em unidades conveniadas, além dos preceptores do serviço, conta-se em todos eles com preceptores próprios da Instituição, para acompanhamento e supervisão.

Atenção Básica

Inserção na AB do 1º ao 4º período:

Os estudantes, durante os primeiros dois anos do curso de medicina do UNIFESO desenvolvem atividades em escolas (Programa de Saúde na Escola), creches, asilos, associações, unidades básicas de saúde, CAPS e outros equipamentos sociais e desenvolvem ações de reconhecimento de território, definição de áreas adstritas, de promoção à saúde, levantamentos epidemiológicos, visitas domiciliares e outras atividades que geram a vivência e a reflexão nos serviços do SUS, permitindo que o mundo do trabalho influencie a formação. Esta atuação ocorre como programa de extensão curricular do curso e culmina ao final de cada período (semestralmente) com a realização da Jornada de Produção Acadêmica de Avaliação da Inserção na Atenção Básica na qual são apresentados os resultados e as propostas de intervenção nas comunidades nas quais as inserções aconteceram.

Internato na AB

Os estudantes do nono período (Módulo de Estágio Supervisionado em Regime de Internato na Atenção Básica) são distribuídos em pequenos grupos e encaminhados para as Unidades de Saúde do município ou regionais, onde se integram às atividades do serviço e à comunidade, sob supervisão de

docentes e profissionais da rede. Tendo como referência as Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Teresópolis e Clínicas de Saúde de Família do Município do Rio de Janeiro.

Atenção Secundária e Terciária

Inserção do 5º ao 8º período e internato médico

Nos períodos de apresentações clínicas com uma carga horária total de 240 horas semestrais e contando com uma coordenação própria e preceptores do serviço e do Curso, os estudantes são inseridos nos seguintes cenários: No hospital escola próprio – Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano em atividades de enfermagem de clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica. Há também a inserção no centro cirúrgico, sala de parto, maternidade, alojamento conjunto, pronto socorro e nos ambulatórios de especialidades clínicas e cirúrgicas e de pediatria; Na clínica de Insuficiência cardíaca (CLIC), que é um projeto institucional multidisciplinar – onde são inseridos estudantes do 7º período; no

Campus Quinta do Paraíso; Na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Município de Teresópolis – Exclusiva para 6º, 7º, 8º períodos e estudantes do 11º e 12º períodos; No Hospital Municipal de Guapimirim José Rebelo de Melo com inserção do 7º período.

Hospital Próprio de Ensino – Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO)

É o Hospital de Ensino do UNIFESO, com cerca de cento e cinquenta leitos e amplo prédio de ambulatórios, é responsável por grande parte da atenção em nível secundário e terciário no município de Teresópolis, sendo hospital conveniado com o SUS e que atende emergência referenciada a UPA, ao trauma e obstetrícia. Sua participação na formação do estudante de medicina começa a partir do quinto período, momento inicial da inclusão nas atividades hospitalares e ambulatoriais. Entretanto, de acordo com as situações vivenciadas na sessão tutorial, ou no âmbito da comunidade próxima à UBSF onde estão inseridos, os estudantes podem acessá-lo desde o primeiro período do Curso.

Hospitais Conveniados (Hospital Federal de Bonsucesso – HFB e Hospital Municipal de Guapimirim – Hospital José Rabello de Mello):

Estes hospitais recebem nossos estudantes através de convênio, o que garante a inserção com apoio dos profissionais do serviço, preceptores do serviço e preceptores próprios da IES que atuam na supervisão das atividades.

Hospital Federal de Bonsucesso – Hospital de Complexidade Quaternária:

No HFB, que conta com cerca de quinhentos leitos, é feita a inserção de um período do Internato, durante seis meses consecutivos, com ênfase em cenários de Urgência e Emergência e em atendimento hospitalar especializado.

Hospital Municipal de Guapimirim:

No Hospital Municipal de Guapimirim, que conta com cerca de setenta leitos, é feita a inserção para atividades práticas em cenário real para atividades de IETC.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Teresópolis

Neste espaço de aprendizagem a inserção de estudantes é feita a partir do sexto período do curso e conta-se com o apoio de profissionais que lá atuam como preceptores em serviço, além de preceptores próprios da IES que supervisionam as atividades. Nossos estudantes acompanham o atendimento do usuário desde o acolhimento até o destino final do mesmo e, também, participam das visitas médicas nas salas amarela e vermelha da unidade, sempre sob supervisão.

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – Guapimirim

Inserção de estudantes na qual se oportuniza a vivência da realidade do cuidado aos portadores assistidos pela Saúde Mental em ambulatórios, hospital dia, internação psiquiátrica de urgência em Hospital Geral.

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – Teresópolis

Inserção de estudantes no CAPS permitindo ampliação da vivência do cuidado ao paciente pediátrico assistido pela saúde mental.

Clínica de Fisioterapia do UNIFESO

Inserção de estudantes possibilitando a vivência do cuidado a crianças e adolescentes com necessidade de acompanhamento fisioterápico, significando, assim, a aprendizagem em ato do cuidado multiprofissional.

CLIC (Clínica de Insuficiência Cardíaca) do UNIFESO

Inserção de estudantes a partir de quando expostos ao estudo das apresentações clínicas do adulto e do idoso. A CLIC é a Unidade de referência para os portadores de insuficiência cardíaca residentes no

município, onde é desenvolvido trabalho multidisciplinar envolvendo médicos, psicólogos, enfermeiros e fisioterapeutas, oportunizando a aprendizagem em ato do cuidado multiprofissional.

5.3 Cenários de suporte para a construção do conhecimento

Biotério

Tem por finalidade auxiliar nas providências para aquisição e traslado dos animais de laboratório para atendimento das atividades acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão dos cursos da área de saúde que dele fazem uso e de outros que dele desejarem fazer uso de acordo com as leis vigentes. Os modelos animais, aqueles que possuem enfermidades similares ou idênticas às do homem, nos permite inúmeras possibilidades para construção do conhecimento.

Centro de Capacitação em Base de Dados (CCBD)

Este Centro está ambientado em uma sala com trinta computadores, todos com acesso à internet em banda larga; os estudantes são capacitados para acessar os principais sites de busca de informação científica na área da saúde e os Sistemas Nacionais de Informação do Ministério da Saúde, além de desenvolverem suas atividades sob a supervisão de um professor instrutor; o ambiente está também disponível para consultas livres, nos turnos destinados às atividades autodirigidas (AAD), mediante agendamento prévio. Existem outros espaços distribuídos pelo campus sede que se destinam à mesma finalidade.

Biblioteca e Bibliografia

Os estudantes encontram na biblioteca do UNIFESO uma série de recursos educacionais, tais como livros (tanto físicos como em formato eletrônico), periódicos, artigos adquiridos via base de dados locais e remotos e material audiovisual; a consulta é, via de regra, orientada por bibliotecários. Anualmente, o acervo físico e virtual é aprimorado, tendo em vista as necessidades do curso, organizado por período – Unidade Curricular, em Bibliografia Básica e Bibliografia

Complementar (ANEXO), seja através da aquisição de novos títulos ou pela atualização das edições dos títulos já existentes.

Em relação aos cenários de suporte à construção do conhecimento, vale ressaltar que, além do CCBD e da Biblioteca, o UNIFESO possui, de longa data, estruturas de laboratórios de informática em suas diversas unidades acadêmicas. Os laboratórios são utilizados, diariamente, pelos estudantes do curso

de medicina. Maiores detalhes acerca da estrutura física disponível para o Curso de Graduação em Medicina estão no ANEXO.

6. PÓS GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

O Curso de Medicina assume o princípio institucional da indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão a partir da compreensão e da produção da pesquisa como fator relevante no aperfeiçoamento da qualidade do Curso e da extensão como parte integrante do processo acadêmico. O conceito incorporado de ensino, pesquisa e extensão em sua indissociabilidade de criação de oportunidades para o desenvolvimento científico, econômico e social. Daí decorre as possibilidades de transferência de conhecimento geradas na instituição para os setores produtivos e sociais no âmbito local e regional.

O princípio da indissociabilidade da pesquisa, do ensino e da extensão não quer dizer que cada docente seja transformado, por decreto, em professor-pesquisador extensionista. Na instituição de ensino superior, consideramos essencial que a investigação, a transmissão, a aplicação e transferência do conhecimento se façam permanentemente, em uma articulação e em uma integração essencial. Todo ensino envolve a perspectiva da produção e da inovação do conhecimento.

A função institucional da pesquisa ou investigação filosófica, científica, artística e literária é configurada como um processo de produção do conhecimento novo, em torno de objetos definidos e respondendo a uma problematização específica, segundo uma metodologia precisa.

A função institucional da extensão se concebe como um mecanismo acadêmico de formação que articula a produção científica e sua transmissão com a aplicação e transferência dos resultados. Isto se faz num processo educativo, acadêmico, científico, cultural e comunitário que relaciona a pesquisa e o ensino de forma indissociável. Do mesmo modo, é a extensão que viabiliza e operacionaliza a relação transformadora e biunívoca entre Universidade e Sociedade, Sociedade e Universidade.

6.1 Linhas de Pesquisa

Seguindo o conceito utilizado pelo CNPq (<http://lattes.cnpq.br>), as linhas de pesquisa “representam temas aglutinadores de estudos científicos que se fundamentam em tradição investigativa, de onde se originam projetos cujos resultados guardam afinidade entre si”. São ofertadas pela instituição de

ensino linhas de pesquisa de acordo com os objetivos institucionais e da missão do UNIFESO para o desenvolvimento integrado da atividade de investigação. Nas seguintes áreas:

1. Educação, Trabalho e Comunicação em Saúde
2. Sistema e Políticas de saúde
3. Saúde do Trabalhador
4. Conservação do Meio Ambiente e Saúde
5. Ética e Bioética em Pesquisa
6. Pesquisa Clínica
7. Pesquisa Básica
8. Violência, Acidentes e Traumas
9. Ciclo de Vida
10. Saúde Mental e Neurociências
11. Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis
12. Educação em Ciências:
13. História da Medicina
14. Assistência Farmacêutica

6.2 Atividades de Extensão

Além das oportunidades ofertadas pelo Programa institucional de Incentivo à Extensão (PIEx), o curso oferece programas de extensão próprios com apoio às comunidades e estímulo à organização de projetos e programas.

Grupo História da Medicina. O Grupo de História da Medicina constitui-se em espaço de extensão onde são elaboradas: pesquisas, reuniões, produção de trabalhos e eventos de cunho científico versando sobre o tema, contextualizando a medicina como arte e não somente técnica, a despeito da evolução biotecnológica.

Programa Alegria. Os estudantes de forma voluntária atuam em visitas aos pacientes hospitalizados e em outros espaços de ações de saúde, levando alegria, e entretenimento a estas pessoas, tendo ainda o objetivo de humanizar o perfil do nosso egresso.

Monitoria. Tem como objetivo possibilitar o estímulo à docência e promover a cooperação entre estudantes e professores, oferta-se o estágio de Monitoria, contemplando um número predefinido de bolsas parciais. Entende-se a monitoria como uma oportunidade de iniciação à pesquisa, garantindo o

desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa e, também, assegurando aos estudantes monitores espaços de socialização da produção acadêmica institucional.

Ligas Acadêmicas. Importante componente no mecanismo de dinamização do processo acadêmico de formação dos estudantes, regido pelos princípios do protagonismo estudantil e da integração curricular, propicia a inclusão em experiências de iniciação científica, produção acadêmica e interação entre docentes e discentes sob acompanhamento, supervisão e orientação de Coordenadores responsáveis. Busca, assim, privilegiar a articulação interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar das áreas de conhecimento e saberes de modo a interceptar o conceito de especialização precoce, promovendo a construção, divulgação e disseminação de conhecimento e a aplicação do conhecimento produzido na relação ensino-assistência e no trabalho em atividades de formação e de informação, bem como na cooperação da prestação de serviços à população. Desde o ano de 2013 contam com uma Comissão de Acompanhamento Institucional cuja finalidade é ofertar acompanhamento e incentivo às suas atividades, legitimando suas propostas e finalidades enquanto atividade de extensão no ensino, pelo monitoramento da normatização e regulamentação (convênio para abertura, funcionamento e certificação de atividades), apoiando a disponibilidade de recursos físicooperacionais e definindo fluxos de encaminhamento de projetos de atividades.

Jornada Científica do Internato. Evento científico organizado semestralmente pelo curso com o objetivo de apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Curso, com Produção de Anais em formato de CD registrados com ISSN número 2359-1439 e publicados online no Portal de Revistas UNIFESO, disponível em <http://revistasunifeso.filoinfo.net/index.php/jornadaunifeso>.

O Grande Acidente. Evento realizado semestralmente, organizado pelo curso em parceria com o Corpo de Bombeiros – CBMERJ, no qual se produz a simulação de um grande acidente, durante a primeira semana letiva dos Estudantes ingressantes, com a finalidade de apresentá-los a uma situação de necessidade de oferta de primeiros socorros, na qual realizam o primeiro atendimento às vítimas a partir dos conhecimentos que possuem. Este evento é filmado, e posteriormente apresentado aos estudantes, após a oferta de Instrutorias sobre Suporte Básico de Vida (BLS) no Laboratório de Habilidades, de forma que possam perceber acertos e erros cometidos, bem como a evolução em sua trajetória acadêmica.

Programa de Extensão Esportes, Cultura e Lazer. Idealizado e promovido em parceria com a Direção de PósGraduação, Pesquisa e Extensão do UNIFESO e o Centro de Ciências da Saúde UNIFESO.

Avaliação Docente. Programa Institucional de avaliação do Docente pelos Discentes do curso que inclui a Auto Avaliação Docente, elaborada em questionário próprio de modo a permitir a

sobreposição de resultados; realizada anualmente, avalia a percepção dos Estudantes em relação ao desempenho dos nossos Professores em seus diferentes cenários de atuação. Os resultados obtidos são disponibilizados a cada Docente e avaliados por seus superiores imediatos, tendo como desdobramentos a disponibilização de programas de capacitação quando necessários e a possibilidade de reflexão acerca dos resultados.

Atividades Diversas. Atividades e Programas Institucionais de incentivo à produção acadêmica no Programa de Incentivo à Pesquisa Científica e Extensão (PICPE), Jornada de Pesquisa e Iniciação Científica (JOPIC) transformada no Congresso Acadêmico-Científico do UNIFESO (CONFESO), a oferta de Curso de Extensão de Preceptoría na Formação em Saúde, estruturado em metodologias ativas de ensino-aprendizagem. No interior do curso a Jornada de Produção Acadêmica de Avaliação da Inserção na Atenção Básica – IETC 1º ao 4º período, Oficinas de Reflexão e Atualização, Capacitação de Preceptores em Serviço, Ações Sociais, Revisões de Protocolos Clínicos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP), dentre outras.

6.3 Pós-Graduação

Os Cursos de Pós-graduação lato sensu oferecidos pelo UNIFESO definem-se como um processo de ensino- aprendizagem com as características de:

- a) Integração das funções de pesquisa, de estudos especializados e de suas aplicações em uma área específica;
- b) Envolvimento de um corpo docente de comprovada capacidade, competência, titulação, experiência acadêmica e profissional, integrado nas funções de ensino, pesquisa e extensão;
- c) Participação de um corpo discente selecionado segundo critérios da capacidade e do interesse para o nível de estudos especializados e de iniciação à pesquisa.

Os cursos de pós-graduação lato sensu têm por finalidade atender à demanda de pessoal de nível superior por formação e capacitação em nível de pós-graduação lato sensu, através da promoção e do fomento de estudos especializados, nas diversas áreas de conhecimento desenvolvidas pelo UNIFESO, contribuindo para a qualificação de profissionais, com vistas ao desenvolvimento regional.

6.4 Residência Médica

A Residência Médica atribui-se o nível acadêmico de pós-graduação lato sensu e na IES segue a legislação e as normas oficiais específicas. De acordo com política já implantada na instituição, compete aos cursos de graduação propor e promover cursos de especialização em suas áreas, buscando a integração com a pósgraduação. Os programas de pós-graduação e de Residência

existentes na IES articulam-se com o Curso de Graduação em Medicina e fortalecem a qualificação dos docentes e da IES. Esta potência se dá por exemplo, na participação de diversos professores do Curso de Medicina na COREME – Comissão de Residência Médica do UNIFESO.

O UNIFESO mantém oito programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM):

- Anestesiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Medicina de Família e Comunidade
- Medicina Intensiva
- Obstetrícia e Ginecologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Pediatria

Os programas são oferecidos nas dependências do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), predominantemente, no Ambulatório e nas Unidades Básicas de Saúde.

7. ATIVIDADES COMPLEMENTARES

As atividades complementares representam temas de importância para o saber-fazer da medicina.

Incluemse, neste grupo, atividades teóricas e práticas ou teórico-práticas, desenvolvidas no UNIFESO ou em outras instituições, voltadas para o ensino, a pesquisa e a extensão. As Atividades Complementares têm o objetivo de possibilitar a inserção do estudante nos problemas característicos do exercício da atividade profissional, como uma forma de motivá-lo ao processo de construção do conhecimento, desenvolvendo sua autonomia.

A carga horária curricular dedicada às Atividades Complementares é um dos componentes curriculares orientados pelo artigo 8º das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), pela Resolução CNE/CES nº 4 de 2009 e pelo Regulamento das Atividades Complementares dos Cursos de Graduação do UNIFESO, e as orientações específicas do curso de medicina encontram-se em anexo a este PPC.

As Atividades Complementares dividem-se em obrigatórias e optativas. Os módulos Cidadania, Diversidade e Sustentabilidade I e II devem ser cumpridos preferencialmente no primeiro ano do curso.

7.1 Cidadania, Diversidade e Sustentabilidade (CDS I e II)

No segundo semestre de 2015 foi iniciado estudo e discussão com o objetivo de incorporar institucionalmente estratégias pedagógicas para atender às diretrizes do MEC, de acordo com os seguintes requisitos legais: Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das Relações Étnico-Raciais e para o ensino de História e Cultura Afro-Brasileira, Africana e Indígena nos termos das Leis nº. 9.394/96, nº. 10.639/03 e 11.645/08 e da Resolução CNE/CP nº. 1/2004 fundamentada no Parecer CNE/CP nº 3/2004; Políticas de Educação Ambiental, conforme o disposto na Lei nº. 9.795/99, no Decreto nº. 4.281/02 e na Resolução CP/CNE nº. 2/2012 e Diretrizes Nacionais para Educação em Direitos Humanos, conforme disposto no Parecer CP/CNE nº. 8/2012 e na Resolução CP/CNE nº 1/2012.

Considerando a diversidade institucional no âmbito dos seus quinze cursos de graduação nas áreas da saúde, de humanas e sociais e de tecnologia, assim como a necessidade de estabelecer trocas de experiências sobre as temáticas estabelecidas pela legislação acima mencionada, optou-se pelo elaboração e implantação do componente curricular Cidadania, Diversidade e Sustentabilidade (CDS) no ano de 2016, na modalidade à distância, auto instrucional com parte dos encontros tutoriais e avaliações realizadas presencialmente. O CDS foi concebido em duas grandes temáticas, desenvolvidas em quatro sessões de aprendizagem, cada: I)

Direitos Humanos e Educação Ambiental: a) Liberdade; b) Igualdade; c) Diferenças e d) Solidariedade; e II) Relações Étnico-Raciais, História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena: a) Indígena e Natureza; b) Europeu e Natureza; c) África e Natureza e d) Multiculturalismo.

No primeiro ano do CDS, em cada sessão de aprendizagem no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) havia material didático elaborado pelos professores da instituição (material de apoio, estudo de caso (Storytelling) e um quiz avaliativo). O tempo de realização individual das sessões de aprendizagem era de aproximadamente dois meses. Após essa etapa os estudantes foram divididos em grupos para a elaboração de uma proposta de intervenção a partir da realidade regional, tendo o acompanhamento de um tutor. As equipes de trabalho foram constituídas por estudantes de diferentes cursos, o que proporcionou uma troca de experiências e sensibilização para as questões apresentadas, reiterando a preocupação do curso com a formação humanística e humanizada. A produção do trabalho final das equipes foi apresentada durante um encontro presencial, com tutores avaliadores, constando como a principal forma de avaliação do componente curricular em questão.

Em 2017, com a preocupação de aperfeiçoamento do CDS, foram incorporadas novas propostas metodológicas que integram pedagogicamente tecnologias que podem ser acessadas em dispositivos móveis. Além disto, foi criada uma nova identidade visual para este componente curricular e feita a reestruturação do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), tornando-o mais intuitivo e esteticamente mais atrativo. Nas sessões de aprendizagem foram incorporados formatos multimidiáticos com utilização de vídeos, animação, obras de arte, infográficos, bibliografias digitais de domínio público etc. Acredita-se que, desta forma, possamos construir em nossos estudantes e docentes o sentimento de herdeiros de uma cultura pluralista para que sejam capazes de estabelecer um diálogo respeitoso com a comunidade interna e externa, experimentando a integração com diferentes sujeitos sociais. A partir do CDS estamos corroborando para a difusão de estudos sobre diversos episódios da história do Brasil em sua constituição econômica, social e cultural, destacando a atuação de negros, indígenas e outros grupos que buscam reconhecimento em diferentes áreas do conhecimento, de atuação profissional, de criação tecnológica e artística, de luta social, independentemente de suas orientações sexuais, políticas e de classe social. Por fim, buscamos fazer com que a comunidade acadêmica entenda a importância da inclusão social e da garantia de direitos, sem a negação das respectivas identidades e pertencimento sociocultural. É fundamental criar oportunidades de aprendizagens de modo a adotar uma postura cidadã mediante a diversidade social e aos desafios postos para o meio ambiente, fortalecendo o compromisso com a sustentabilidade do planeta e com as gerações futuras.

Assim sendo, definiu-se como objetivo geral do CDS: Proporcionar aos acadêmicos do UNIFESO, uma visão mais realista das relações étnico-raciais suportada por revisão historiográfica e conceitos ambientais e de sustentabilidade, com vistas à melhor compreensão da cultura afro-indígena brasileira, em busca de sua valorização e respeito. Proporcionar também uma visão multicultural da atual sociedade brasileira, bem como as relações que permeiam os direitos humanos. Como objetivos específicos: 2) compreender a diversidade étnica e cultural na construção histórica do que hoje concebemos como povo brasileiro. 3) pensar os relacionamentos interculturais em estreita relação com a educação ambiental. 4) analisar e interpretar situações que possibilitem a desconstrução de ideias e imagens pré-concebidas. 5) ressignificar o entendimento dos valores culturais formadores do Brasil através da história e da arte. 6) propor uma nova visão dos relacionamentos interculturais, dentro de sua área de formação e atuação. 7) compreender. 8) discutir a educação em direitos humanos, suas características conflitivas e a transformação histórica do seu conceito. 9) refletir sobre a arte e educação crítico-sensível dos direitos humanos, sustentabilidade e gerações futuras.

7.2 Atividades Complementares Optativas

As atividades optativas constituem-se num conjunto de atividades de natureza variada e que contemplam ensino, pesquisa e extensão, conforme descritas no Regulamento das Atividades Complementares do Curso, anexo ao PPC. A disciplina de LIBRAS é ofertada a todos os estudantes do UNIFESO, conforme CI PROAC/011/2016. No curso de Medicina, de forma optativa, semestralmente aos estudantes, em horário flexível e compatível com sua grade curricular e pode ser cursada a qualquer momento do curso.

As atividades complementares perfazem um total de trezentas e vinte (320) horas, distribuídas nos primeiros oito períodos do Curso a razão de quarenta (40) horas por período, podendo ser integralizadas até ao décimo primeiro período do Curso de Graduação em Medicina, havendo o aproveitamento de conhecimentos adquiridos pelo estudante. Um elenco de atividades complementares é estimulado como estratégia didática para garantir a interação teoria-prática, a saber: monitoria, iniciação científica, apresentação de trabalhos em congressos e seminários, estágios, cursos, e atividades de extensão e todas as demais atividades em consonância com o que está descrito nas DCN. Estas atividades constituem carga horária para efeito de integralização curricular, conforme os mecanismos de avaliação definidos pelo Colegiado de Curso.

8. TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO – TIC

O uso das TIC nos contextos do ambiente de ensino e aprendizagem se traduz como um valioso e poderoso recurso didático que pode enriquecer e diversificar significativamente o processo de ensino e aprendizagem, o que colabora para trabalhar e desencadear as relações envolvidas nas novas formas de pensar e aprender a educação de maneira mais integrada, participativa e cooperativa.

O Campus Sede do UNIFESO, no qual se encontra sediado o Curso de Graduação em Medicina tem rede de internet por wi-fi disponível de forma gratuita, possibilitando, assim, o acesso à rede a todos discentes e docentes. Conta, ainda, com recursos tecnológicos do laboratório de informática e de equipamentos de multimídia dispostos nas salas de aula. No âmbito do curso, o uso das TIC se concretiza também na realização de avaliações como a Avaliação Clínica Objetiva e Estruturada (OSCE – Objective Structured Clinical Evaluation). No Laboratório de Habilidades são usados recursos audiovisuais como ferramentas de construção de conhecimento dos estudantes, seja através na gravação síncrona ou assíncrona de uma consulta médica padronizada, seja através do uso de recursos de manequins e de softwares que mimetizam situações de agravos à saúde.

Dispomos, também, para todos os discentes e docentes do Curso de Medicina, livros técnicos didáticos em forma virtual, muitos destes compondo a bibliografia básica do curso, com acesso ilimitado dentro e fora do ambiente institucional.

9. INTERNACIONALIZAÇÃO

No PPI do UNIFESO (2016) considera-se o impacto da globalização na relação indissociável entre educação e sociedade. Desta forma, há um estímulo Institucional no sentido de ampliar a cooperação internacional entre os cursos de graduação e pós-graduação com outras IES no exterior, tendo em vista o desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da inovação. Assim como, na qualificação de pesquisadores e estudantes em programas internacionais de mobilidade e intercâmbio.

Além dos convênios de cooperação e intercâmbio, frente as demandas dos processos de internacionalização, a IES oferece cursos de idiomas para docentes, técnicos administrativos e estudantes, incentivo a participação em eventos internacionais, incentivo a difusão e produção acadêmica em periódicos internacionais e disponibilização pela Direção de Pós Graduação, Pesquisa e Extensão a estrutura administrativa e acadêmica para aqueles que manifestem interesse em aderir aos editais e programas de mobilidade acadêmica.

Ainda sob a égide da Política Institucional da Internacionalização, o UNIFESO foi conveniado ao Programa Ciências sem Fronteiras até sua extinção. Com relação ao Standing Committee on Professional Exchange, vinculado ao International Federation of Medical Students Associations, a Coordenação Local de Estágios e Vivências do UNIFESO, capitaneada pelo DAHAS vem disseminando o conceito de intercâmbios com apoio da Coordenação do Curso e esferas superiores, dada a relevância do programa para aquisição de conhecimentos médicos, troca de experiências culturais em países estrangeiros.

A representação brasileira da IFMSA também é composta por estudantes do Curso de Medicina do UNIFESO que recebem apoio institucional para participação em seminários internacionais da entidade.

10. NÚCLEO DE APOIO PSICOPEDAGÓGICO E ACESSIBILIDADE (NAPPA)

O UNIFESO dispõe de um Núcleo de Apoio Psicopedagógico NAPP, criado em março de 1989. Trata-se de um órgão de assessoria à Pró-Reitoria Acadêmica que tem o estudante como objeto central de sua atuação. O NAPP colabora para com a adaptação do estudante ao ensino superior, considerando-o como ser biopsicossocial em processos de aprendizagem e, desta forma, atuando na área psicológica e psicopedagógica, preventiva e assistencialmente.

O NAPP promove estudos e pesquisas que enriquecem o processo ensino-aprendizagem; desenvolve estudos sobre evasão; atua na promoção de eventos que concorram para o desenvolvimento institucional e levanta o perfil do estudante de cada curso do UNIFESO.

O NAPP disponibiliza o acompanhamento psicopedagógico e psicológico por encaminhamento ou demanda espontânea. O acompanhamento psicológico visa apoiar o estudante nas dificuldades de adaptação (à cidade, à moradia, à rotina e à dinâmica do ensino superior), dificuldades acadêmicas (concentração, falta de motivação etc.), dificuldades pessoais (social, afetiva, saúde etc.) e dificuldades familiares (gravidez, separação, luto, doença, entre outros).

O NAPP desenvolve, através do Programa de Recepção ao Estudante em Ingresso, um conjunto de atividades no início de cada semestre, com o objetivo de apresentar a instituição ao estudante; apresentar o trabalho do NAPP; acolher e orientar o estudante no momento do ingresso no ensino superior; informar ao estudante e à sua família sobre possíveis dificuldades psicológicas e sociais no decorrer do curso; dar informações ao estudante sobre o funcionamento do curso que escolheu e levantar o perfil do estudante em ingresso.

Para cada curso é realizado o levantamento do perfil do ingressante, através de questionário investigativo, aplicado no ato da matrícula, e sua análise é realizada posteriormente pelos Centros de Ensino e respectivos Cursos.

Até 2013, por meio do cadastro de egressos realizado a cada semestre, constituiu-se a base de dados inicial e o acompanhamento imediato do egresso. A partir de 2014 foi institucionalizado um projeto de acompanhamento que se apropria do cadastro existente e estabelece um relacionamento com os egressos por meio das redes sociais.

O NAPP desenvolve, ainda, estudo de evasão por curso com o objetivo de investigar qualitativamente e quantitativamente os motivos que levam os estudantes a se afastarem dos cursos de graduação, seja através de trancamento, transferência ou cancelamento.

Mais recentemente, foi incluído em nosso planejamento institucional o Programa de Acessibilidade do UNIFESO para ampliar de forma estruturada a inserção, acompanhamento e acessibilidade de estudantes com mobilidade reduzida, necessidades físicas, neurológicas ou sensoriais e outras. Além de inserir estudantes com limitações e dificuldades no sistema de ensino, a grande preocupação é preparar o ambiente para recebê-los. O programa está institucionalizado e em implantação, com objetivos e metodologia definidos, dando sequência, de forma estruturante, a ações que eram isoladas e atribuídas a outros setores separadamente. Este programa se estrutura dentro do NAPPA.

10.1 Programa de Acessibilidade

O Programa de Acessibilidade do UNIFESO vem responder às demandas sociais e acadêmicas, a fim de possibilitar a inserção, acompanhamento e acessibilidade de estudantes, docentes e funcionários com mobilidade reduzida, necessidades físicas, neurológicas ou sensoriais, pessoas obesas, pessoas com transtornos de espectro autista, ou ainda, pessoas com problemas de aprendizagem como: dislexia, TDA, TDAH e outros.

De acordo com Sasaki (1997), a prática desta inclusão social, educacional, repousa em princípios até então considerados incomuns, tais como: a aceitação das diferenças individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência com diferentes grupos sociais e a aprendizagem através da cooperação, com a proposta de uma educação que respeite os direitos humanos.

A inclusão social, portanto, é um processo que contribui para a construção de um novo tipo de sociedade por meio de transformações, pequenas e grandes, nos ambientes físico (espaços internos e externos, equipamentos, aparelhos e utensílios, mobiliário e meios de transporte), nos procedimentos técnicos e principalmente na mentalidade e comportamento de todas as pessoas, como também dos portadores com necessidades especiais.

Já no universo do seu fazer didático, o docente encontra heterogeneidade nas classes que leciona e mediante presença de estudantes com alguma deficiência ou necessidade especial, várias adequações se fazem necessárias do ponto de vista da acessibilidade a todos no que se refere ao acesso à literatura de apoio aos componentes curriculares; utilização de laboratórios de ensino; acompanhamento das aulas, principalmente daquelas que exigem a interpretação de gráficos, esquemas, figuras, filmes não dublados, recursos audiovisuais, entre outros, realização de provas em conjunto com a classe; socialização e locomoção, além da sensibilização dos demais estudantes e comunidade acadêmica para o convívio com as diferenças.

Existem formas para solucionar, de maneira satisfatória, alguns dos problemas acima apresentados, formas estas que devem ser conhecidas pelos docentes não especializados em educação especial, antes que digam "não" a um estudante com algum tipo de deficiência/necessidade, por desconhecerem o que pode ser a ele oferecido.

Em atenção à legislação atual referente à inclusão (Decreto nº 5.296/2004, nas Portarias MEC e nº 5.626/2005), no UNIFESO, foi constituído o NAPPA – Núcleo de Apoio Psicopedagógico e Acessibilidade conforme apresentado anteriormente.

A Instituição considera que o acesso e o acompanhamento de estudantes com necessidades especiais constituem-se em recurso que as identifica, promovendo políticas que visem ao aprimoramento das ações acadêmicas e comunitárias. Neste sentido, o Programa Institucional de Acessibilidade do UNIFESO constitui-se em ação que busca conhecer as políticas públicas que se referem às condições de acessibilidade, não só estruturais, mas, vencer principalmente as barreiras atitudinais, viabilizando ações pedagógicas que garantam uma formação acadêmica de qualidade a estes estudantes, efetivando a sua inserção no mercado de trabalho, assim como orientar os docentes na condução do atendimento e/ou aprimorar as diferentes ações institucionais, tanto no que condiz ao ensino e a estrutura curricular, como às práticas na área da extensão, pós-graduação, e demais atividades da instituição.

Com a implementação deste programa, o UNIFESO pretende garantir ao estudante com necessidades especiais, o acesso e o acompanhamento das atividades acadêmicas, proporcionando aos docentes os conhecimentos necessários às práticas pedagógicas inclusivas, oferecendo recursos de tecnologias assistidas, à flexibilização na implementação do currículo, a exemplo de avaliações diferenciadas, assim como facilitar a mobilidade nos espaços da instituição.

O objetivo geral do Programa de Acessibilidade do UNIFESO é promover a inclusão de estudantes com necessidades especiais, na educação superior, garantindo condições de acessibilidade e acompanhamento das atividades acadêmicas.

O Programa Institucional de Acessibilidade do UNIFESO vincula-se à Pró Reitoria Acadêmica - PROAC e sua gerência está a cargo do Núcleo de Apoio Psicopedagógico e Acessibilidade - NAPPA. O NAPPA é o setor de referência ao atendimento psicopedagógico da instituição, sendo assim é o setor que, com frequência recebe, acolhe e acompanha os estudantes que apresentam dificuldades em sua trajetória acadêmica, através do seu Programa de Acompanhamento Psicopedagógico.

A elaboração de um Programa de Acessibilidade que se adegue satisfatoriamente à realidade de nosso trabalho, levou o setor, então, a refletir, e a sugerir uma rotina/fluxo, cuja abordagem encontra-se

imersa em nossa realidade institucional. Não temos a pretensão de fazer deste modelo, um padrão, mas, pretendemos, com ele, dar início a um efetivo trabalho de inclusão/acessibilidade.

Recursos disponíveis:

O Programa de Acessibilidade, o UNIFESO conta com uma Sala de Recursos Multifuncionais, que é um espaço onde se realiza o atendimento educacional especializado para os alunos com necessidades educacionais especiais, por meio de desenvolvimento de estratégias de aprendizagem centradas em um novo fazer pedagógico que favoreçam a construção de conhecimentos pelos estudantes, subsidiando-os para que participem com segurança, da vida acadêmica.

A Sala de Recursos Multifuncionais do UNIFESO, está equipada com uma máquina Perkins Braille, lupas, regletes, gravadores, computador como softwares específicos para o desenvolvimento de atividades propostas.

Em função das necessidades específicas de cada estudante, o NAPPA elabora um Plano de Atendimento Individualizado onde são pactuadas as ações que devem ser realizadas pelo discente e respectivos docentes, validadas pela coordenação.

11. ORGANIZAÇÃO DO CORPO DOCENTE

O corpo docente do magistério superior do UNIFESO é formado pelos professores que atuam na educação superior, tanto no ensino de graduação como de pós-graduação, na pesquisa e na extensão, indissociáveis neste nível de ensino. Seus membros integram os seguintes quadros: Quadro Principal da Carreira Docente do Magistério Superior – QPCD, estruturado em categorias funcionais, cuja admissão faz-se necessário concurso público constante de provas e títulos; e o Quadro Complementar da Carreira Docente do Magistério Superior – QCCD, composto das seguintes categorias: professores visitantes e colaboradores, contratados em caráter eventual e transitório, onde a admissão se faz através de um processo de seleção constante de títulos, documentos e entrevista.

Os docentes do QPCD têm acesso a reenquadramento periódico, incentivo por produtividade acadêmica, participação nos programas de fomento à pesquisa e à extensão, além da participação no programa de apoio à capacitação docente e representação oficial da instituição em eventos externos. Este quadro é composto pelas seguintes categorias funcionais: Professor Auxiliar (A, B e C), Professor Assistente I (A, B e C),

Professor Assistente II (A, B e C), Professor Adjunto (A, B e C) e Professor Titular (A, B e C)

Os critérios para o reenquadramento docente estão previstos no Regulamento do Magistério Superior do UNIFESO.

O incentivo à capacitação, à pesquisa e à produção acadêmico-científica se faz através da progressão biennial na carreira docente pelo reenquadramento, do Programa de Incentivo à Capacitação Docente (PICD), do Programa de Iniciação Científica, Pesquisa e Extensão (PICPE), do Programa de Integração Ensino, Trabalho e Comunidade (PIETRAC), do incentivo por produtividade acadêmico-científica institucionalizada e publicação, do apoio à edição e publicação de obras produzidas por docentes, pó meio das séries da Coleção FESO e da Representação oficial da instituição em eventos externos, regionais, nacionais e internacionais.

Cabe a Coordenação do Curso a responsabilidade de supervisão e orientação do desempenho didáticopedagógico dos docentes, nas suas respectivas atividades curriculares, enquanto as tarefas técnicas do enquadramento dos docentes nas categorias funcionais e suas referências são de responsabilidade do Núcleo de Enquadramento Docente (NED).

12. EDUCAÇÃO PERMANENTE

A EP como definição pedagógica seguida pelo curso de Medicina é o processo educativo do cotidiano do trabalho ou da formação para a construção de espaços coletivos. Deve, portanto, induzir à reflexão e à avaliação na construção de relações e de processos no cotidiano (CECCIM, 2005). A Educação Permanente – EP é compreendida também como uma prática de ensino-aprendizagem e estabelece-se como política de ensino em saúde. A prática ensino-aprendizagem significa a apropriação de competências próprias para a formação de um médico. Em nosso curso essas competências são disparadas através de situações simuladas (situações problemas), trabalhadas em pequenos grupos de tutoria e vivências controladas em cenários reais de prática - IETC, complementadas com instrutorias, conferências e consultorias. Este modelo de trabalho em pequenos grupos num processo contínuo de aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes gera tensões naturais e dificuldades de condução e integração e, visando equalizar estas situações, os facilitadores de EP são peças fundamentais nesse modelo de ensino-aprendizagem.

A EP é operacionalizada por meio de um grupo de professores facilitadores, funcionando no cenário das tutorias, onde duas vezes por semana durante uma hora ocorrem os encontros para discussão de trocas de experiências deste espaço, além da apropriação das ferramentas utilizadas como as situações

problema. Temos atividades de EP junto ao nosso hospital escola (HCTCO) onde periodicamente temos encontros dos preceptores com facilitadores de EP para abordagem das inserções dos estudantes junto a este espaço real de prática.

A partir de 2017 com a readequação da nossa carga horária a partir do primeiro período, conseguimos proteger um espaço de uma hora antes das instrutorias (Laboratório de Habilidades e Laboratórios de Ciências da Saúde), onde o professor tem espaço garantido para discutirem suas atividades, estabelecendo uma maior integração ao currículo do período e nivelando os processos avaliativos.

Os facilitadores de EP tem uma reunião semanal, com formato de Educação Permanente onde são apresentadas suas atuações e consolidado um relatório mensal enviado a coordenação de curso, que utiliza este material para orientar as ações de aprimoramento curso, na capacitação docente através do NAPED, aquisição e manutenção de materiais e equipamentos, contratação de docentes, discussões curriculares entre outros.

A EP é operacionalizada por meio de um grupo de professores facilitadores, plenamente funcionante no cenário das tutorias, onde duas vezes por semana durante uma hora cada encontro. Reúnem-se em separado os tutores de cada período em número de dez, o coordenador de período além de um facilitador de EP, onde se abordam o trabalho do grupo de tutores e da coordenação de período junto aos estudantes do período. Identificando, fortalezas e fragilidades bem discussões para facilitação do encaminhamento do trabalho pedagógico e relacional. Semanalmente todos os facilitadores de EP se reúnem com a Coordenação de EP para discussão do andamento em cada período, produzindo um relato dessas atuações mensalmente que é encaminhado a Coordenação do Curso para acompanhamento.

Também, temos uma atuação de EP junto aos cenários de prática do Hospital escola próprio, em datas agendadas, onde juntamos os Coordenadores de Período, Chefes de Serviço, Preceptores e Coordenação de IETC II, que corresponde aos cenários do quinto ao décimo segundo períodos. Incluir EP das Instrutorias.

13. NÚCLEO DE APOIO PEDAGÓGICO E EXPERIÊNCIA DOCENTE – NAPED

Composto por professores indicados pela Coordenação do Curso nas seguintes áreas: Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia-obstetrícia, Saúde

Coletiva e Áreas Básicas (Celular e molecular). Podendo ser ampliada esta composição conforme necessidades pedagógicas de capacitação dos docentes para os diferentes cenários do Curso.

Este núcleo é o responsável pela identificação das necessidades e organização de capacitações técnicas e pedagógicas aos grupos de docentes. Reúne-se periodicamente para discussão destas necessidades, indicando projetos de capacitação necessários. A partir do trabalho do NAPED do Curso de Medicina, foram sistematizadas:

Reuniões semestrais organizadas sob a forma de Fóruns para discussão da organização do Estágio Curricular Obrigatório, de treinamento em serviço, em Regime de Internato.

Programas de capacitação e treinamento de tutores.

Elaboração de documento das Instrutorias, entre outros.

NAPED

O Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente (NAPED), no âmbito da estrutura organizacional, caracteriza-se como um órgão de apoio didático- pedagógico, subordinado à Coordenação do Curso, constituindo-se um grupo de acompanhamento, orientação, supervisão, capacitação e avaliação das práticas pedagógicas do Curso de Graduação em Medicina.

Tem por objetivo, qualificar, sistematicamente, os processos educativos da metodologia adotada pelo Curso, em conformidade com o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e as Diretrizes Curriculares Nacionais. Orientar e acompanhar os professores sobre questões de caráter didático- pedagógico. Promover a permanente qualificação do corpo docente a partir de projetos específicos. Contribuir com a Comissão Própria de Avaliação (CPA) nos processos avaliativos institucionais. Contribuir com o Núcleo Docente Estruturante

(NDE) no processo de elaboração, desenvolvimento e reestruturação do PPC, visando a sua permanente melhoria e objetivando a efetivação da missão institucional. Desempenhar as atividades demandadas pela coordenação do curso que recaiam no âmbito de suas competências.

- Suas ações são desencadeadas por demanda própria a partir de suas reuniões ou por demandas da coordenação do curso, oriundas dos professores, colegiado do curso ou NDE.
- Como atuações já tivemos oficinas para integração das atividades do estágio prático em serviço em regime de internato, capacitação de tutores, instrutores, preceptores, equipes de

construção de situação problema e ACI, construção de instrutivos para orientação das instrutorias dos Laboratórios de Ciências da Saúde, Tutorias e Consultorias entre outras.

14.AVALIAÇÃO

A Avaliação Discente atua em processos contínuos, com base em modelos formativos e somativos, enfatizando as metodologias ativas de ensino aprendizagem. É um processo de acompanhamento permanente, que se adequa ao currículo integrado do curso, orientado a partir da construção de competências pela reunião dos atributos conhecimentos, habilidades e atitudes, adotando parâmetros de caráter formativo e somativo.

A avaliação formativa constitui-se em mecanismo que possibilita ao estudante perceber e acompanhar seus avanços e dificuldades durante o processo de formação nas três dimensões fundamentais para a aquisição de uma competência (habilidades, conhecimentos e atitudes). Neste contexto cabe ao professor desafiá-lo e orientá-lo a superar essas dificuldades e continuar progredindo na construção das competências profissionais desejadas. Seu caráter é processual, permitindo ao estudante mais de um momento para superação das suas dificuldades, demanda um acompanhamento do estudante, que deve ser capaz de promover motivação para superação e redirecionamento dos caminhos para a construção do conhecimento, sinalizando a necessidade de reorientação de trajetória pessoal, permitindo que o mesmo possa perceber e acompanhar de maneira autônoma e proativa avanços e dificuldades.

A avaliação de caráter somativo apresenta os produtos gerados no processo de formação, ou seja, os resultados parciais e finais alcançados, definindo a possibilidade de progressão ou retenção do estudante, sempre em caráter complementar e indissociável à avaliação formativa, sendo critério que define a aprovação ou a reprovação.

Os conceitos finais emitidos em cada um dos cenários de ensino-aprendizagem são nominados SUFICIENTE ou INSUFICIENTE, sendo considerados aprovados os estudantes que obtiverem conceito SUFICIENTE em todos os formatos de avaliação, exceção feita em relação ao Teste de Progresso que possui caráter exclusivamente formativo.

Qualquer evidência de fraude apurada em relação ao processo avaliativo implica em conceito INSUFICIENTE, cabendo medidas administrativas socioeducativas, de acordo com as Normas de Convivência e Disciplina, Seção II, art. 6º, Item XI de 26/08/2010 – CEPE/CAS.

14.1 Formatos de Avaliação

- Avaliação em Tutoria
- Avaliação Cognitiva ao fechamento das Situações-Problema
- Avaliação Continuada Integrada (ACI)
- Avaliação Integrada das Práticas: Laboratório de Habilidades, Instrutorias, Desempenho Clínico (OSCE), IETC
- Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
- Teste de Progresso
- Avaliação Global – Conselho de Classe

14.2 Avaliação em Tutoria

De caráter formativo e processual, apresenta o desempenho do estudante a cada sessão tutorial, com ciência do mesmo por escrito em documento próprio ao fechamento de cada Situação Problema. É consolidada a partir de uma Avaliação Parcial do Estudante feita pelo Tutor até a 1ª ACI e uma Avaliação Final de fechamento do desempenho do Estudante feita pelo Tutor até a 2ª ACI. Apresenta como componentes:

14.3 Auto avaliação do Estudante: reflexão em relação a limites e conquistas

Avaliação recíproca entre os Estudantes: permite o desenvolvimento da habilidade de fazer e receber críticas, formato oral;

14.4 Avaliação do Tutor pelo Estudante: avalia o desempenho do tutor

Avaliação do Estudante pelo Tutor: de caráter qualitativo descritivo, apresenta como descritores observáveis: pontualidade, participação no brainstorm, participação na construção de hipóteses, participação na construção de objetivos de aprendizagem, qualidade da busca, capacidade de trabalho em equipe e frequência.

14.5 Avaliação Cognitiva ao fechamento das Situações-Problema

Permite que o Estudante participe mais ativamente de seu processo de ensino-aprendizagem reconhecendo possíveis lacunas na construção de conhecimento, bem como eventuais fragilidades no processamento dos componentes curriculares. Apresenta-se em formato escrito, composta por questões objetivas formuladas pela Equipe de Construção de Situações Problema e ACI do período, guardando relação com os temas relacionados às Situações Problema (SP), orientados a partir dos recortes curriculares de cada período do curso, trabalhadas no cenário tutorial. É aplicada ao término das sessões de fechamento de SP, permitindo a auto avaliação do Estudante pela disponibilidade do gabarito temático da mesma ao final da atividade. Seu resultado é registrado em documento próprio e integra a documentação individual de acompanhamento acadêmico do Estudante e é considerada na Avaliação Global do Estudante.

14.6 Avaliação Continuada Integrada (ACI)

Construída e corrigida pela Equipe de Construção de Situações Problema e ACI (ECSP), de acordo com Termo de Referência específico. Ocorre no mínimo duas vezes a cada semestre letivo, cada qual realizada em dois passos distintos. Ao término do período letivo realiza-se a ACI de Final de Período, em um único passo, de acordo com a programação do calendário letivo.

Compreende uma Situação Problema (SP) com questões norteadoras (formato escrito acrescido de dez questões objetivas) relacionadas aos diferentes temas trabalhados nos cenários de ensino-aprendizagem.

A ACI é corrigida, a partir de critérios de correção classificados como essenciais e complementares.

O 1º passo da ACI é em formato escrito com realização individual e sem consulta. Já o 2º passo é em formato oral, também de forma individual e sem consulta, cuja finalidade é permitir que o Estudante apresente à ECSP evolução de aprendizado relacionada aos conteúdos considerados insuficientes no 1º passo.

A correção do 1º passo é realizada e registrada pela ECSP na Ficha de Correção de ACI, que apresenta as questões norteadoras e critérios considerados essenciais e complementares, previamente definidos, além dos resultados alcançados pelo Estudante.

A suficiência no 1º passo da ACI 1/ACI 2 desobriga o Estudante da realização de seu respectivo 2º passo. O estudante que não atingir suficiência no 1º passo da ACI (mas que tiver alcançado parcialmente os critérios de correção essenciais da SP, apresentando coerência de ideias, assim como

aquele que não obtiver suficiência nas questões objetivas consideradas essenciais), toma ciência de seu resultado e segue para o 2º passo, devidamente informados quanto aos temas a serem resgatados, além da data e horário de sua realização.

As questões objetivas categorizadas como essenciais, nas quais o Estudante obtiver resultado Insuficiente serão remetidas para resgate no 2º passo da 1ª e/ou 2ª ACI, salvo quando o mesmo for encaminhado diretamente para a ACI de Final de Período.

O estudante que permanecer insuficiente após a realização do 2º passo do processo avaliativo da 1ª e/ou da 2ª ACI será obrigatoriamente remetido à ACI de Final de Período.

Estará automaticamente inscrito na ACI de Final de Período o estudante que não alcançar adequadamente nenhum dos critérios de correção considerados essenciais da SP no 1º passo da ACI 1 e/ou da ACI 2, ou seja, neste caso, o mesmo não será encaminhado para o 2º passo do processo avaliativo.

Em caso de inscrição automática na ACI de Final de Período, a falta a um ou ambos os passos de outra ACI (1ª ou 2ª), implica na reprovação automática do Estudante (exceção feita a situações amparadas por Tratamento Especial).

A ACI de Final de Período compreende o processamento individual e escrito, sem consulta, de uma ou mais SP que abordem os conhecimentos construídos ao longo do período, abrangendo todas as temáticas programadas para a ACI na qual o Estudante permaneceu insuficiente, ou seja, conteúdos até a 1ª ACI e/ou até a 2ª ACI. Não há 2º passo para a ACI de Final de Período.

Os quadros a seguir consolidam os dados apresentados:

1ª ACI	2ª ACI	ACI de final de período
Suficiência	Suficiência	Opcional
Suficiência	Insuficiência	Obrigatória
Insuficiência	Suficiência	
Suficiência	Falta	
Falta	Suficiência	
Insuficiência	Insuficiência	
Insuficiência	Falta	Reprovação automática
Falta	Insuficiência	
Falta	Falta	

Conceito	Justificativa	Situação
Insuficiente	Não atingiu adequadamente a nenhum dos critérios essenciais de correção da SP (sem coerência de ideias)	ACI de final de período

Insuficiente	Não atingiu alguns dos critérios essenciais de correção, porém apresentou raciocínio lógico no processamento da SP.	2º passo
Insuficiente	Não atingiu suficientemente aos critérios essenciais de correção, mesmo os tendo abordado com raciocínio lógico no processamento da SP.	2º passo
Suficiente	Alcançou suficientemente os critérios de correção após o 2º passo.	-
Suficiente	Atingiu bem os critérios de correção	Liberado do 2º passo
Suficiente	Atingiu muito bem os critérios de correção	Liberado do 2º passo
Suficiente	Atingiu com excelência os critérios de correção	Liberado do 2º passo

14.7 Avaliação Integrada da Prática

14.7.1 Avaliação no Laboratório de Habilidades

Avalia habilidades, atitudes e conhecimentos desenvolvidos no cenário, sendo ofertada por instrutores específicos do cenário. O estudante realiza uma avaliação para cada habilidade por período e poderá se necessário e assim o desejar, contar com 02 (duas) oportunidades de resgate para cada uma das mesmas. A avaliação inicial é programada e consta no Planejamento de Período.

Os dois (02) resgates possíveis deverão ser solicitados pelo estudante ao término da avaliação na qual restou insuficiente, ou, em caso de falta à atividade de avaliação, em requerimento disponível na secretaria da coordenação de períodos apresentando justificativa para tanto.

Caso o estudante não solicite o resgate ou não compareça ao mesmo, entende-se a aceitação do resultado de sua avaliação inicial.

Persistindo alguma insuficiência após os dois resgates no Laboratório de Habilidades, o estudante será considerado reprovado.

14.7.2 Avaliação em Instrutorias

Realizada por instrutores específicos do cenário. O estudante realizará 01 (uma) avaliação das competências e/ou conteúdos desenvolvidos no cenário, de acordo com a programação de atividades, sempre objetivando seu aspecto prático e, caso necessário e se assim o desejar, duas oportunidades de resgate. A avaliação inicial é programada e consta no Planejamento de Período.

Os 02 (dois) resgates possíveis deverão ser solicitados pelo estudante quando da entrega do resultado da avaliação na qual restou insuficiente, ou, em caso de falta à atividade de avaliação, em requerimento disponível na Secretaria da Coordenação de Períodos apresentando justificativa para tal.

Caso o estudante não solicite o resgate, ou não compareça ao mesmo, entende-se a aceitação do resultado Insuficiente de sua avaliação inicial.

Persistindo alguma insuficiência após a terceira avaliação em instrutorias, o estudante será considerado reprovado.

14.7.3 Avaliação nos Cenários de IETC

É realizada em instrumento próprio por preceptores e/ou docentes designados para tal, a partir de competências definidas para o cenário, com complexidade crescente, a saber: Atenção Básica do 1º aos 4º períodos do curso e Atenção Secundária e Terciária do (5º aos 8º períodos do curso).

A participação na elaboração e apresentação de Projetos Orientados Pela Prática integra a avaliação nas atividades do cenário Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (IETC) do 1º aos 4º períodos do curso.

O estudante considerado insuficiente neste cenário de prática estará reprovado no período.

14.7.4 Avaliação do Internato

A avaliação no Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço em Regime de Internato obedece aos mesmos princípios avaliativos dos outros períodos, fundamentada em princípios de avaliação formativa e somativa, está estruturada em cada módulo do Internato. São avaliadas as dimensões atitudinal, habilidades e cognitiva. Destacando-se a avaliação do cotidiano como fundamento das atitudes do estudante, avaliações em processo das habilidades psicomotoras e avaliação cognitiva. Os resultados são efetivados por conceitos S – suficiente ou I – insuficiente. O estudante deve alcançar a suficiência em todas as dimensões para alcançar o critério de estar apto no módulo. Em caso de não alcançar o conceito suficiente, deverá repetir o módulo ao final do ciclo do internato.

14.7.5 Avaliação baseada no Desempenho Clínico (OSCE)

Verifica o desempenho clínico referente às competências construídas pelo estudante. É organizada pela Comissão do Internato e Coordenação do Laboratório de Habilidades, abordando todas as competências construídas do 1º aos 8º períodos do curso.

É realizada ao longo do Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço em Regime de Internato, considerando a possibilidade de resgates para as insuficiências eventualmente detectadas. É programada para ocorrer no 10º período do curso.

Caracteriza-se por articular componentes cognitivos, psicomotores (habilidades) e afetivos (atitudes). Consiste na oferta de diversas estações nas quais o estudante desempenha competências e habilidades requeridas para conduzir a situação apresentada, em um período de tempo previamente estipulado.

O estudante avaliado como insuficiente será encaminhado à nova avaliação no período subsequente. Somente será aprovado no Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço em Regime de Internato, e conseqüentemente colar Grau, o estudante considerado suficiente nesta modalidade avaliativa.

14.7.6 Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

Trata-se de uma atividade curricular formadora, que integra ensino, pesquisa e extensão, sob modalidade avaliativa própria do Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço em Regime de Internato, fundamental para a conclusão do curso, que não pode ser substituída por outro formato avaliativo. Somente é considerado aprovado no Estágio Curricular obrigatório de Treinamento em Serviço em Regime de Internato, e conseqüentemente cola Grau, o estudante considerado suficiente neste componente.

O TCC possui Regulamentação Institucional e Termo de Referência próprio, devidamente chancelado pelo Centro de Ciências da Saúde do UNIFESO.

O estudante considerado insuficiente deverá apresentar novo TCC em data estipulada pela Comissão do Internato, responsável pelo acompanhamento e avaliação do mesmo.

14.7.7 Teste de Progresso

O Teste de Progresso também faz parte da avaliação do estudante do Internato, apesar de não ser exclusivo deste período e não ter caráter de reprovação mas servir como instrumento de acompanhamento do crescimento cognitivo do estudante ao longo do Curso e é utilizado como critério na Avaliação Global no Internato realizada pelo Conselho de Classe na Comissão do Internato, além de constituir o cálculo do Coeficiente de Rendimento (CR).

Oportunidade de autoavaliação continuada ao longo dos seis anos de formação, constituindo-se em indicador da evolução cognitiva do estudante.

Ocorre anualmente e é operacionalizado a partir de teste com questões objetivas com o mesmo grau de complexidade para todos os estudantes do curso.

Não é computado para efeito de aprovação ou reprovação do estudante no período, constituindo-se, portanto em componente avaliativo de natureza exclusivamente formativa.

14.7.8 Avaliação Global

A Avaliação Global do 1º aos 8º períodos do curso considera as atividades didático-pedagógicas como um todo a partir da análise coletiva pelo Conselho de Classe.

Ao longo do Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço em Regime de Internato, a Avaliação Global do Estudante será realizada pela Comissão do Internato, de acordo com Resolução Específica dos Conselhos Superiores CEPE-CAS.

14.7.9 Conselho de Classe

Tem por objetivo a avaliação global do desempenho pedagógico alcançado pelo estudante ao longo do período letivo, considerando todos os componentes avaliados enquanto processo integrado e contínuo.

É composto pelo Coordenador de Período, Facilitador de Educação Permanente do Período e Representantes dos Cenários de Ensino-Aprendizagem Tutoria, Laboratório de Habilidades, Instrutorias e Integração Ensino- Trabalho-Cidadania, podendo a critério do Coordenador de Período ser solicitada a presença de outro docente e/ou da representação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico e Acessibilidade (NAPPA).

É presidido pelo Coordenador de Período, reunindo-se ao final de cada período letivo, produzindo registros de todas as decisões e encaminhamentos propostos.

Tem como atribuição a avaliação global do estudante, podendo, em casos excepcionais, sugerir a progressão de estudantes reprovados em Tutoria, Laboratório de Habilidades e Instrutorias. Apenas insuficiência (s) em Tutorias, Instrutorias e Laboratórios de Habilidades poderão ser passíveis de sugestão para progressão do Estudante pelo Conselho de Classe, cujo trâmite deverá ser devidamente referendado pelo Colegiado de Curso.

Não tem por finalidade analisar recursos de estudantes frente a situações de reprovação, ou seja, não interfere nos resultados de reprovação por faltas e/ou insuficiências em ACI e/ou IETC.

A progressão do estudante somente poderá ser concedida mediante Termo de Demanda e Compromisso, a partir do qual o mesmo se compromete a recuperar as temáticas e/ou competências que geraram sua (s) insuficiência (s), cumprindo plano de atividades e/ou nova avaliação no período letivo subsequente, de acordo com as definições encaminhadas pelo Conselho de Classe.

O não cumprimento do Termo de Demanda e Compromisso firmado impede o estudante de dispor deste recurso em situações semelhantes, em períodos posteriores.

15.GESTÃO DO CURSO

15.1 Direção do Centro de Ciências da Saúde e Conselho do Centro

O Curso de Graduação em Medicina encontra-se vinculado ao Centro de Ciências da Saúde – CCS do UNIFESO, o qual tem sua administração geral e gestão acadêmica exercida pelos seguintes órgãos: Direção do Centro e Conselho do Centro de Ciências da Saúde.

Conforme o Regimento Geral do UNIFESO, a Direção do Centro integra funções políticas e estratégicas de superintendência, articulação funcional, coordenação, supervisão, acompanhamento e avaliação das atividades do Centro.

O Conselho de Centro é composto pelo Diretor, pelos Coordenadores dos Cursos e Programas que integram o Centro; pelos Coordenadores, Diretores ou responsáveis de Órgãos suplementares e serviços de apoio vinculados ao Centro; por um representante dos Docentes de cada curso e programa; por um representante dos estudantes de cada curso e programa. Este conselho reúne-se ordinariamente pelo menos uma vez por mês e extraordinariamente sempre que necessário. Compete-lhe deliberar em matéria de ensino, pesquisa e extensão, bem como exercer a coordenação acadêmica do processo didático-pedagógico-científico dos cursos e programas que integram o Centro.

15.2 Coordenação de Curso e suas Assessorias, auxiliados pelos Coordenadores de Períodos e Atividades

A Coordenação de Curso é definida como órgão de gestão acadêmica encarregado do exercício das funções de coordenar, articular, promover e desenvolver o currículo e das relações acadêmicas internas e externas com ênfase na corresponsabilidade institucional.

15.3 Colegiado do Curso

O colegiado é constituído pelo Coordenador do Curso, Assessorias da Coordenação, Coordenadores de Períodos e Atividades, representantes Institucionais, docentes e discentes e se reúne mensalmente(...) é o órgão da Gestão Acadêmica na administração setorial do UNIFESO caracterizado como normativo e deliberativo, em primeira instância e em matéria própria, como responsável pela integração, supervisão e coordenação didático-pedagógica-científica do processo curricular. [UNIFESO, 2007, p11].

15.4 Núcleo Docente Estruturante (NDE)

O Núcleo Docente Estruturante (NDE) é o órgão consultivo responsável pela concepção e acompanhamento do Projeto Pedagógico do Curso. Possui Regimento próprio em acordo com Resolução No 01, de 17 de junho de 2010 do CONAES e aprovado no órgão institucional superior CEPE-CAS.

Constituído por um grupo de docentes com atribuições acadêmicas para avaliar o cumprimento do currículo integrado do curso, além da mobilização, articulação, acompanhamento e integração do corpo docente, na responsabilidade pela avaliação, concepção, consolidação, implantação e contínua atualização e aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina.

Distingue-se do Colegiado do Curso, órgão da estrutura acadêmica da Instituição, por não ser órgão deliberativo nem com função recursal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Programa Incluir: Acessibilidade na Educação Superior. Ministério da Educação, Secretária de Educação Especial - SEESP e Secretaria de Educação Superior - 2005 SeSu. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=557&Itemid=30>>. Acesso em: 21/11/2013.
- 2) Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007 Disponível em portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf Brasília, janeiro 2008. Acesso em 21/11/2013.
- 3) BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/110098.htm>>. Acesso em: 21/11/2013.
- 4) BRASIL. Manual de Orientação: Programa de Implantação de Sala de Recursos Multifuncionais, Ministério da Educação Secretaria de Educação especial 2010. Disponível em: portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc. Acesso no dia 2.out.2014.
- 5) CARVALHO, R. C. Representações sociais: dos modelos de deficiência à leitura de paradigmas educacionais. 219p, 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Educação, Santa Maria.
- 6) FERREIRA, S. L. Ingresso, permanência e competência: uma realidade possível para universitários com necessidades educacionais especiais. Revista Brasileira de Educação Especial, Marília v.13, n.1, p. 4360, 2007.
- 7) RESOLUÇÃO Nº 4, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2001. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO.
- 8) RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO.
- 9) SASSAKI, R. K. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997.
- 10) UNIFESO, Projeto Político Pedagógico Institucional (PPPI), 2006.
- 11) UNIFESO, Regimento Geral do UNIFESO, 2008.
- 12) UNIFESO, Anexos IV e V ao Regimento Geral do UNIFESO, 2012.

ANEXOS

ANEXO I

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014. CÂMARA DE EDUCAÇÃO

SUPERIOR. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no art. 9º, § 2º, alínea "c", da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, com a redação dada pela Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, com fundamento no Parecer CNE/CES nº 116/2014, homologado por Despacho do Senhor Ministro de Estado da Educação, publicado no DOU de 6 de junho de 2014, e considerando o estabelecido na Lei de criação do Sistema Único de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 e na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, resolve:

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização, desenvolvimento e avaliação do Curso de Medicina, no âmbito dos sistemas de ensino superior do país.

Art. 2º As DCNs do Curso de Graduação em Medicina estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina.

Parágrafo único. O Curso de Graduação em Medicina tem carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 6 (seis) anos para sua integralização.

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas: I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; e III - Educação em Saúde.

Seção I

Da Atenção à Saúde

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I - Acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

II - Integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

III - qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

IV - Segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

V - Preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que, no desenvolvimento da prática médica, sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, e contribua para a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde;

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

VIII - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde;

IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho Inter profissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada,

respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; e

X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades.

Seção II

Da Gestão em Saúde

Art. 6º Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões:

I - Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos;

II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;

IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados;

V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade,

- VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde;
- VII - Construção participativa do sistema de saúde, de modo a compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração da política de saúde brasileira; e
- VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde. **Seção III**

Da Educação em Saúde

Art. 7º Na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando:

- I - Aprender a aprender, como parte do processo de ensino aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes;
- II - Aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso;
- III - aprender Inter profissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde;
- IV - Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico;
- V - Comprometer-se com seu processo de formação, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão e observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde, a partir dos processos de auto avaliação e de avaliação externa

dos agentes e da instituição, promovendo o conhecimento sobre as escolas médicas e sobre seus egressos;

VI - propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis, viabilizando a identificação de novos desafios da área, estabelecendo compromissos de corresponsabilidade com o cuidado com a vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades, especialmente nas situações de emergência em saúde pública, nos âmbitos nacional e internacional; e

VII - dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil.

CAPÍTULO II

DAS ÁREAS DE COMPETÊNCIA DA PRÁTICA MÉDICA

Art. 8º Para permitir a transformação das Diretrizes previstas no Capítulo I e os componentes curriculares contidos no Capítulo III desta Resolução em efetivas práticas competentes, adequadas e oportunas, as iniciativas e ações esperadas do egresso, agrupar-se-ão nas respectivas Áreas de Competência, a seguir relacionadas:

I - Área de Competência de Atenção à

Saúde; II - Área de Competência de

Gestão em Saúde; e

III - Área de Competência de Educação em Saúde.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Seção I

Da Área de Competência Atenção à Saúde

Art. 9º A Área de Competência Atenção à Saúde estrutura-se em 2 (duas) subáreas:

I - Atenção às Necessidades Individuais de Saúde; e

II - Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva.

Art. 10. A Atenção às Necessidades Individuais de Saúde compõe-se de 2 (duas) ações-chave:

I - Identificação de Necessidades de Saúde; e

II - Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos.

Art. 11. A Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva desdobra-se em 2 (duas) ações-chave:

I - Investigação de Problemas de Saúde Coletiva; e

II - Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva.

Subseção I

Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde

Art. 12. A ação-chave Identificação de Necessidades de Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Realização da História Clínica:

- a) estabelecimento de relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis;
- b) identificação de situações de emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado;
- c) orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa; d) utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sócio familiares, assegurando a privacidade e o conforto;
- e) favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;
- f) identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de

cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde doença;

g) orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;

h) investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares; e

i) registro dos dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.

II - Realização do Exame Físico:

a) esclarecimento sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa sob seus cuidados ou do responsável;

b) cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados;

c) postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, palpitação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência; e

d) esclarecimento, à pessoa sob seus cuidados ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível.

III - Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas:

a) estabelecimento de hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;

b) prognóstico dos problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;

c) informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis;

d) estabelecimento de oportunidades na comunicação para mediar conflito e conciliar possíveis visões divergentes entre profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis; e

e) compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.

IV - Promoção de Investigação Diagnóstica:

- a) proposição e explicação, à pessoa sob cuidado ou responsável, sobre a investigação diagnóstica para ampliar, confirmar ou afastar hipóteses diagnósticas, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético.
- b) solicitação de exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa sob seus cuidados, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários;
- c) avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa sob seus cuidados, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;
- d) interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados; e
- e) registro e atualização, no prontuário, da investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

Art. 13. A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos:

- a) estabelecimento, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;
- b) discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas;
- c) promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;
- d) estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário;
- e) implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;
- f) informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis;
- g) consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-as às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;

- h) atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida; e
- i) exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.

II - Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos:

- a) acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;
- b) favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;
- c) revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário;
- d) explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável; e
- e) registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.

Subseção II

Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva

Art. 14. A ação-chave Investigação de Problemas de Saúde Coletiva comporta o desempenho de Análise das Necessidades de Saúde de Grupos de Pessoas e as Condições de Vida e de Saúde de Comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde, com os seguintes descritores:

- I - Acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde doença, assim como seu enfrentamento;
- II - Relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos; e
- III - estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.

Art. 15. A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva comporta os seguintes descritores de seu desempenho único:

- I - Participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais;
- II - Estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde;
- III - estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde;
- IV - Promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas priorizados;
- V - Participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; e
- VI - participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.

Seção II

Da Área de Competência Gestão em Saúde

Art. 16. A Área de Competência Gestão em Saúde estrutura-se em 2 (duas) ações-chave:

- I - Organização do Trabalho em Saúde; e
- II - Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde.

Subseção I

Da Organização do Trabalho em Saúde

Art. 17. A ação-chave Organização do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Identificação do Processo de Trabalho:

- a) identificação da história da saúde, das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, dos princípios do SUS e de desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde;
- b) identificação de oportunidades e de desafios na organização do trabalho nas redes de serviços de saúde, reconhecendo o conceito ampliado de saúde, no qual todos os cenários em que se produz

saúde são ambientes relevantes e neles se deve assumir e propiciar compromissos com a qualidade, integralidade e continuidade da atenção;

- c) utilização de diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e do modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais;
- d) incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças;
- e) trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde;
- f) participação na priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis; e
- g) abertura para opiniões diferentes e respeito à diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde.

II - Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção:

- a) participação em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas priorizados, visando melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde;
- b) apoio à criatividade e à inovação, na construção de planos de intervenção;
- c) participação na implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão, baseada em evidências científicas, na eficiência, na eficácia e na efetividade do trabalho em saúde; e
- d) participação na negociação e avaliação de metas para os planos de intervenção, considerando as políticas de saúde vigentes, os colegiados de gestão e de controle social.

Art. 18. A ação-chave Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Gerenciamento do Cuidado em Saúde:

- a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS;

- b) utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança; e
- c) favorecimento da articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.

II - Monitoramento de Planos e Avaliação do Trabalho em Saúde:

- a) participação em espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e sobre os planos de intervenção;
- b) monitoramento da realização de planos, identificando conquistas e dificuldades;
- c) avaliação do trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação;
- d) utilização dos resultados da avaliação para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante aprimoramento;
- e) formulação e recepção de críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho; e
- f) estímulo ao compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.

Seção III

Da Área de Competência de Educação em Saúde

Art. 19. A Área de Competência de Educação em Saúde estrutura-se em 3 (três) ações-chave:

- I - Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva;
- II - Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento; e
- III - Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos.

Subseção I

Da Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva

Art. 20. A ação-chave Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva comporta os seguintes desempenhos:

I - Estímulo à curiosidade e ao desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde; e

II - Identificação das necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um.

Subseção II

Da Ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento

Art. 21. A ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento comporta os seguintes desempenhos:

I - Postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática;

II - Escolha de estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas;

III - orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, 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; e

IV - Estímulo à construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada, participando da formação de futuros profissionais.

Subseção III

Da Ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos

Art. 22. A ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos comporta os seguintes desempenhos:

I - Utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações;

II - Análise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, famílias e responsáveis;

III - identificação da necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis; e

IV - Favorecimento ao 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.

CAPÍTULO III

DOS CONTEÚDOS CURRICULARES E DO PROJETO PEDAGÓGICO DO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando:

I - 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;

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

III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

IV - Compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado;

V - 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;

VI - Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental;

VII - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação

ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena; e

VIII - compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados e domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira, que seja, preferencialmente, uma língua franca.

Art. 24. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

§ 1º A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES);

§ 2º A carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina.

§ 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.

§ 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.

§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.

§ 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas.

§ 7º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

§ 8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado.

§ 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período.

§ 10. Para o estágio obrigatório em regime de internato do Curso de Graduação em Medicina, assim caracterizado no Projeto Pedagógico de Curso (PPC), a jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes.

§ 11. Nos estágios obrigatórios na área da saúde, quando configurar como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de compromisso sucessivos, não ultrapassando a duração do curso, sendo os termos de compromisso e respectivos planos de estágio atualizados ao final de cada período de 2 (dois) anos, adequando-se à evolução acadêmica do estudante.

Art. 25. O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá ser construído coletivamente, contemplando atividades complementares, e a IES deverá criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais ou a distância, como monitorias, estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em áreas afins.

Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno 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, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.

Art. 27. O Projeto Pedagógico que orientará o Curso de Graduação em Medicina deverá contribuir para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas e práticas nacionais e regionais, inseridas nos contextos internacionais e históricos, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade cultural.

Parágrafo único. O Currículo do Curso de Graduação em Medicina incluirá aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 28. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado de curso, que indicará sua modalidade e periodicidade.

Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

- I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde;
- II - Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão;
- III - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos;
- IV - Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnicoraciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais;
- V - Criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista;
- VI - Inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem;
- VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
- VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato;
- IX - Vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS;
- X - Promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e Inter profissional, coadunando problemas reais de saúde da população;

Art. 30. A implantação e desenvolvimento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina deverão ser acompanhadas, monitoradas e permanentemente avaliadas, em caráter sequencial e progressivo, a fim de acompanhar os processos e permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Art. 31. As avaliações dos estudantes basear-se-ão em conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCNs objeto desta Resolução.

Art. 32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido.

Art. 33. O Curso de Graduação em Medicina deverá constituir o Núcleo Docente Estruturante (NDE), atuante no processo de concepção, consolidação, avaliação e contínua atualização e aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso, com estrutura e funcionamento previstos, incluindo-se, dentre outros aspectos, atribuições acadêmicas de acompanhamento, em consonância com a Resolução CONAES nº 1, de 17 de junho de 2010.

Art. 34. O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Parágrafo único. A instituição deverá definir indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente, desenvolvido para o ensino de graduação e para as atividades docentes desenvolvidas na comunidade ou junto à rede de serviços do SUS.

Art. 35. Os Cursos de Graduação em Medicina deverão desenvolver ou fomentar a participação dos Profissionais da Rede de Saúde em programa permanente de formação e desenvolvimento, com vistas à melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e da qualidade da assistência à população, sendo este programa pactuado junto aos gestores municipais e estaduais de saúde nos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução.

§ 1º A avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo sua realização de âmbito nacional.

§ 2º A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino.

Art. 37. Os programas de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A determinação do caput é meta a ser implantada, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 38. Nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 39. Os cursos de Medicina em funcionamento terão o prazo de 1 (um) ano a partir da data de publicação desta Resolução para aplicação de suas determinações às turmas abertas após o início da sua vigência.

Art. 40. Os estudantes de graduação em Medicina matriculados antes da vigência desta Resolução têm o direito de concluir seu curso com base nas diretrizes anteriores, podendo optar pelas novas diretrizes, em acordo com suas respectivas instituições, e, neste caso, garantindo-se as adaptações necessárias aos princípios das novas diretrizes.

Art. 41. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CNE/CES nº 4, de 9 de novembro de 2001, e demais disposições em contrário.

ERASTO FORTES MENDONÇA

Em exercício

(DOU de 23/06/2014 - Seção I - p. 08)

ANEXO II

Currículo Integrado do Curso de Graduação em Medicina

COMPETÊNCIAS E SELEÇÃO DE CONTEÚDO

I) APRESENTAÇÃO

O presente documento trata-se de uma versão revisada da organização curricular do Curso de Medicina, com ênfase nas competências e na seleção de conteúdo em cada período. Foi o produto de uma construção coletiva que envolveu os múltiplos sujeitos partícipes da formação dos médicos no UNIFESO, finalizado em novembro de 2010 e revisitado em dezembro de 2015. Este documento tem por objetivo nortear a organização dos períodos e a elaboração das estratégias e ferramentas de ensino (como situações-problema, casos clínicos, instrutorias, dentre outros). Cabe ressaltar que, este documento, considerando o caráter flexível e mutante da vida, da ciência e, portanto, dos currículos, estará constantemente sendo revisitado e adequado às novas necessidades que se fizerem presentes.

Para elaboração desta versão do presente documento, o Núcleo Docente Estruturante (NDE) se baseou em quatro princípios:

(1) Os conteúdos essenciais previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, os quais estão explicitados no seu artigo 23, a saber:

Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando: I - 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; II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença; III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção; IV - compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado; V – 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; VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental; VII - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena; e VIII - compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados e domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira, que seja, preferencialmente, uma língua franca. [BRASIL, 2014]

(2) Os eventos prevalentes no trabalho em saúde e os conteúdos que guardam maior relação com a realidade de trabalho do médico.

(3) A abordagem interdisciplinar, que considera a utilização de vários pontos de vista com a finalidade cooperativa de construir um objeto teórico comum e a configuração de modos de trabalhar com encontros, diálogos e conexões entre os saberes (SCHRAMM, 2002; POMBO, 2005). A abordagem interdisciplinar visa propiciar importância equivalente para os determinantes da saúde e da doença, com indissociabilidade das bases biológicas, psíquicas, sociais e ecológicas.

(4) A espiral construtivista, que valoriza o trabalho coletivo, a produção de novas sínteses e significados, com a oportunidade de sequenciar o nível de aprofundamento cognitivo a partir do surgimento da mesma temática em momentos diferentes com exigências de complexidade crescente (LIMA, 2002).

II) ABERTURA

O currículo do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO atende aos pressupostos teóricos e legais acolhidos no Projeto Pedagógico do Curso e no Projeto Político Pedagógico Institucional do UNIFESO. Sua concepção está ancorada em quatro eixos gerais:

- (1) Semiologia Ampliada do Sujeito e da Coletividade;
- (2) Ética e Humanismo;
- (3) Construção/Produção do Conhecimento;
- (4) Gestão em Saúde;
- (5) Educação em Saúde;

A estrutura curricular integrada é organizada por ciclos vitais e apresentações clínicas, tendo como referencial a clínica ampliada (BRASIL, 2009). A formação do profissional é orientada por

competências (PERRENOUD, 1999; LIMA, 2005), com aumento progressivo da complexidade de reflexão/ação ao longo do curso, atendendo a conceituação de competência constante no artigo 8 das DCN de 2014.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS). [BRASL, 2014]

Com a terminalidade do Curso ao final de seis anos, a partir de um desempenho considerado satisfatório nas diversas atividades acadêmicas desenvolvidas, chegaremos à formação de um egresso cujo perfil é: um médico capaz de oferecer atenção integral e contínua aos problemas de saúde da população, com base na responsabilidade, na capacidade de comunicação interpessoal e de respeitar culturas diferentes, que permita um agir de forma ética, investigativa, crítica e reflexiva em interação com os serviços de saúde e com a comunidade.

III) ORGANIZAÇÃO CURRICULAR:

A organização curricular do Curso de Medicina do UNIFESO está embasada na concepção de currículo integrado.

A estruturação do currículo integrado se caracteriza por atividades interdisciplinares que buscam desenvolver competências através da interrelação dos conceitos e organização de atividades práticas que assegurem a aprendizagem significativa. O currículo integrado permite a integração, prática e “teoria”, a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações e a integração ensino-trabalho-cidadania, implicando em imediatas contribuições para usuários, serviços e comunidades.

Neste modelo de currículo, conhecimentos de formação geral e específicos para o exercício profissional também se integram. Um conceito específico não é abordado de forma técnica e instrumental, mas visando a compreendê-lo como construção histórico-cultural no processo de desenvolvimento da ciência com finalidades produtivas. Em razão disto, no currículo integrado nenhum conhecimento é só geral, posto que estrutura objetivos de produção, não somente específico, pois nenhum conceito apropriado produtivamente pode ser formulado ou compreendido desarticuladamente das ciências e das linguagens. (SANTOMÉ, 1998)

Do primeiro ao oitavo período, adotam-se metodologias ativas de ensino-aprendizagem, mais especificamente a aprendizagem baseada em problemas (ABP), onde parte-se de problemas ou situações simuladas que objetivam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais, com forte motivação prática e estímulo cognitivo para evocar as reflexões necessárias à busca de

adequadas escolhas e soluções criativas, podendo-se estabelecer uma aproximação à proposta educativa formulada por John Dewey (PENAFORTE, 2001). Conta com o suporte do laboratório de habilidades, onde se desenvolvem atividades cujo objetivo é o desenvolvimento de habilidades articuladas às atividades realizadas nos serviços de saúde.

Essas habilidades estão na área da comunicação e das destrezas manuais e sensitivas. Segundo Silva (2004), o treinamento em manequins e pacientes simulados é uma etapa que prepara o estudante, de forma mais adequada, para sua atuação com pacientes reais. Pari passo os estudantes estão inseridos no mundo do trabalho tendo como referencial central a integração ensino- trabalho-cidadania (IETC). O enunciado

“ensino” pressupõe a formação médica, a pesquisa e o protagonismo estudantil; enquanto a concepção de “trabalho” se refere à produção de cuidado nos serviços de saúde e em qualquer cenário de produção direta ou indireta da vida, onde haja espaço para atuação dos profissionais de saúde. Já o componente “cidadania” inclui, além da participação popular, o controle social e a preocupação com a formação ética e humanística do médico (CECCIM, 2009; ALBUQUERQUE, 2009). Neste contexto está amparada a Atenção à Saúde, a Gestão em Saúde e a Educação em Saúde, em consonância com as DCN 20/06/2014.

Em termos de disposição dos conteúdos e das competências ao longo do Curso, a matriz curricular é organizada em três blocos:

(1) Do primeiro ao quarto período:

O foco é a abordagem do processo saúde-doença a partir dos ciclos de vida (formação e concepção do ser humano; atenção à saúde na infância e adolescência e atenção à saúde do adulto e do idoso). A ênfase está nas bases biológicas e sociais dos processos que envolvem o desenvolvimento humano, a saúde e o adoecimento, sem o compromisso de esgotá-las, mas sim de produzir e organizar subsunçores para os blocos subsequentes e para a vida profissional. Nesses períodos, as atividades de IETC são realizadas em cenários relacionados à atenção básica.

(2) Do quinto ao oitavo período:

São trabalhadas as apresentações clínicas, clínicas-cirúrgicas e da saúde mental, de maior prevalência nos ciclos vitais, contemplando conceito, epidemiologia, patogênese, fisiopatologia, história natural da doença, propedêutica semiológica, propedêutica diagnóstica armada e não armada, diagnóstico diferencial, plano terapêutico, aspectos psicológicos, éticos e legais, acompanhamento de indicador de qualidade e prognóstico, considerando dessa forma o cuidado em saúde e as bases da prática da medicina baseada em evidências. Nesses períodos, as atividades de IETC são realizadas em cenários relacionados à atenção secundária e hospitalar.

(3) Do nono ao décimo segundo período:

Acontece o internato, onde os estudantes atuam nas grandes áreas básicas: Saúde Coletiva*, Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia-Obstetrícia, Saúde Mental* e Urgência e Emergência, passando por serviços de variada complexidade, considerando a proposta de aprendizagem/atuação prática centrada no usuário, a ser visto como sujeito autônomo e foco das ações de cuidado do médico no contexto mais ampliado da equipe de saúde. Neste bloco está previsto o desenvolvimento das competências essenciais para o exercício profissional e as atividades práticas (IETC) acontecem na atenção básica, secundária e hospitalar.

*OBS.: Estas áreas encontram-se em reestruturação curricular

As exposições mencionadas até aqui podem ser consolidadas e resumidas no quadro 01:

Quadro 01: Consolidado resumido do foco, das estratégias/dispositivos e dos cenários para desenvolvimento teórico-prático na formação médica, segundo currículo do UNIFESO.

Período	1º ao 4º	5º ao 8º	9º ao 10º
Unidade educacional	Bases do processo de saúde-doença por ciclo de vida.	Apresentações clínicas por ciclo de vida.	Internato médico (Desenvolvimento de competências para o exercício profissional).
Estratégias e dispositivos para o desenvolvimento teórico	Situações-problema Conferências Instrutorias Consultorias	Situações- problema Casos clínicos Conferências Instrutorias Consultorias	Casos clínicos Narrativas da prática Instrutorias Consultorias
Estratégias e dispositivos para o desenvolvimento da prática	IETC Instrutorias Consultorias	IETC Instrutorias Consultoria	Treinamento em serviço (mantendo-se a lógica do conceito de IETC) Instrutorias Consultorias
Cenários de prática	Atenção Básica LH LCS	Atenção Secundária Hospital LH LCS	Atenção Básica/ Atenção Secundária Hospital LH LCS

IV) SELEÇÃO DE CONTEÚDOS E COMPETÊNCIAS POR PERÍODO

Bloco do 1º ao 4º período

Bases do Processo de Saúde-Doença por Ciclo de Vida.

1º PERÍODO

CICLO DE VIDA – CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO DO SER E DESENVOLVIMENTO ATÉ 1ª INFÂNCIA

A) UNIDADE EDUCACIONAL

- (1) Fundamentos morfofuncionais do sistema nervoso, dos membros torácicos e pélvicos, do sistema genital masculino e feminino, dos órgãos linfóides, do sistema imune.
- (2) Fisiologia da concepção e da gravidez
- (3) Biologia celular básica, embriogênese e marcos do desenvolvimento até a primeira infância.
- (4) Atendimento pré-hospitalar.
- (5) Reconhecimento dos determinantes sociais de saúde e aspectos psicológicos do ciclo de vida.

B) COMPETÊNCIAS A SEREM CONSTRUÍDAS NO 1º PERÍODO

(1) Compreender as bases moleculares e celulares dos processos normais das estruturas e função dos tecidos, órgãos, do sistema nervoso e do sistema genital masculino e feminino, da concepção e dos membros torácicos e pélvicos:

- i. Bases celulares, genéticas e embriológicas. Os quatro tecidos fundamentais e diferenciação.
 - Bases moleculares e celulares da embriogênese até a 12ª semana.
 - Biologia celular básica.
 - Estrutura e funcionamento dos genes e cromossomos;
 - Composição e estrutura do DNA;
 - Replicação do DNA, transcrição e tradução;
 - Estrutura dos genes e genoma;
 - Ciclo celular e código genético;
 - Conceito de genótipo e fenótipo; - Conceito de herança; ii. Anatomia funcional e histologia dos membros torácicos e pélvicos. - Introdução ao Sistema osteo-articular superior e inferior; iii. Anatomia e histologia do sistema genital feminino e masculino. iv. Fundamentos morfofuncionais do Sistema Nervoso.

- Neurônio (Morfologia e função);
- Sinapse (Tipo, função e neurotransmissores envolvidos);
- Desenvolvimento do sistema nervoso;
- Placa neural
- Indução neuronal
- Proliferação neuronal
- Migração neuronal
- Organização neuronal;
- Diferenciação neuronal
- Formação de padrões específicos de conexões
- Morte neuronal e eliminação seletiva das sinapses
- Mielinização neuronal;
- Apresentação das Divisões Anatômica e Funcional do Sistema Nervoso;
- Apresentação da Divisão Anatômica do Sistema Nervoso;
- Crânio e vértebras.
- Encéfalo (Cérebro, Cerebelo e Tronco Encefálico).
- Apresentação do Polígono de Willis.
- Anatomia aplicada.
- Cérebro
 - Apresentação
 - Ontogênese
 - Hemisférios
 - Dominância Hemisférica – Conceito
 - Lobos (Divisão, localização, função e anatomia aplicada).
 - Córtex Cerebral (Localização, função e anatomia aplicada).
 - Núcleos da Base (Divisão, localização, função e anatomia aplicada).

- Diencéfalo
 - Tálamo (Localização, função e anatomia aplicada).
 - Hipotálamo (Localização, função e anatomia aplicada).
 - Cerebelo (Ontogênese, localização, função e anatomia aplicada).

- Tronco Cerebral
 - Mesencéfalo (Localização, função e anatomia aplicada).
 - Ponte (Localização, função e anatomia aplicada).
 - Bulbo (Localização, função e anatomia aplicada).
 - Medula (Divisão, localização, função e anatomia aplicada).
 - Meninges (Folhetos, localização, função e anatomia aplicada).
 - Líquor (Função, produção, absorção, circulação e anatomia aplicada).
 - Apresentação das Vias Descendentes da Medula
 - Sistema Piramidal
 - Sistema Extrapiramidal
 - Apresentação das Vias Ascendentes da Medula
 - Dor
 - Temperatura
 - Sensibilidade vibratória
 - Propriocepção
 - Pressão
 - Tato
 - Apresentação das Vias e Estruturas responsáveis pelo Equilíbrio
 - Apresentação das Vias e Estruturas responsáveis pela Coordenação Motora
 - Apresentação das Vias e Estruturas responsáveis pelo Tono
 - Apresentação das Vias dos Reflexos Medulares
 - Fundamentos morfofuncionais do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal

v. Bases fisiológicas e bioquímicas

- Estrutura e classificação dos aminoácidos, proteínas e proteínas plasmáticas.
- Receptores celulares (conceituação, classificação e estrutura química).
- Hormônios envolvidos na concepção (conceituação, estrutura química e mecanismo de ação).
- Aspectos bioquímicos das relações entre hormônio e receptor.
- Fisiologia da regulação do eixo hipotálamo-hipófise-gônada.
- Fisiologia do ciclo menstrual e concepção.
- Fisiologia da gravidez.
- Fisiologia da lactação. vi. Bases microbiológicas e imunológicas

- Conceito de imunidade
- Ontogênese linfóide
- Anatomia funcional e histologia dos órgãos linfóides
- Fundamentos de Imunologia com ênfase na imunização.
- Fundamentos da imunização e caracterização dos imunobiológicos. vii. Marcos do desenvolvimento até a 1ª infância e períodos/etapas do desenvolvimento
- Período pré-natal – da concepção ao nascimento;
- Período neonatal - 0 aos 28 dias de vida;
- Primeira infância – o lactente de 29 dias a 02 anos exclusive.

(2) Compreender as bases sociais, culturais, comportamentais, psíquicas, ecológicas, éticas e legais do processo saúde-doença relacionadas à concepção e formação do ser e ao desenvolvimento da 1ª infância.

(3) Ser capaz de prestar Atendimento pré-hospitalar de emergência.

- i. ABCD do atendimento pré-hospitalar (APH).
- ii. Biossegurança.

(4) Gestão em saúde:

- i. Conhecer os modelos de atenção em saúde no Brasil e no mundo.

- ii. Conhecer os fundamentos teóricos da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF).
- iii. Conhecer os principais indicadores de saúde e sua aplicabilidade.
- iv. Conhecer a conceituação e principais políticas públicas de saúde no Brasil relacionadas à concepção e formação do ser e ao desenvolvimento da primeira infância
- v. Desenvolver a capacidade de comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TIC), para interação à distância e acesso a bases remotas de dados; (adaptada das DCN/2014).
- vi. Desenvolver a capacidade de liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade (adaptada das DCN/2014).
- vii. Desenvolver a capacidade de Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde (adaptada das DCN/2014).

(5) Educação em Saúde

- i. Compreender e desenvolver a capacidade de corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, com autonomia intelectual e responsabilidade social; (adaptada das DCN/2014).
- ii. Aprender a aprender como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes; (adaptada das DCN/2014).
- iii. Aprender *interprofissionalmente*, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde; (adaptada das DCN/2014).
- iv. Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico; (adaptada das DCN/2014).

v. Envolver-se em ensino, pesquisa e extensão, observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde; (adaptada das DCN/2014).

vi. Construir / aprimorar o domínio em língua estrangeira, preferencialmente a língua franca, de forma a ser capaz de manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil. (Adaptada das DCN/2014).

C) HABILIDADES ESPECÍFICAS DO 1º PERÍODO

Desenvolvidas no Laboratório de Habilidades (LH), utilizando manequins, modelos vivos, pacientes simulados e dramatização.

i. Lavagem da mão ii. Higienização oral iii.

Técnica de Glicemia capilar iv. Técnica de

curativo – apresentação do instrumental

v. Grande Acidente

vi. Aferição de sinais vitais vii. Aferição de medidas

antropométricas em crianças viii. Registros na Caderneta da

Criança ix. Administração de medicamentos e imunobiológicos

por via intramuscular

x. Simulação de entrevista e de visita

domiciliar xi. Suporte Básico de Vida

2º PERÍODO

CICLO DE VIDA – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO

ADOLESCENTE A) UNIDADE EDUCACIONAL:

(1) Fundamentos morfofuncionais dos sistemas respiratório, cardiovascular, digestório, nervoso, locomotor, ocular, auditivo, linfático, imune e endócrino.

(2) Fisiologia do crescimento e desenvolvimento (2ª infância até a adolescência).

(3) Políticas públicas voltadas à infância e à adolescência.

(4) Aspectos psicológicos no ciclo de vida.

B) COMPETÊNCIAS A SEREM CONSTRUÍDAS NO DO 2º PERÍODO:

(1) Conhecer as bases moleculares e celulares dos processos normais das estruturas e função dos tecidos, órgãos e dos sistemas locomotor, linfático, cardiorrespiratório, digestório, endócrino e nervoso:

i. Fundamentos morfofuncionais do sistema cardiovascular

- Anatomia topográfica e histologia do sistema cardiovascular
- Biofísica cardiovascular
- Potencial de membrana e bombas celulares.
- Potencial de ação da fibra muscular cardíaca e bomba sódio- potássio.
- Ciclo cardíaco
- Oxidínâmica
- Eletrofisiologia
- Pressão Arterial
- Circulação Sistêmica e Pulmonar
- Microcirculação
- Controle da circulação encefálica ii. Fundamentos morfofuncionais do Sistema

Respiratório

- Anatomia topográfica e histologia do sistema respiratório
- Fisiologia respiratória
- Mecânica respiratória
- Trocas gasosas
- Volumes e capacidades pulmonares
- Biofísica da respiração
- Gases
- pH, tampão, equilíbrio ácido-básico.
- Ventilação/perfusão

- Transporte de gases iii. Fundamentos morfofuncionais do Sistema Imune
- Tipos de resposta imune iv. Fundamentos morfofuncionais do Sistema Linfático
- Apresentação do Sistema Linfático
- v. Fundamentos morfofuncionais do sistema digestório.
 - Anatomia topográfica e histologia do sistema digestório - Princípios gerais da motricidade digestiva. vi. Fundamentos morfofuncionais do sistema locomotor.
 - Biofísica e bioquímica da contração muscular
 - Junção neuromuscular vii. Fundamentos morfofuncionais do Sistema Nervoso
 - Fundamentos morfofuncionais do Sistema Nervoso Periférico
 - Raízes
 - Gânglios
 - Plexos
 - Nervos cranianos e espinhais
 - Fundamentos morfofuncionais do tronco encefálico
 - Apresentação dos Pares cranianos
 - Fundamentos da Divisão funcional do Sistema Nervoso
 - Sistema nervoso somático
 - Sistema nervoso autônomo
 - Fundamentos morfofuncionais dos Sentidos
 - Audição
 - o Sistema Auditivo: orelha externa, média e interna.
 - o Pares cranianos envolvidos na audição o
 - Fisiologia da audição
- Visão

- o Anatomia e histologia do olho o Pares cranianos envolvidos nos movimentos oculares o Fisiologia da visão (Central e Periférica)
 - Olfato
- o Anatomia e histologia o Pares cranianos envolvidos o Fisiologia do olfato
 - Tato
- o Anatomia e histologia o Fisiologia do tato o Vias sensitivas
 - Paladar
- o Anatomia e histologia do aparelho gustativo o Pares cranianos o Fisiologia do paladar
 - Fundamentos da Fisiologia do Equilíbrio, Coordenação, Marcha e Tono muscular.
 - Apresentação das Vias dos Reflexos Autonômicos
 - Fundamentos da Fisiologia dos Movimentos
 - Volitivos
 - Automáticos
 - Reflexos
 - Fundamentos Morfofuncionais do Sistema Límbico
 - Localização
 - Função
 - Anatomia aplicada
 - Fundamentos do desenvolvimento neuropsicomotor
 - Morte neuronal e eliminação seletiva das sinapses – a partir da segunda infância
 - Mielinização neuronal – a partir da segunda infância
 - Desenvolvimento processo de aprendizagem infantil – a partir da segunda infância

- Processo de cognição, linguagem e percepção espacial.
- Atenção e execução
- Memória (Conceito, memória de curto prazo e longo prazo, consolidação e armazenamento).
- Fundamentos morfofuncionais do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal- gonadal.
- Fisiologia da regulação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal- gonadal.
- Hormônios envolvidos na adrenarca o Conceituação o Estrutura química o Mecanismo de ação - Hormônios gonadais o Conceituação o Estrutura química o Mecanismo de ação
- Fisiologia da contracepção viii. 2ª Infância (02 a 07 anos):
- Fisiologia do crescimento e desenvolvimento;
- Crescimento somático;
- Desenvolvimento linfóide (órgãos linfóides: linfonodos, tonsilas, placas de Peyer e baço);
- Desenvolvimento neuropsicomotor: mundo mágico, coordenação motora, e aprendizagem infantil; - Alimentação para o pré-escolar e escolar;
- Imunização;
- ix. 3ª infância (07 a 10 anos):
- Fisiologia do crescimento e desenvolvimento;
- Crescimento somático;
- Transtorno mental da infância (2ª poda neural);
- Imunização.
- x. Adolescência:
- Fase pré-puberal
- Estirão puberal
- Ação do Hormônio de Crescimento (GH) e Somatomedina C (IGF-1) nos ossos longos;

- Hormônios tireoidianos e hormônios sexuais;
- Escala de Tanner;
- Fase puberal;
- Fase pós-puberal;
- Imunização.

(2) conhecer as bases sociais, culturais, comportamentais, psíquicas, ecológicas, éticas e legais do processo saúde-doença na criança e no adolescente.

- i. Acidentes e violência doméstica.
- ii. Desenvolvimento da moral, aspectos relevantes da confidencialidade na assistência à saúde do adolescente, participação e controle social, sexualidade humana e aspectos bioéticos da contracepção.
- iii. Conceitos de família (Tipos de família)

(3) Gestão em saúde

- i. Reconhecer os modelos de atenção em saúde no Brasil e no mundo.
- ii. Reconhecer os fundamentos teóricos da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF).
- iii. Reconhecer os principais indicadores de saúde e sua aplicabilidade.
- iv. Conhecer as principais políticas públicas de saúde no Brasil relacionadas à infância e adolescência.
- v. Desenvolver a capacidade de comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TIC), para interação à distância e acesso a bases remotas de dados; (Adaptada das DCN/2014).
- vi. Desenvolver a capacidade de liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade. (Adaptada das DCN/2014).
- vii. Desenvolver a capacidade de Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde. (Adaptada das DCN/2014).

(4) Educação em Saúde

- i. Compreender e desenvolver a capacidade de corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, com autonomia intelectual e responsabilidade social; (Adaptada das DCN/2014).
- ii. Aprender a aprender como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes; (Adaptada das DCN/2014).
- iii. Aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde; (Adaptada das DCN/2014).
- iv. Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico; (Adaptada das DCN/2014).
- v. Envolver-se em ensino, pesquisa e extensão, observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde; (Adaptada das DCN/2014).
- vi. Construir/ aprimorar o domínio em língua estrangeira, preferencialmente a língua franca, de forma a ser capaz de manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil. (Adaptada das DCN/2014).

C) HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO 2º PERÍODO:

Desenvolvidas no Laboratório de Habilidades (LH), utilizando manequins, modelos vivos, pacientes simulados e dramatização.

- i. Introdução às Técnicas de Entrevista; ii.

Peculiaridades da entrevista com adolescentes

- iii. Exame físico

- Inspeção;
- Exame da cabeça;
- Exame do pescoço;
- Otoscopia

- iv. Aferição da acuidade visual em ambiente escolar
- v. Métodos de utilização de contraceptivos de barreira masculino e feminino
- vi. Técnica de escovação e higiene bucal
- vii. Técnica de injeção subcutânea e intradérmica
- viii. Técnica de curativo
- ix. Técnica de acesso arterial

D) HABILIDADES DESENVOLVIDAS NOS LABORATÓRIOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (LCS) E NO CCBD PERTINENTES AO PERÍODO:

- i. Elaboração de texto acadêmico
 - ii. Busca manual e online de referências para estudo e pesquisa
 - iii. Leitura crítica de artigo científico
 - iv. Pesquisa em banco de dados (em especial os disponíveis pelo MS)
- 3º PERÍODO**

CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA E ENVELHECIMENTO. A) UNIDADE EDUCACIONAL:

- (1) Histologia da pele e anexos;
- (2) Fundamentos morfofuncionais do aparelho urinário, do fígado e do pâncreas exócrino;
- (3) Fisiologia do processo digestório;
- (4) Histologia e bioquímica do sistema hematopoiético;
- (5) Mecanismo molecular e fisiológico da dor e da regulação da temperatura corporal
- (6) Metabolismo lipídico, dislipidemia e arterosclerose;
- (7) Noções básicas sobre o aparelho psíquico;
- (8) Avaliação anatomotopográfica dos órgãos através de exames de imagem.
- (9) Princípios de farmacologia.
- (10) Fundamentos do processo da senescência e do envelhecimento.
- (11) Trabalho como determinante social de saúde.
- (12) Políticas públicas para a saúde do trabalhador e do idoso, incluindo os indicadores de saúde.

(13) Aspectos psicológicos do ciclo de vida.

B) COMPETÊNCIAS A SEREM CONSTRUÍDAS NO 3º PERÍODO:

(1) conhecer as bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função, dos tecidos, órgãos e dos sistemas tegumentar, locomotor, cardiovascular, digestório, genitourinário, hematopoiético, imunológico, nervoso e endócrino.

i. Pele e anexos -

Histologia; -

Histopatologia; ii.

Sistema Nervoso Central

- Regulação da temperatura corporal
- Semiologia da dor;
- Neurotransmissores;

iii. Sistema cardiovascular

- Princípios biofísicos na formação da imagem radiológica.
- Incidências radiológicas e anátomo-radiológicas do tórax
- Hipertensão arterial
- Conceito
- Bases moleculares e genéticas
- Patogênese e teorias explicativas da interação entre a fisiologia cardiorrespiratória, renal, endócrina e neural.

iv. Sistema digestório

- Estrutura e classificação das enzimas envolvidas no sistema digestório.
- Fisiologia do processo digestório.
- Fígado
- Anatomia e histologia;
- Fisiologia;
- Metabolismo hepático;

- Cascata da coagulação;
 - Pâncreas exógeno e vias biliares
 - Anatomia funcional;
 - Histologia;
 - Avaliação anatomotopográfica por exames de imagem
- v. Sistema urinário
- Anatomia e histologia;
 - Fisiologia renal – água e eletrólitos, biofísica renal, filtração, osmolaridade, equilíbrio ácido-básico.
 - Avaliação anatomotopográfica por exames de imagem
- vi. Sistema locomotor
- Anatomia funcional das articulações da cintura escapular e membros superiores
 - Anatomia funcional das articulações da cintura pélvica e membros inferiores
 - Anatomia funcional da coluna vertebral (cervical, torácica, lombar).
 - Avaliação anatomotopográfica através de exames de imagem.
- vii. Sistema hematopoiético
- Histologia;
 - Fisiologia;
 - Bioquímica; - Hemograma
- viii. Sistema vascular
- Anatomia e histologia dos vasos
 - Lipídeos complexos, transporte e armazenamento dos lipídeos e metabolismo dos ácidos graxos.
 - Dislipidemia (conceito, patogênese e fisiopatologia).
 - Arteriosclerose e aterosclerose
 - Marcadores laboratoriais (lipidograma, PCR, fibrinogênio e lipoproteínas).

- Marcadores de imagem (ultrassom e Doppler). ix. Sistema endócrino
 - Obesidade
 - Conceito
 - Epidemiologia
 - Bases moleculares e genéticas
 - Patogênese e fisiopatologia.
- x. Funções psíquicas
- Aparelho Psíquico
 - Conceito e teorias explicativas
 - Bases bioquímicas e moleculares da saúde mental xi. Senescência e envelhecimento:
- Conceito de senescência e envelhecimento.
 - Teorias explicativas para o envelhecimento.
 - Bases biológicas do envelhecimento
 - Alterações imunológicas
 - Imunização no idoso
 - Correlações do envelhecimento cerebral através de exames de imagem.
 - Memória
 - Tipos;
 - Bases moleculares;
 - Distúrbios de memória e esquecimentos benignos; xii. Saúde e trabalho
 - Correlações de atividade e ambiente de trabalho com a saúde.
 - Agravos na Saúde Oacionados pelo Trabalho
 - LER/ DORT;
 - Modelo da síndrome do túnel do carpo e cervicobraquialgia

o Conceito; o Epidemiologia; o

Propedêutica semiológica o Avaliação anatopográfica

através de exames de imagem

(3) Compreender as bases sociais, culturais, comportamentais, psíquicas, ecológicas, éticas e legais do processo saúde-doença na vida adulta e no envelhecimento.

i. Conceito de trabalho

ii. Tipos de trabalho iii. Aposentadoria

por tempo de serviço. iv. Repercussões

sociais e emocionais da aposentadoria.

v. Aspectos sociais, emocionais e psicológicos do envelhecimento.

(4) Gestão em saúde (voltadas ao trabalhador e ao idoso):

i. Reconhecer os modelos de atenção em saúde no Brasil e no mundo.

ii. Reconhecer os fundamentos teóricos da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF).

iii. Reconhecer os principais indicadores de saúde e sua aplicabilidade. iv. Conhecer as principais políticas públicas de saúde no Brasil relacionadas ao Idoso e ao Trabalho.

v. Desenvolver a capacidade de comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TIC), para interação à distância e acesso a bases remotas de dados. (Adaptada das DCN/2014).

vi. Desenvolver a capacidade de liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade. (Adaptada das DCN/2014).

vii. Desenvolver a capacidade de Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde. (Adaptada das DCN/2014).

(5) Educação em Saúde

- i. Compreender e desenvolver a capacidade de corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, com autonomia intelectual e responsabilidade social (Adaptada das DCN/2014).
- ii. Aprender a aprender como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes (Adaptada das DCN/2014).
- iii. Aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde (Adaptada das DCN/2014).
- iv. Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico (Adaptada das DCN/2014).
- v. Envolver-se em ensino, pesquisa e extensão, observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde (Adaptada das DCN/2014).
- vi. Construir/ aprimorar o domínio em língua estrangeira, preferencialmente a língua franca, de forma a ser capaz de manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil (Adaptada das DCN/2014).

C) HABILIDADES A SEREM CONSTRUÍDAS NO 3º PERÍODO:

Desenvolvidas no Laboratório de Habilidades (LH), utilizando manequins, modelos vivos, pacientes simulados e dramatização.

- i. Coleta de sangue venoso.
- ii. Coleta de Hemocultura iii.

Realização de eletrocardiograma

- iv. Técnica de Entrevista
- v. Anamnese do idoso; vi.

Exame do abdômen vii.

Exame do aparelho locomotor viii.

Realização do ECG ix. Medidas

antropométricas no adulto

D) HABILIDADES DESENVOLVIDAS NOS LABORATÓRIOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (LCS) E NO CCBD PERTINENTES AO PERÍODO:

i. Elaboração de texto acadêmico ii. Busca manual

e online de referências para estudo e pesquisa iii.

Leitura crítica de artigo científica

iv. Pesquisa em banco de dados (em especial os disponíveis pelo MS)

4º PERÍODO

CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA, ENVELHECIMENTO, FINITUDE E MORTE. A) UNIDADE EDUCACIONAL:

(1) Fisiopatologia e propedêutica semiológica das doenças crônicas, das doenças infecciosas, de maior prevalência.

(2) Fundamentos do processo saúde-doença em seus múltiplos determinantes, com ênfase nos processos patológicos gerais.

(3) Fundamentos dos processos de senescência, do envelhecimento, da finitude e da morte;

(4) Aspectos emocionais do ciclo de vida.

B) COMPETÊNCIAS A SEREM CONSTRUÍDAS NO 4º PERÍODO:

(1) Compreender as bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função, dos tecidos, órgãos e dos sistemas:

i. Sistema imunológico

- Imunidade Celular e Humoral

- Anafilaxia (Anti-Histamínicos corticosteróides) ii. Sistema endócrino

- Pâncreas endócrino

- Hormônios envolvidos na regulação e contra regulação da glicemia

(2) Compreender os mecanismos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos das doenças transmissíveis e não transmissíveis. Compreender os aspectos sociais e emocionais no processo saúdedoença, considerando as doenças e agravos agudos e crônicos.

i. Diabetes mellitus

- Conceito;
- Tipos;
- Epidemiologia;
- Bases bioquímicas do metabolismo da glicose; hormônios pancreáticos e gastrointestinais;
- Patogênese e fisiopatologia do diabetes tipo 1 e do tipo 2;
- Semiologia do diabetes tipo 2;
- Diagnóstico clínico laboratorial do diabetes tipo 2.
- Plano terapêutico no diabetes tipo 2 (mudança no estilo de vida, grupos farmacológicos, mecanismo de ação dos antidiabéticos o r a i s e da insulina);
- Acompanhamento do diabetes tipo 2 (indicadores de qualidade: hemoglobina glicada, colesterol LDL e triglicerídeos);
- Aspectos sociais e emocionais envolvendo os portadores e sua família/ cuidadores ii.

Hipertensão Arterial Sistêmica Primária

- Patogênese;
- Fisiopatologia;
- Epidemiologia;
- Semiologia
- Plano terapêutico: mudança no estilo de vida, grupos farmacológicos (mecanismo de ação dos antihipertensivos);
- Acompanhamento: indicador de qualidade e pesquisa de lesão de órgão alvo; -
- Aspectos sociais e emocionais envolvendo os portadores e sua família/ cuidadores iii.

Síndrome Metabólica

- Conceito;

- Epidemiologia;
 - Fisiopatologia;
 - Semiologia;
 - Diagnóstico;
 - Plano de cuidado: mudança no estilo de vida, sensibilizadores de insulina; iv.
- Tuberculose
- Conceito;
 - Epidemiologia;
 - Notificação;
 - Patogênese;
 - Fisiopatologia;
 - Semiologia;
 - Diagnóstico clínico, laboratorial e radiológico da tuberculose;
 - Mecanismo de ação das drogas de esquema do protocolo de tratamento do MS; - Aspectos sociais e emocionais envolvendo os portadores e sua família/ cuidadores

v. AIDS

- Conceito, epidemiologia, notificação, patogênese, fisiopatologia e semiologia.
- Principais infecções oportunistas.
- Mecanismo de ação das drogas antivirais de esquema do protocolo de tratamento do MS
- Diagnóstico clínico e laboratorial
- Mecanismo de ação das drogas antifúngicas.
- Aspectos sociais e emocionais envolvendo os portadores e sua família/
- Delirium
- Conceito;
- Epidemiologia

- Semiologia
 - Teorias sobre a patogênese;
 - Mecanismo de ação das drogas adotadas no tratamento;
 - Transtornos da Ansiedade
 - Tipos;
 - Epidemiologia
 - Semiologia
 - Diferenciação com ansiedade;
 - Mecanismo de ação das drogas adotadas no tratamento;
 - Depressão/violência auto infligida
 - Conceito;
 - Epidemiologia
 - Semiologia
 - Teorias sobre a patogênese;
 - Mecanismo de ação das drogas adotadas no tratamento;
 - Intoxicação aguda por organofosforado na tentativa de suicídio
- viii. Finitude e morte
- Apoptose celular.
- (3) Bases sociais, culturais, comportamentais, psíquicas, ecológicas, éticas e legais do processo saúde-doença na vida adulta e no envelhecimento (na produção de cuidado às doenças crônicas e transmissíveis) e na morte.
 - (4) Compreender as bases sociais, culturais, comportamentais, psíquicas, ecológicas, éticas e legais do processo saúde-doença na vida adulta e no envelhecimento, e na produção de cuidado às doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis.
 - (5) Acompanhamento das doenças crônicas: compreender os fatores culturais, socioeconômicos, e psicológicos dificultadores na adesão ao tratamento.

(6) Compreender Aspectos bioéticos (confidencialidade) no atendimento médico às doenças e agravos.

(7) Compreensão e domínio da propedêutica médica abordando a técnica da realização da anamnese e exame físico.

(8) Gestão em saúde:

i. Reconhecer os modelos de atenção em saúde no Brasil e no mundo ii.

Reconhecer os fundamentos teóricos da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família

iii. Reconhecer os principais indicadores de saúde e sua aplicabilidade.

iv. Conhecer as principais políticas públicas de saúde no Brasil relacionado à Saúde Mental, Saúde do Adulto, do Idoso.

v. Desenvolver a capacidade de comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TIC), para interação à distância e acesso a bases remotas de dados; (Adaptada das DCN/2014).

vi. Desenvolver a capacidade de liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade (Adaptada das DCN/2014).

vii. Desenvolver a capacidade de Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde (Adaptada das DCN/2014).

viii. Desenvolver a capacidade da gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos (Adaptada das DCN/2014).

ix. Desenvolver a capacidade de Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões (Adaptada das DCN/2014).

(6) Educação em Saúde

- i. Compreender e desenvolver a capacidade de corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, com autonomia intelectual e responsabilidade social; (Adaptada das DCN/2014).
- ii. Aprender a aprender como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes; (Adaptada das DCN/2014).
- iii. Aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde (Adaptada das DCN/2014).
- iv. Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico; (Adaptada das DCN/2014).
- v. Envolver-se em ensino, pesquisa e extensão, observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde; (Adaptada das DCN/2014).
- vi. Construir/ aprimorar o domínio em língua estrangeira, preferencialmente a língua franca, de forma a ser capaz de manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil. (Adaptada das DCN/2014).

C) HABILIDADES A SEREM CONSTRUÍDAS NO 4º PERÍODO:

Desenvolvidas no Laboratório de Habilidades (LH), utilizando manequins, modelos vivos, pacientes simulados e dramatização.

i. Técnica de Entrevista ii.

Técnica da Consulta Médica iii.

Realização da História Clínica: -

Desenvolver a capacidade de

estabelecer relação profissional

ética no contato com as pessoas a

quem o estudante está

partilhando o cuidado, bem como

os familiares ou responsáveis;

- Desenvolver a capacidade de orientar o atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;
- Desenvolver a capacidade da utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sócio familiares, assegurando a privacidade e o conforto;
- Desenvolver o favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;
- Desenvolver a capacidade de identificar os motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença;
- Desenvolver a capacidade da orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;
- Desenvolver a capacidade da investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares. iv. Realização do Exame Físico:
- Esclarecer sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa a quem está compartilhando o cuidado, bem como / ou ao responsável;
- Dispende cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa a quem está compartilhando o cuidado;
- Desenvolver postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência;

- Desenvolver a capacidade de esclarecer, à pessoa a quem compartilha o cuidado ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados.

v. Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas:

- Desenvolver a capacidade de estabelecer hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;

- Desenvolver a capacidade de prognosticar os problemas da pessoa a quem compartilha o cuidado, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;

- Desenvolver a capacidade de informar e esclarecer as hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa a quem compartilha o cuidado, bem como os familiares e responsáveis;

- Desenvolver a capacidade de compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano. vi. Promoção de Investigação Diagnóstica:

- Desenvolver a capacidade de solicitar exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários;

- Desenvolver a capacidade da avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;

- Desenvolver a capacidade da interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa a quem compartilha o cuidado.

vii. Súmula psiquiátrica viii. Exame neurológico (motricidade e

sensibilidade; pares cranianos). ix. Exame do pé diabético segundo o

Consenso Internacional do Pé Diabético.

x. Exame do aparelho respiratório (fisiológico e patológico).

xi. Exame do precórdio (fisiológico e patológico). xii.

Fundoscopia (foco: fundo de olho normal, em diabetes e hipertensão arterial).

D) HABILIDADES DESENVOLVIDAS NOS LABORATÓRIOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (LCS) E NO CCBD PERTINENTES AO PERÍODO:

- i. Elaboração de texto acadêmico
- ii. Busca manual e online de referências para estudo e pesquisa
- iii. Leitura crítica de artigo científico
- iv. Pesquisa em banco de dados (em especial os disponíveis pelo MS)

V) COMPETÊNCIAS GERAIS A SEREM DESENVOLVIDAS NAS ATIVIDADES DE IETC BLOCO DO 1º AO 4º PERÍODO:

As atividades de integração ensino-trabalho-cidadania (IETC) do 1º ao 4º período se desenvolvem a partir da inserção dos estudantes na Atenção Primária de Saúde (APS). A APS se configura como um espaço de aprendizagem propiciando a defesa dos princípios da atenção integral, do vínculo, da responsabilização, do trabalho multidisciplinar em uma concepção de saúde mais complexa.

As atividades de IETC na APS devem ser orientadas pelas demandas de cuidados das pessoas e pelas competências previstas para formação médica, considerando que se estabeleça uma complexidade crescente para atuação dos estudantes ao longo dos períodos.

AS COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS DURANTE AS ATIVIDADES DE IETC NA APS SÃO:

- i. Produzir planos de cuidados médicos baseados nas necessidades dos indivíduos e das coletividades (considerando a intersetorialidade para dar conta de situações de saúde decorrentes de condições de saneamento básico, moradia e violência urbana), assim como a promoção de saúde, a prevenção, o tratamento das doenças e a reabilitação.
- ii. Acompanhar as pessoas em todas as fases do ciclo de vida, considerando o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a identificação e a resolução de problemas reais e potenciais.
- iii. Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades individuais e coletivas.

VI) SELEÇÃO DE CONTEÚDOS E COMPETÊNCIAS POR PERÍODO

Bloco do 5º ao 8º período

Apresentações Clínicas por Ciclo de Vida.

5º PERÍODO

CICLO DE VIDA – SAÚDE DA MULHER

A) UNIDADE EDUCACIONAL:

- (1) Apresentações clínico-cirúrgicas de maior prevalência na mulher
- (2) Fundamentos do processo saúde-doença em seus múltiplos determinantes, com ênfase na saúde da mulher.
- (3) Fundamentos da bioestatística e da metodologia da pesquisa.
- (4) Fundamentos éticos da relação médico- paciente.
- (5) Aspectos psicológicos do ciclo de vida.

B) COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS NO 5º PERÍODO:

- (1) Compreender as bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função, dos tecidos e órgãos, sistemas e aparelhos relacionados com a saúde da mulher.
- (2) Compreender o acompanhamento das doenças agudas e crônicas e os fatores culturais, socioeconômicos, e psicológicos que podem ser dificultadores na adesão ao tratamento.
- (3) Compreender Aspectos bioéticos (confidencialidade) no atendimento médico às doenças e agravos
- (4) Compreender os princípios básicos da analgesia e da anestesiologia:
 - i. História da analgesia e anestesia
 - ii. Grupos farmacológicos dos analgésicos e anestésicos relacionados às apresentações clínicas da saúde da mulher grávida e nutriz.
- (5) Fundamentos dos antimicrobianos
 - i. Classificação, mecanismo de ação,
 - ii. Resistência bacteriana e efeitos adversos
 - iii. Aplicação clínica
- (6) Realização da História Clínica:
 - i. Desenvolver a capacidade de estabelecer relação profissional ética no contato com as pessoas a quem o estudante está compartilhando o cuidado, bem como os familiares ou responsáveis;

- ii. Desenvolver a capacidade de orientar o atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;
 - iii. Desenvolver a capacidade da utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sócio familiares, assegurando a privacidade e o conforto;
 - iv. Desenvolver o favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;
 - v. Desenvolver a capacidade de identificar os motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúdedoença;
 - vi. Desenvolver a capacidade da orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínicoepidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;
 - vii. Desenvolver a capacidade da investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares. (7) Realização do Exame Físico:
 - i. Esclarecer sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa a quem está compartilhando o cuidado, bem como / ou ao responsável;
 - ii. Dispender cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa a quem está compartilhando o cuidado;
 - iii. Desenvolver postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência;
 - iv. Desenvolver a capacidade de esclarecer, à pessoa a quem compartilha o cuidado ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados.
- (8) Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas:

- i. Desenvolver a capacidade de estabelecer hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;
- ii. Desenvolver a capacidade de prognosticar os problemas da pessoa a quem compartilha o cuidado, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;
- iii. Desenvolver a capacidade de informar e esclarecer as hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa a quem compartilha o cuidado, bem como os familiares e responsáveis;
- iv. Desenvolver a capacidade de compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.

(9) Promoção de Investigação Diagnóstica:

- i. Desenvolver a capacidade de solicitar exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético;
- ii. Desenvolver a capacidade da avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;
- iii. Desenvolver a capacidade da interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa a quem compartilha o cuidado.

(10) Principais agravos à saúde da mulher:

- i. Sangramento uterino anormal;
- ii. Vulvovaginites;
- iii. Doença inflamatória pélvica aguda;
- iv. Amenorréias;
- v. Endometriose;
- vi. Climatério e Menopausa;
- vii. Urgência/Incontinência Urinária;
- viii. Cistite de repetição;
- ix. Patologia benigna e maligna da mama;

x. Neoplasia maligna do colo uterino; xi. Patologias do 3º e 4º períodos e toco-traumatismos maternos e fetais; xii. Apresentações anômalas (pélvica, defletidas e córmica); xiii. Puerpério fisiológico e puerpério alterado (doença tromboembólica); xiv. Lactação e amamentação; xv. Psicose puerperal; xvi. Hemorragias da 1ª e da 2ª metade da gestação; xvii. Doença hipertensiva específica da gestação xviii. Crescimento intra-uterino restrito; xix. Diabetes mellitus gestacional; xx. Prematuridade e amniorrexe premature; xxi. Violência contra a mulher (física, psicológica, sexual – abordagem clínica, ética, bioética, psicológica e legal); xxii. Acompanhamento pré-natal de baixo e alto risco; xxiii. Parto vaginal e parto Cesáreo; xxiv. AIDS na mulher no ciclo reprodutivo

(11) Fundamentos de bioestatística e da metodologia da pesquisa:

- i. Tipos de estudo (quantitativos e qualitativos).
- ii. Tipos de amostra
- iii. Compreensão de meta-análise, relato de casos tratados, estudo retrospectivo e ensaio clínico não controlado, como ferramentas para tomadas de decisão de plano terapêutico relativo à saúde da mulher.
- iv. Especificidade e sensibilidade dos exames complementares

(12) Gestão em saúde:

- i. Reconhecer os modelos de atenção em saúde no Brasil e no mundo ii. Conhecer os fundamentos teóricos da Atenção Secundária e Terciária iii. Reconhecer os principais indicadores de saúde e sua aplicabilidade iv. Conhecer as principais políticas públicas de saúde no Brasil relacionado à Saúde da Mulher
- v. Desenvolver a capacidade de comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TIC), para interação à distância e acesso a bases remotas de dados; (Adaptada das DCN/2014).

vi. Desenvolver a capacidade de liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade, (Adaptada das DCN/2014).

vii. Desenvolver a capacidade de Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde. (Adaptada das DCN/2014).

viii. Desenvolver a capacidade da gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos; (Adaptada das DCN/2014).

ix. Desenvolver a capacidade de Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões (Adaptada das DCN/2014).

(13) Educação em Saúde

i. Compreender e desenvolver a capacidade de corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, com autonomia intelectual e responsabilidade social; (Adaptada das DCN/2014).

ii. Aprender a aprender como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes; (Adaptada das DCN/2014).

iii. Aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde; (Adaptada das DCN/2014).

iv. Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico; (Adaptada das DCN/2014).

v. Envolver-se em ensino, pesquisa e extensão, observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde; (Adaptada das DCN/2014).

vi. Construir/ aprimorar o domínio em língua estrangeira, preferencialmente a língua franca, de forma a ser capaz de manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil. (Adaptada das DCN/2014).

C) HABILIDADES A SEREM CONSTRUÍDAS NO 5º PERÍODO:

Desenvolvidas no Laboratório de Habilidades (LH), utilizando manequins, modelos vivos, pacientes simulados e dramatização.

i. Técnica de Entrevista (como dar uma notícia sobre situações de saúde) ii.

Anamnese ginecológica / obstétrica; iii. Exame ginecológico (exame das

mamas e coleta de material para colpocitologia) iv. Anamnese e exame físico

obstétrico/cartão da gestante;

v. Acompanhamento do pré-parto;

vi. Assistência e condução do parto

vaginal vii. Amamentação;

viii. Consulta pré

natal; ix. Consulta

ginecológica.

D) HABILIDADES DESENVOLVIDAS NOS LABORATÓRIOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (LCS) E NO CCBD PERTINENTES AO PERÍODO:

i. Elaboração de texto acadêmico ii. Busca manual e

online de referências para estudo e pesquisa iii. Leitura crítica de

artigo científico iv. Pesquisa em banco de dados (em especial os

disponíveis pelo MS)

6º PERÍODO

CICLO DE VIDA – SAÚDE DA CRIANÇA E DO

ADOLESCENTE A) UNIDADE EDUCACIONAL:

- (1) Apresentações clínico-cirúrgicas dos agravos de maior prevalência na infância e adolescência.
- (2) Fundamentos do processo saúde-doença em seus múltiplos determinantes, com ênfase na saúde da criança e do adolescente.
- (3) Fundamentos da bioestatística e metodologia da pesquisa.
- (4) Fundamentos éticos da relação médico- paciente/cuidador.

B) COMPETÊNCIAS A SEREM CONSTRUÍDAS NO 6º PERÍODO:

- (1) Compreender as bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função dos tecidos e órgãos, sistemas e aparelhos relacionados com a saúde da criança e do adolescente.
- (2) Compreender o acompanhamento das doenças agudas e crônicas e os fatores culturais, socioeconômicos, e psicológicos que podem ser dificultadores na adesão ao tratamento.
- (3) Conhecer os princípios básicos da analgesia e da anestesiologia:
 - i. Grupos farmacológicos dos analgésicos e anestésicos relacionados às apresentações clínicas da saúde da criança e do adolescente.
 - (4) Fundamentos dos antimicrobianos
 - i. Classificação, mecanismo de ação, ii. Resistência bacteriana e efeitos adversos iii. Aplicação clínica (recém-nato, lactente, criança e adolescente).
- (5) Realização da História Clínica:
 - i. Desenvolver a capacidade de estabelecer relação profissional ética no contato com as pessoas a quem o estudante está partilhando o cuidado, bem como os familiares ou responsáveis;
 - ii. Desenvolver a capacidade de orientar o atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;

iii. Desenvolver a capacidade da utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto;

iv. Desenvolver o favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;

v. Desenvolver a capacidade de identificar os motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde doença;

vi. Desenvolver a capacidade da orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;

vii. Desenvolver a capacidade da investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares. (6) Realização do Exame Físico:

i. Esclarecer sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa a quem está compartilhando o cuidado, bem como / ou ao responsável;

ii. Dispende cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa a quem está compartilhando o cuidado;

iii. Desenvolver postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência;

iv. Desenvolver a capacidade de esclarecer, à pessoa a quem compartilha o cuidado ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados.

(7) Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas:

i. Desenvolver a capacidade de estabelecer hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;

ii. Desenvolver a capacidade de prognosticar os problemas da pessoa a quem compartilha o cuidado, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;

iii. Desenvolver a capacidade de informar e esclarecer as hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa a quem compartilha o cuidado, bem como os familiares e responsáveis;

iv. Desenvolver a capacidade de compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.

(8) Promoção de Investigação Diagnóstica:

i. Desenvolver a capacidade de solicitar exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético;

ii. Desenvolver a capacidade da avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;

iii. Desenvolver a capacidade da interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa a quem compartilha o cuidado.

(9) Principais agravos à saúde da criança e do adolescente

i. Doenças cardiovasculares: cardiopatias congênitas (comunicação interventricular, comunicação interatrial e persistência do canal arterial) e doenças valvares. ii. Doenças endócrinas: baixa estatura familiar e patológica, diabetes mellitus tipo I e tireoidopatias.

iii. Doenças gastrointestinais: diarreia aguda, diarreia crônica, apendicite aguda, estenose hipertrófica de piloro e refluxo gastresofágico.

iv. Doenças genéticas (mecanismos de ocorrência e doenças mais frequentes: síndrome de Down e síndrome de Turner).

v. Doenças geniturinárias e renais: infecção urinária, válvula de uretra posterior, fimose, síndrome nefrítica e síndrome nefrótica. vi. Doenças hematológicas: anemia carencial, coagulopatias (Von Willebrand) e anemias hemolíticas. vii. Doenças imunológicas: asma, bronquiolite, “bebê chiador”, respirador bucal e dermatite atópica.

viii. Doenças infecciosas: parasitoses, doenças exantemáticas, parotidite, febre reumática; rotavirose, sepse, sífilis congênita, meningite, otite, AIDS e tuberculose, ix. Doenças musculoesqueléticas e do tecido conjuntivo: artrite reumatóide juvenil.

x. Doenças neoplásicas: leucemias, tumores abdominais (tumor de Wilms, neuroblastoma e teratoma retroperitoneal).

xi. Doenças neurológicas e psíquicas: convulsão, transtorno do déficit da atenção e hiperatividade, dificuldade de aprendizagem e retardo mental, paralisia cerebral. xii. Doenças neuromusculares prevalentes na infância. xiii. Doenças ortopédicas: pé plano, dor do crescimento, escoliose e luxação congênita do quadril.

xiv. Doenças respiratórias:

xv. Violência: física, psicológica e sexual.

xvi. Acidentes e trauma na infância

(10) Fundamentos de bioestatística e da metodologia da pesquisa:

i. Tipos de estudo (quantitativos e qualitativos).

ii. Tipos de amostra.

iii. Compreensão de meta-análise, relato de casos tratados, estudo retrospectivo e ensaio clínico não controlado, como ferramentas para tomadas de decisão de plano terapêutico relativo à saúde da criança e do adolescente.

(11) Gestão em saúde:

i. Reconhecer os modelos de atenção em saúde no Brasil e no mundo. ii. Conhecer os fundamentos teóricos da Atenção Secundária e Terciária. iii. Reconhecer os principais indicadores de saúde e sua aplicabilidade. iv. Conhecer as principais políticas públicas de saúde no Brasil relacionado à Saúde da Criança.

v. Desenvolver a capacidade de comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TIC), para interação à distância e acesso a bases remotas de dados; (Adaptada das DCN/2014).

vi. Desenvolver a capacidade de liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade

para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade, (Adaptada das DCN/2014).

vii. Desenvolver a capacidade de Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde. (Adaptada das DCN/2014).

viii. Desenvolver a capacidade da gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos; (Adaptada das DCN/2014).

ix. Desenvolver a capacidade de Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões. (Adaptada das DCN/2014).

(12) Educação em Saúde

i. Compreender e desenvolver a capacidade de corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, com autonomia intelectual e responsabilidade social; (Adaptada das DCN/2014).

ii. Aprender a aprender como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes; (Adaptada das DCN/2014).

iii. Aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde; (Adaptada das DCN/2014).

iv. Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico; (Adaptada das DCN/2014).

v. Envolver-se em ensino, pesquisa e extensão, observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde; (Adaptada das DCN/2014).

vi. Construir/ aprimorar o domínio em língua estrangeira, preferencialmente a língua franca, de forma a ser capaz de manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil. (Adaptada das DCN/2014).

C) HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO 6º PERÍODO:

Desenvolvidas no Laboratório de Habilidades (LH), utilizando manequins, modelos vivos, pacientes simulados e dramatização.

- i. Cuidado ao recém-nascido na sala de parto.
- ii. Técnica de Entrevista (peculiaridades da criança síndrômica) iii. Técnica de Punção lombar iv.

Emergência em pediatria – PALS

v. Reflexo do olho vermelho vi.

Técnica de acesso venoso em pediatria vii.

Exame físico do recém-nascido. viii.

Coleta de material para o teste do pezinho.

- ix. Consulta em Puericultura
- x. Anamnese em Pediatria.
- xi. Exame do aparelho respiratório patológico em crianças xii. Exame do precórdio patológico em crianças xiii. Otoscopia e rinoscopia em situações patológicas.

xiv. Reanimação do recém-nascido xv.

Atendimento hospitalar na criança vítima de trauma.

D) HABILIDADES DESENVOLVIDAS NOS LABORATÓRIOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (LCS) E NO CCBD PERTINENTES AO PERÍODO:

i. Elaboração de texto acadêmico ii. Busca manual

e online de referências para estudo e pesquisa iii.

Leitura crítica de artigo científico

iv. Pesquisa em banco de dados (em especial os disponíveis pelo MS).

7º PERÍODO

CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO ADULTO E DO

IDOSO A) UNIDADE EDUCACIONAL:

- (1) Apresentação clínica dos agravos de maior prevalência no adulto e idoso.
- (2) Fundamentos do processo saúde-doença em seus múltiplos determinantes, com ênfase nas situações clínicas que acometem adultos e idosos.
- (3) Fundamentos da bioestatística e metodologia da pesquisa.
- (4) Fundamentos éticos da relação médico- paciente/cuidador.
- (5) Aspectos psicológicos do ciclo de vida.

B) COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS NO 7º PERÍODO:

- (1) Compreender as bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função dos tecidos e órgãos, sistemas e aparelhos relacionados com a saúde e com condições clínicas dos adultos e idosos.
- (2) Compreender o acompanhamento das doenças agudas e crônicas e os fatores culturais, socioeconômicos, e psicológicos que podem ser dificultadores na adesão ao tratamento.
- (3) Compreender Aspectos bioéticos (confidencialidade) no atendimento médico às doenças e agravos abordados.
- (4) Compreender Aspectos bioéticos na doação de órgãos, distanásia e eutanásia. (5)

Compreender os fundamentos de bioestatística e da metodologia da pesquisa:

- i. Tipos de estudo (quantitativos e qualitativos).
- ii. Tipos de amostra

- iii. Compreensão de meta-análise, relato de casos tratados, estudo retrospectivo e ensaio clínico não controlado, como ferramentas para tomadas de decisão de plano terapêutico clínico relativo à saúde do adulto e do idoso.
- (6) Compreender as aplicações clínicas dos antimicrobianos.
 - (7) Realização da História Clínica:
 - i. Desenvolver a capacidade de estabelecer relação profissional ética no contato com as pessoas a quem o estudante está partilhando o cuidado, bem como os familiares ou responsáveis;
 - ii. Desenvolver a capacidade de orientar o atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;
 - iii. Desenvolver a capacidade da utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto;
 - iv. Desenvolver o favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;
 - v. Desenvolver a capacidade de identificar os motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde doença;
 - vi. Desenvolver a capacidade da orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;
 - vii. Desenvolver a capacidade da investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares.
- (8) Realização do Exame Físico:
 - i. Esclarecer sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa a quem está compartilhando o cuidado, bem como / ou ao responsável;
 - ii. Dispende cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa a quem está compartilhando o cuidado;

iii. Desenvolver postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência;

iv. Desenvolver a capacidade de esclarecer, à pessoa a quem compartilha o cuidado ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados.

(9) Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas:

i. Desenvolver a capacidade de estabelecer hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;

ii. Desenvolver a capacidade de prognosticar os problemas da pessoa a quem compartilha o cuidado, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;

iii. Desenvolver a capacidade de informar e esclarecer as hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa a quem compartilha o cuidado, bem como os familiares e responsáveis;

iv. Desenvolver a capacidade de compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.

(10) Promoção de Investigação Diagnóstica:

i. Desenvolver a capacidade de solicitar exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético;

ii. Desenvolver a capacidade da avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;

iii. Desenvolver a capacidade da interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa a quem compartilha o cuidado.

(11) Agravos clínicos à saúde do adulto e do idoso:

i. Doenças cardiovasculares: insuficiência cardíaca, hipertensão arterial com lesão de órgão alvo, acidente vascular encefálico e doença arterial coronariana.

- ii. Doenças endócrinas: diabetes mellitus com lesão de órgão alvo e disfunção tireoidiana iii.
- Doenças gastrointestinais: doença hepática alcoólica, cirrose hepática e doenças pépticas iv.
- Doenças geniturinárias e renais: infecção urinária, insuficiência renal aguda e doença renal crônica.
- v. Doenças hematológicas: hemoglobinopatias.
- vi. Hemotransfusões e hemoderivados nas situações clínicas.
- vii. Doenças infecciosas: febre de origem obscura, endocardite, febres hemorrágicas, hepatites, seps e tuberculose.
- viii. Doenças musculoesqueléticas e do tecido conjuntivo: artrite reumatóide, esclerodermia, lúpus eritematoso sistêmico e síndrome de Sjögren ix. Doenças neoplásicas: linfoma, leucemia, tumor de pulmão e mieloma múltiplo.
- x. Doenças psiquiátricas: estado depressivo, síndrome depressiva, transtornos da personalidade, dependência química e emergências/urgência psiquiátricas. xi. Doenças neurológicas: cefaléias, tumores e aneurisma cerebral, demências e Parkinson. xii. Doenças respiratórias: doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonias e asma.

(12) Gestão em saúde:

- i. Reconhecer os modelos de atenção em saúde no Brasil e no mundo.
- ii. Conhecer os fundamentos teóricos da Atenção Secundária e Terciária
- iii. Reconhecer os principais indicadores de saúde e sua aplicabilidade.
- iv. Conhecer as principais políticas públicas de saúde no Brasil relacionado à Saúde do Adulto e Idoso
- v. Desenvolver a capacidade de comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TIC), para interação à distância e acesso a bases remotas de dados; (Adaptada das DCN/2014).
- vi. Desenvolver a capacidade de liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e

eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade, (Adaptada das DCN/2014).

vii. Desenvolver a capacidade de Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde. (Adaptada das DCN/2014).

viii. Desenvolver a capacidade da gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos; (Adaptada das DCN/2014). ix. Desenvolver a capacidade de Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões. (Adaptada das DCN/2014).

(13) Educação em Saúde

i. Compreender e desenvolver a capacidade de corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, com autonomia intelectual e responsabilidade social; (Adaptada das DCN/2014).

ii. Aprender a aprender como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes; (Adaptada das DCN/2014).

iii. Aprender Inter profissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde; (Adaptada das DCN/2014).

iv. Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico; (Adaptada das DCN/2014).

v. Envolver-se em ensino, pesquisa e extensão, observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde; (Adaptada das DCN/2014).

vi. Construir/ aprimorar o domínio em língua estrangeira, preferencialmente a língua franca, de forma a ser capaz de manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil. (Adaptada das DCN/2014).

C) HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO 7º PERÍODO:

Desenvolvidas no Laboratório de Habilidades (LH), utilizando manequins, modelos vivos, pacientes simulados e dramatização. Compreensão e domínio da propedêutica médica abordando a técnica da realização da História Clínica, exame físico, propedêutica diagnóstica e plano de cuidado.

i. Exame da Tireóide

ii. Exame do Abdômen

Patológico iii. Acesso

venoso profundo.

iv. Coleta de sangue arterial e interpretação da gasometria arterial

v. Cateterismo nasogástrico,

nasoenteral e retal. vi. Cateterismo

vesical no homem e na mulher. vii.

Entubação endotraqueal.

viii. Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS)

D) HABILIDADES DESENVOLVIDAS NOS LABORATÓRIOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (LCS) E NO CCBD PERTINENTES AO PERÍODO:

i. Elaboração de texto acadêmico ii. Busca manual e

online de referências para estudo e pesquisa iii. Leitura crítica de

artigo científico iv. Pesquisa em banco de dados (em especial os

disponíveis pelo MS)

8º PERÍODO

CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DO ADULTO E DO

IDOSO A) UNIDADE EDUCACIONAL:

- (1) Apresentação clínico-cirúrgica dos agravos de maior prevalência no adulto e idoso.
- (2) Fundamentos do processo saúde-doença em seus múltiplos determinantes, com ênfase nas situações cirúrgicas que acometem adultos e idosos.
- (3) Fundamentos da bioestatística e metodologia da pesquisa.
- (4) Fundamentos éticos da relação médico- paciente/cuidador.
- (5) Aspectos legais da prática médica
- (6) Aspectos psicológicos do ciclo de vida.

B) COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS NO 8º PERÍODO:

- (1) Compreender as bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função dos tecidos e órgãos, sistemas e aparelhos relacionados com a saúde e com condições clínico cirúrgicas dos adultos e idosos.
- (2) Compreender o acompanhamento das doenças agudas e crônicas e os fatores culturais, socioeconômicos, e psicológicos que podem ser dificultadores na adesão ao tratamento.
- (3) Compreender Aspectos bioéticos (confidencialidade) no atendimento médico às doenças e agravos abordados.
- (4) Compreender Aspectos bioéticos na doação de órgãos, distanásia e eutanásia.
- (5) Compreender os princípios da anestesiologia no adulto e no idoso:

i. Grupos farmacológicos e administração de anestésicos na cirurgia de urgência e eletiva no adulto e no idoso. ii. Cuidados na preparação pré-anestésica, indução e recuperação pós-anestésica.

- (6) Aplicações dos antimicrobianos- pré, per e pós-operatórias.
- (7) Fundamentos de bioestatística e da metodologia da pesquisa
 - i. Tipos de estudo (quantitativos e qualitativos).
 - ii. Tipos de amostra

iii. Compreensão de meta-análise, relato de casos tratados, estudo retrospectivo e ensaio clínico não controlado, como ferramentas para tomadas de decisão de plano terapêutico clínico-cirúrgico relativo à saúde do adulto e do idoso.

(8) Realização da História Clínica:

i. Desenvolver a capacidade de estabelecer relação profissional ética no contato com as pessoas a quem o estudante está compartilhando o cuidado, bem como os familiares ou responsáveis;

ii. Desenvolver a capacidade de orientar o atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;

iii. Desenvolver a capacidade da utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto;

iv. Desenvolver o favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;

v. Desenvolver a capacidade de identificar os motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde doença;

vi. Desenvolver a capacidade da orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;

vii. Desenvolver a capacidade da investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares. (9) Realização do Exame Físico:

i. Esclarecer sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa a quem está compartilhando o cuidado, bem como / ou ao responsável;

ii. Dispende cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa a quem está compartilhando o cuidado;

iii. Desenvolver postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência;

iv. Desenvolver a capacidade de esclarecer, à pessoa a quem compartilha o cuidado ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados.

(10) Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas:

i. Desenvolver a capacidade de estabelecer hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;

ii. Desenvolver a capacidade de prognosticar os problemas da pessoa a quem compartilha o cuidado, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;

iii. Desenvolver a capacidade de informar e esclarecer as hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa a quem compartilha o cuidado, bem como os familiares e responsáveis;

iv. Desenvolver a capacidade de compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.

(11) Promoção de Investigação Diagnóstica:

i. Desenvolver a capacidade de solicitar exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários; ii. Desenvolver a capacidade da avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;

iii. Desenvolver a capacidade da interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa a quem compartilha o cuidado.

(12) Agravos clínico-cirúrgicos à saúde do adulto e do idoso:

i. Doenças vasculares: trombose venosa profunda, oclusão arterial aguda e varizes dos membros pélvicos. ii. Doenças endócrinas: tumores da tiroide e úlceras no pé diabético.

iii. Doenças gastrointestinais: obstrução intestinal, câncer de cólon, tumores do esôfago, do estômago e do pâncreas. Colelitíase, colangite e pancreatite iv. Doenças geniturinárias: cólica renal, litíase urinária, câncer da próstata e câncer da bexiga.

- v. Doenças infecciosas: abdome agudo inflamatório.
 - vi. Cuidados pré e pós-operatórios no adulto, no idoso e em situações especiais.
 - vii. Hemotransfusão e hemoderivados nas situações cirúrgicas.
 - viii. Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS)
 - ix. Lesões por projétil de arma de fogo e arma branca
 - x. Traumas: abdominal, crânio-encefálico, de face, raquimedular e torácico.
 - xi. Afecções da pele: furunculose, abscessos, nevos, carcinoma basocelular.
 - xii. Queimaduras de 2º e 3º grau.
 - xiii. Hérnias
- (13) Gestão em saúde
- i. Reconhecer os modelos de atenção em saúde no Brasil e no mundo
 - ii. Conhecer os fundamentos teóricos da Atenção Secundária e Terciária
 - iii. Reconhecer os principais indicadores de saúde e sua aplicabilidade.
 - iv. Conhecer as principais políticas públicas de saúde no Brasil relacionado à Saúde do Adulto e Idoso
 - v. Desenvolver a capacidade de comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TIC), para interação à distância e acesso a bases remotas de dados; (Adaptada das DCN/2014).
 - vi. Desenvolver a capacidade de liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade, (Adaptada das DCN/2014).
 - vii. Desenvolver a capacidade de Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e

outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde. (Adaptada das DCN/2014).

viii. Desenvolver a capacidade da gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos; (Adaptada das DCN/2014).

ix. Desenvolver a capacidade de Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões. (Adaptada das DCN/2014).

(14) Educação em Saúde

i. Compreender e desenvolver a capacidade de corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, com autonomia intelectual e responsabilidade social; (Adaptada das DCN/2014).

ii. Aprender a aprender como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes; (Adaptada das DCN/2014).

iii. Aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde; (Adaptada das DCN/2014).

iv. Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico; (Adaptada das DCN/2014).

v. Envolver-se em ensino, pesquisa e extensão, observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde; (Adaptada das DCN/2014).

vi. Construir/ aprimorar o domínio em língua estrangeira, preferencialmente a língua franca, de forma a ser capaz de manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora

dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil. (Adaptada das DCN/2014).

C) HABILIDADES A SEREM CONSTRUÍDAS NO 8º PERÍODO:

Desenvolvidas no Laboratório de Habilidades (LH), utilizando manequins, modelos vivos, pacientes simulados e dramatização. Compreensão e domínio da propedêutica médica abordando a técnica da realização da Anamnese e exame físico.

- i. Suturas cirúrgicas.
- ii. Paramentação para Centro Cirúrgico.
- iii. Identificação e indicação do instrumental cirúrgico iv. Exame prostático via retal.
- v. Toracocentese.
- vi. Acesso cirúrgico às vias aéreas superiores. vii. Identificação de fraturas em exames de imagem.
- viii. Imobilização de membros torácicos. ix. Imobilização de membros pélvicos
- x. Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS)

D) HABILIDADES DESENVOLVIDAS NOS LABORATÓRIOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (LCS) E NO CCBD PERTINENTES AO PERÍODO:

- i. Elaboração de texto acadêmico ii. Busca manual e online de referências para estudo e pesquisa

VII) COMPETÊNCIAS GERAIS A SEREM DESENVOLVIDAS NAS ATIVIDADES DE IETC

BLOCO DO 5º AO 8º PERÍODO:

As atividades de integração ensino-trabalho-cidadania (IETC) do 5º ao 8º período se desenvolvem em cenários de Atenção Secundária, em especial ambulatórios de especialidades, ambiente hospitalar e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Estes ambientes se caracterizam como espaços

propícios para integrar as diferentes tecnologias (leve, leve-dura e dura) na produção de cuidados a pessoas que demandam atendimento clínico e cirúrgico em diferentes fases da vida.

AS COMPETÊNCIAS A SEREM CONSTRUÍDAS NAS ATIVIDADES DE IETC SÃO:

- i. Produzir cuidados médicos baseados nas necessidades dos indivíduos que demandam cuidados clínicos e cirúrgicos em regime ambulatorial ou em processo de hospitalização nas áreas da saúde da mulher e da criança e do adulto e idoso.
- ii. Realizar trabalho integrado e multidisciplinar, considerando a promoção de saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças, além da reabilitação, considerando a singularidade de cada paciente.
- iii. Promover acolhimento, vínculo, responsabilização, identificação e encaminhamento para resolução de problemas reais e potenciais, visando o bem-estar das pessoas no seu processo de adoecimento.
- iv. Sistematizar, junto à supervisão docente e/ou equipe de saúde, casos a serem discutidos para avaliação interdisciplinar e construção de propostas de acompanhamento.
- v. Produzir projetos terapêuticos singulares, considerando os referenciais da clínica ampliada e compartilhada.

VIII) COMPETÊNCIAS DO INTERNATO MÉDICO – BLOCO DO 9º AO 12º PERÍODO

As áreas de competências e suas respectivas descrições na formação médica previstas nas DCN (2014) estão sumarizadas no quadro 02:

Quadro 02: Áreas de Competência para Formação Médica (Adaptadas das DCN 2014).

Competências	Descrição
--------------	-----------

Atenção à saúde	Considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar: I- acesso universal e equidade em conformidade com os princípios do SUS; II- integralidade humanização do cuidado; III- qualidade na atenção à saúde; IV- segurança na realização de processos e procedimentos; V-preservação da biodiversidade com sustentabilidade; VI- ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética; VII- comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado; VIII - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde; X - cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade; X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades.
Da Gestão em Saúde	Visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões: I - Gestão do Cuidado; II - Valorização da Vida; III - Tomada de Decisões; IV- Comunicação, incorporando, as novas tecnologias da informação e comunicação (TIC); V- Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões; VI - Trabalho em Equipe; VII - Construção participativa do sistema de saúde; VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde.
Da Educação em Saúde	O graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando: I - aprender a aprender; II - aprender com autonomia; III - aprender interprofissionalmente; IV - aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade; V - comprometer-se com seu processo de formação, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão; VII - dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele.

Assim, foram definidas como competências gerais a serem desenvolvidas durante todo o internato do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO:

(1) Fortalecer a relação do médico com o paciente, com o cuidador e com a família, tendo como eixo norteador os princípios da clínica ampliada, da ética e da bioética.

i. Aprimorar a escuta ampliada, dando relevância aos determinantes de saúde de ordem biológica, psíquica, ambiental e social. ii. Produzir acolhimento, vínculo e responsabilização na relação com os pacientes.

iii. Reconhecer o paciente como um ser autônomo, capaz da tomada de decisões acerca de sua própria existência, inserido em um contexto sócio- histórico-cultural.

iv. Produzir comunicação efetiva com pacientes e familiares, em situações diversas, como forma de fortalecimento/adesão aos projetos terapêuticos.

v. Produzir cuidados visando o gerar bem estar e minimizar o incômodo gerado pelos agravos à saúde das pessoas, considerando o modo como estas organizam suas vidas. vi. Reconhecer a importância do autocuidado como indivíduo e como profissional de saúde.

(2) Conduzir investigação diagnóstica e instalação de terapêutica visando à cura e o bem-estar das pessoas.

i. Realizar anamnese e exame físico completos em sujeitos dos distintos sexos e nas diferentes fases da vida.

ii. Formular hipóteses diagnósticas considerando a anamnese, o exame físico, e os dados epidemiológicos.

iii. Solicitar adequadamente exames complementares e interpretá-los como forma auxiliar de conduzir a investigação diagnóstica e acompanhar as pessoas com agravos à saúde iv. Instituir terapêutica adequada, considerando os dados objetivos e a singularidade de cada pessoa.

(3) Trabalhar em equipe interdisciplinar, reconhecendo os limites da atuação profissional isolada e valorizando a orquestração do trabalho em saúde.

i. Reconhecer as competências e habilidades específicas de cada profissional que compõe a equipe de saúde. ii. Atuar em equipe interdisciplinar em diferentes situações do cotidiano de trabalho.

iii. Respeitar a opinião e se dispor ao diálogo com todos os profissionais envolvidos em sua rede de trabalho.

(4) Elaborar documentos médicos, incluindo o prontuário do paciente (manual e/ou digital), em consonância com os modelos padronizados em cada serviço/cenário, registrando informações consistentes para continuidade do atendimento e para o atendimento de questões éticas e legais.

i. Utilizar letra legível em todos os documentos médicos ii.

Conhecer as implicações médico-legais relativas à documentação médica.

iii. Compreender a necessidade que as informações sejam registradas de forma sistematizada para propiciar a possibilidade de utilização de dados para pesquisas clínicas dentro dos princípios da ética e bioética, assim como para atendimento às questões legais.

(5) Conhecer, utilizar e interpretar os dados dos principais Sistemas de Informação em Saúde do DATASUS/Ministério da Saúde e analisar os principais indicadores de saúde.

i. Analisar os diferentes dados de informação em saúde, interpretando-os de forma a planejar ações de intervenção na realidade.

ii. Valorizar os bancos de dados como uma fonte de informação referente à qualidade da vida humana, reconhecendo-o como fonte de melhoria do Sistema de Saúde.

(6) Participar de projetos de pesquisa quantitativa e/ou qualitativa em interação com as linhas institucionais.

i. Conhecer e as normas conceituais e estruturais para o desenvolvimento de um projeto de pesquisa.

ii. Seguir os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, tendo em vista os pressupostos éticos e bioéticos nas pesquisas envolvendo seres humanos. iii. Realizar adequadamente revisão bibliográfica nas principais bases de dados em saúde. iv. Construir metodologia científica adequada aos objetivos da investigação.

v. Analisar criticamente os dados obtidos na pesquisa.

vi. Produzir um relatório de pesquisa, seguindo metodologia científica, como trabalho de conclusão de curso.

9º PERÍODO

INTERNATO – DIMENSÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA

A) COMPETÊNCIAS A SEREM CONSTRUÍDAS NO 9º PERÍODO:

i. Atuar na equipe de saúde da atenção básica, na lógica da Estratégia da Saúde da Família, através de ações de âmbito individual e coletivo que abranjam a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

ii. Atuar na equipe de saúde da atenção básica buscando a resolução de problemas de saúde de maior frequência e relevância do território/município.

iii. Atuar na equipe de saúde com foco nas áreas estratégicas para o território nacional (eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle das doenças crônicas de maior

prevalência, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso, saúde bucal e promoção da saúde).

iv. Realizar assistência integral aos indivíduos e famílias nas unidades básicas de saúde, nos domicílios e nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

v. Atuar na equipe de saúde considerando os aspectos gerenciais do trabalho na atenção básica, sua relação com os demais níveis de atenção e a importância da notificação de agravos.

vi. Realizar atividades educativas, considerando metodologias participativas, relacionadas ao processo de saúde-doença de indivíduos e grupos nas diferentes fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

vii. Diagnosticar e tratar os agravos e as doenças mais comuns na atenção básica em saúde

viii. Trabalhar em equipe, reconhecendo as competências específicas de cada profissional da Equipe de Saúde da Família.

ix. Considerar o fluxo de atendimento da Rede Municipal de Saúde na produção de cuidados.

x. Utilizar criticamente os protocolos do Ministério da Saúde e os protocolos municipais, o Projeto Diretrizes do CFM/AMB e os Consensos das Sociedades de Especialidades.

xi. Realizar o diagnóstico de área, identificando as características sócio-culturais, de forma a planejar atividades promotoras de saúde, preventivas e curativas, em parceria com a comunidade propiciando o fortalecimento individual, comunitário e intersetorial.

xii. Realizar visita domiciliar consentida, como estratégia de reconhecimento das necessidades ampliadas das pessoas e famílias e planejar intervenções pertinentes.

INTERNATO ELETIVO

O Internato eletivo é de caráter facultativo e de opção do estudante, sendo exclusivamente oferecido no nono período do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO. Esta modalidade de internato foi estruturada com base no art. 24, parágrafos 7º, 8º e 9º das DCN- 2014.

Art. 24 - § 7º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem

como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

§ 8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado.

§ 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período.

10º, 11º e 12º PERÍODOS

INTERNATO – DIMENSÃO HOSPITALAR.

A) COMPETÊNCIAS GERAIS A SEREM CONSTRUÍDAS NO INTERNATO:

- i. Realizar história clínica e exame físico em sujeitos dos distintos sexos e nas diferentes fases da vida no cenário hospitalar.
- ii. Conduzir a investigação diagnóstica no cenário hospitalar embasada na anamnese, exame físico, e formulação de hipóteses diagnósticas, considerando os dados epidemiológicos, tudo corroborado pela correta e pertinente solicitação de exames complementares.
- iii. Realizar procedimentos invasivos e não invasivos para investigação diagnóstica e conduta terapêutica nos diferentes ciclos de vida, considerando as normas de biossegurança.
- iv. Elaborar e conduzir de forma supervisionada, os planos de cuidado pertinentes a cada situação de saúde nas diferentes fases da vida, respeitando os princípios da ética e da bioética.
- v. Diagnosticar e conduzir de forma supervisionada, as situações eletivas que evoluírem para emergência ou urgência.
- vi. Acompanhar os pacientes sob seus cuidados para consultas e/ou procedimentos nos diferentes Serviços do hospital em que realiza seu Internato.
- vii. Acompanhar toda a trajetória de investigação diagnóstica terapêutica dos pacientes sob seus cuidados, realizadas em qualquer serviço dentro e fora do município onde realiza seu internato, sempre sob supervisão.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE VS. Promoção da saúde na perspectiva das redes de integração ensino- trabalho-cidadania. Conferência no Seminário de Integração Ensino-Serviço em Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), 2009 – Conferência realizada em 02 dez. 2009.
- AUSUBEL D, NOVAK JD, HANESIAN H. Psicologia educacional. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014, Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina, Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- CECCIM RB. Integração ensino-trabalho-cidadania: responsabilidade social na educação superior. Conferência na Semana de Responsabilidade Social do UNIFESO 2009 – Conferência realizada em 19 out. 2009.
- LIMA VV. Competência: Distintas abordagens e implicações na formação dos profissionais da saúde. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2005, 9(17): 369-379.
- LIMA VV. Learning issues raised by students during PBL tutorials compared to curriculum objectives. Dissertação de Mestrado – Department of Health Education – University of Illinois at Chicago, 2002.
- NORONHA AB. Graduação: é preciso mudar. Radis Comum. Saúde 2002; 5: 9-16.
- PENAFORTE J. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE S, PENAFORTE J, SCHMIDT H, CAPRARA A, TOMAZ JB, SÁ.
- PERRENOUD P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- POMBO O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. Liinc em revista. Disponível em: <http://www.liinc.ufrj.br/revista>, 2005. Acesso em 29 jun 2009.
- SANTOMÉ JT. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: ARTES MÉDICAS, 1998.
- SCHRAMM RF. As diferentes abordagens da bioética. Em: Palácios, M., Martins, A. & Pegoraro, O. Ética, ciência e saúde: desafios da bioética. Petrópolis: Editora Vozes, 2002 p.10-25.
- SILVA SS. Laboratório de habilidades no ensino médico. In: MARINS JJN, REGO S.

SEMANAS-PADRÃO

1º Período – Coordenador: Prof. Jorge André Bravo					
Horário	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Manhã	Tutoria	IETC	CIP	Tutoria	CIP
Tarde	CIP	IETC	AAD	AAD	Conferência

2º Período – Coordenador: Prof. Paulo Cesar de Oliveira					
Horário	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Manhã	Tutoria	CIP/AAD	AAD	Tutoria	Conferência
Tarde	IETC	CIP/AAD	CIP/AAD	IETC	CIP/AAD

3º Período – Coordenador: Prof. Paulo Cesar Tavares					
Horário	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Manhã	Conferência	Tutoria	IETC	CIP/AAD	Tutoria
Tarde	CIP/AAD	CIP/AAD	IETC	CIP/AAD	CIP/AAD

4º Período – Coordenador: Prof. Paulo César Coelho					
Horário	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Manhã	IETC	Tutoria	Conferência	IETC	Tutoria
Tarde	CIP/AAD	CIP/AAD	CIP/AAD	CIP/AAD	CIP/AAD

5º Período – Coordenador: Prof. Carlos Romualdo Barbosa Gama					
Horário	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Manhã	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP

Tarde	AAD/IETC/CIP	Tutoria	Conferência	AAD/IETC/CIP	Tutoria
--------------	--------------	---------	-------------	--------------	---------

6º Período – Coordenadora: Profª. Ana Paula Faria Dini :					
Horário	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Manhã	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP
Tarde	AAD/IETC/CIP	Tutoria	Conferência	AAD/IETC/CIP	Tutoria

7º Período – Coordenadora: Prof. Luciana da S. Nogueira de Barros					
Horário	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Manhã	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP
Tarde	Tutoria	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	Tutoria	Conferência

8º Período – Coordenador: Prof. Flávio Antônio de Sá Ribeiro					
Horário	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Manhã	Conferência	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP
Tarde	Tutoria	AAD/IETC/CIP	AAD/IETC/CIP	Tutoria	AAD/IETC/CIP

AAD – Atividade Auto-Dirigida

IETC – Integração Ensino-Trabalho-Cidadania

CIP – Cenários Internos de Prática

Internato Médico – Coordenação Geral Prof Getúlio Menezes					
Horário	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Manhã	AAD	IETC	IETC	IETC	IETC
Tarde	AAD	IETC	IETC	IETC	IETC

Obs: as semanas padrão do Internato podem variar entre os rotatórios.

ANEXO IV

NÚCLEO CONDUTOR DAS HISTÓRIAS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA – IMPLANTADO EM 2011/ 1 – ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO FEV/ 2015

Apresentação de Problemópolis

A cidade tem uma população estimada 171.482 (IBGE 2014), com a população residente total no grupo de idade 0- 05 anos de 7.5%, de 25.3% no grupo de idade de 40 – 59 anos, e de 13.2% no grupo de idade de 60 anos ou mais.

A economia principal é a produção agrícola de hortaliças com caráter familiar, conta com um pequeno parque industrial, e pelas características naturais tem atividade serviços voltadas para o turismo. Como dista cerca de 100km da capital do estado, apresenta algumas áreas de invasão e favelização.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0.79, considerado médio (PNUD/2000), o Produto Interno Bruto (PIB) é de R\$ 2 084 262, 664 mil (IBGE/2010), o PIB per capita é de R\$ 13.029,25 (IBGE/2010) e a Incidência da Pobreza: 21,89% (IBGE/2010). Está na 13ª colocação no ranking estadual e na 420ª no nacional, com um Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM)/ 2007 de 0, 7654, considerado moderado.

Tem um centro universitário privado, que recebe um grande número de estudantes de outros municípios e estados, e que desempenha importante papel social quer pela oferta de empregos, quer pela prestação de serviços à população.

A rede de saúde tem cobertura de 32% para a Estratégia de Saúde da Família, conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e três hospitais particulares com leitos conveniados ao SUS (leitos para internação 439 leitos), e um dos hospitais é Hospital de Ensino. Há dificuldade do sistema de referência contra referência principalmente para algumas especialidades.

Apresentação dos personagens:

I. Núcleo principal

- ✓ Núcleo dos Silva

Rondineli, 45 anos, pedreiro; **Mª das Dores** do lar; os filhos **Maikon** de 17 anos, estudante com contumaz repetência escolar, vítima de agressão por arma de fogo torna-se paraplégico e conseqüentemente cadeirante, **Jéssica** de 16 anos, estudante e **Cauã** de 05 anos. Chegam à Probemópolis procedentes da baixada fluminense – Rondineli veio para trabalhar na construção de um complexo esportivo. Posteriormente se integram a este núcleo **Rosalina**, 78 anos, viúva, mãe de **Mª das Dores**, **Alexsandro** e o bebê **Ronaldo** do filho de Jéssica e Alexsandro.

II. Núcleos Secundários

- ✓ Núcleo dos Pereira

Pedro, 28 anos, lavrador; **Rita**, 25 anos, faxineira; **Josilda**, 48 anos, lavradora, viúva, mãe de Pedro, residem vizinho à família Silva.

- ✓ Núcleo dos Maias

Paulo Ricardo, 38 anos, engenheiro civil, trabalha na mesma obra do Rondineli Silva; **Mônica**, 35 anos, tradutora e trabalha em casa; os filhos **Rafael** de 14 anos e **Gustavo** de 08 anos, estudantes; **Alexandre**, 17 anos, com orientação sexual homoafetiva, sobrinho de Paulo Ricardo.

- ✓ Núcleo dos Medeiros e Albuquerque

Afonso Carlos, 58 anos, rico produtor de soja; **Maria Silvia**, 52 anos, arquiteta, mas não exerce a profissão; residem em Sojópolis; e o filho **João Afonso** de 18 anos, estudante de medicina do Centro Universitário de Problemópolis.

- ✓ Núcleo da Unidade Básica de Saúde (próxima a moradia dos Silva e dos Pereira)

Ana Néri, enfermeira; **Inês**, agente comunitária de saúde; **Jorginho**, técnico de enfermagem; e **Sofia**, médica.

III. Núcleos Satélites

- ✓ Relacionado ao núcleo dos Silva

Jovêncio, 39 anos, divorciado e afastado da família, trabalha na obra com Rondineli.

Ramiro, 80 anos, minerador aposentado, diabético, viúvo, natural da mesma cidade de Rosalina, e tornam-se amigos no Grupo de HIPERDIA da UBSF.

José Flecha, 80 anos, minerador aposentado, hipertenso, natural do Amazonas, indígena viveu até os 12 anos de idade na tribo Yanomami. Amigo de longa data de Ramiro.

Artur, 55 anos, motorista trabalha com carga de hortaliças, companheiro de sinuca de Rondineli. Torna-se cadeirante após acidente vascular encefálico.

Ana Maria, 49 anos, mulher de Artur, cozinheira da Escola Municipal onde estuda Cauã.

Margarida, 48 anos, merendeira e colega de trabalho de Ana Maria.

Ednaldo, 63 anos, aposentado por tempo de serviço como lavrador, viúvo, diabético, faz parte do grupo de HIPERDIA juntamente com Rosalina e Ramiro.

Francisco, 42 anos, magarefe, companheiro de sinuca de Rondineli e Artur.

Cláudio e Carlos, 28 e 27 anos, irmãos e muito amigos, primos de Jorginho técnico de enfermagem da UBSF e companheiros de sinuca de Rondineli, Francisco e Artur.

Gabriela, 09 anos, portadora de diabetes mellitus, prima de Cauã, veio recentemente com a família morar em Problemópolis.

Yuri, 03 anos, portador de transtorno de espectro autista, irmão de Gabriela.

Iracema Ferro, orientadora pedagógica da escola onde estudam Cauã, Gabriela e Yuri.

✓ Relacionado ao núcleo dos Pereira

Romilda, 19 anos, faxineira, amiga de Rita Pereira.

Kamilla, irmã de Romilda, 16 anos, estudante.

Murilo, 18 anos, não estuda e não trabalha, é namorado de Kamilla.

Rosa, 30 anos, do lar, viúva, vizinha de Rita e Josué Pereira.

Marli, 43 anos, proprietária de uma pequena quitanda no bairro onde residem os Silva e os Pereira.

Paula, 19 anos, filha de Marli, trabalha com ela na quitanda.

Mateus, 08 meses, neto de Marli.

✓ Relacionado ao núcleo dos Maias

Jorge, 56 anos, engenheiro civil e trabalha com Paulo Ricardo Maia. Tem 56 anos, é natural de MG e residente em Problemópolis.

Jaqueline, 49 anos, professora de inglês, casada com Jorge, sem filhos.

Simone, 38 anos, arquiteta trabalha com Paulo Ricardo Maia e Jorge, casa-se com **César** e tem um filho prematuro, o **João Gabriel**.

Charles, 23 anos, estudante de administração e estagiário da empresa onde trabalham Paulo Ricardo Maia e Jorge.

João Miguel, 25 anos, trabalha e faz faculdade à noite, é sobrinho de Paulo Ricardo, e com frequência pernoita na casa do tio.

Verônica, 42 anos, trabalha como designer numa fábrica de bijuterias, é vizinha de Mônica e Paulo Ricardo Maia.

Samanta, 14 anos, filha de Verônica, estuda na mesma escola de Rafael Maia.

Paulinho, 15 anos, amigo de escola do Rafael Maia.

Maria Clara, amiga de Mônica Maia.

Betinho, 08 anos, portador de hemofilia, filho de Maria Clara, colega de sala de Gustavo Maia.

Valquíria, 19 anos, sobrinha de Mônica Maia.

Deilda, manicure de Mônica Maia.

✓ Relacionados ao núcleo dos Almeida e Albuquerque

Maria Eduarda, 19 anos, mora em Sojópolis, namorada de João Afonso

Thompson, 22 anos, estudante do 8º período do curso de medicina do Centro Universitário de Problemópolis, divide apartamento com João Afonso.

Josué, 23 anos, estudante, natural e morador de Sojopolis, vem visitar Thompson.

Maria, 23 anos, estudante do 11º período do curso de medicina do Centro Universitário de Problemópolis, namorada de Thompson.

Mariana, 21 anos, irmã de Maria, estudante do 9º período do curso de medicina do Centro Universitário de Problemópolis, amiga de João Afonso e de Thompson.

Simone, 23 anos, afro descendente, natural de MG, empregada doméstica na casa de João Afonso.

✓ Relacionada à UBSF

Rogério, 33 anos, amigo de infância de Inês.

Joana e Pedro, 23 anos, casados, vizinhos e amigos de Inês.

Hugo, RN de Joana e Pedro.

ANEXO V

BIBLIOGRAFIA BÁSICA E COMPLEMENTAR

1º PERÍODO

CICLO DE VIDA – CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO DO SER E DESENVOLVIMENTO ATÉ 1ª INFÂNCIA

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). RECURSO ELETRÔNICO + 2 EXEMPLARES FÍSICOS
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). RECURSO ELETRÔNICO + 4 EXEMPLARES FÍSICOS
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32), RECURSO ELETRÔNICO + 1 EXEMPLAR FÍSICO

5) De ROBERTIS, Edward M; HIB, José. De Robertis. Biologia Celular e Molecular, 16ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 31 EXEMPLARES FÍSICOS

6) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia Básica, 12ª edição, 2013. RECURSO ELETRÔNICO + 87 EXEMPLARES FÍSICOS

7) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014.

RECURSO ELETRÔNICO + 39 EXEMPLARES FÍSICOS

8) MOORE, Keith L. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p. 42 EXEMPLARES FÍSICOS

9) MURRAY, Robert K.; BENDER, David A.; BOTHAM, Kathleen M.; KENNELLY, Peter J.;

RODWELL, Victor W.; WE. Bioquímica Ilustrada de Harper (Lange), 29ª edição, 2013. RECURSO ELETRÔNICO + 15 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1) ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv; BAKER, David L.; BAKER, Alexandra.

Imunologia celular e molecular. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2012. xii, 545 p.

2) BRANDÃO, Cláudio. Direitos Humanos e fundamentais em perspectiva. São Paulo Atlas. Recurso eletrônico.

3) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).

4) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.

5) CARVALHO, Marcelo Gomes de. Suporte básico de vida no trauma. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora (LMP), c2008. 106 p.

6) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.

7) DI FIORE, Mariano S. H. Atlas de histologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

- 8) DUDEK, Ronald W.; WILEY, John E.; AZEVEDO, Maria de Fátima; PIMENTEL, Márcia Mattos G. Genética humana básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2009.
- 9) FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002. 306p.
- 10) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

1115p.

- 11) MACHADO, Angelo B. M. Neuroanatomia funcional. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 363 p.
- 12) MARINS, João José Neves et al. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2006. 390p.
- 13) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008, 427 p.
- 14) NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS; AMERICAN

COLLEGE OF SURGEONS. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: PHTLS - Prehospital Trauma

Life Support. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2012. xxvi, 618 p

- 15) NETTER, Frank H. Atlas de anatomia humana. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, c2008. 548, [45] p
- 16) PHILIPPI JUNIOR, Arlindo; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Educação ambiental e sustentabilidade 2. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2016. xvii, 1004 p. (Coleção ambiental).
- 17) RIBEIRO, Darcy. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo, SP: Companhia de Bolso, 2015. 435 p.

2º PERÍODO

CICLO DE VIDA – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 1) ABBAS, Abul K. Imunologia celular e molecular. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 564p. 94 EXEMPLARES FÍSICOS

2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). RECURSO ELETRÔNICO + 1 EXEMPLAR FÍSICO

3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Saúde sexual e saúde reprodutiva. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de

Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS

4) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1115p. 119 EXEMPLARES FÍSICOS

5) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia Básica, 12ª edição, 2013.

RECURSO ELETRÔNICO + 87 EXEMPLARES FÍSICOS

6) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. RECURSO ELETRÔNICO + 39 EXEMPLARES FÍSICOS

7) MURRAY, Robert K.; BENDER, David A.; BOTHAM, Kathleen M.; KENNELLY, Peter J.; RODWELL, Victor W.; WE. Bioquímica Ilustrada de Harper (Lange), 29ª edição, 2013. RECURSO ELETRÔNICO + 15 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1) BRANDÃO, Cláudio. Direitos Humanos e fundamentais em perspectiva. São Paulo Atlas. Recurso eletrônico.

2) Estatuto da Criança e do Adolescente. Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p. – (Série E. Legislação de Saúde). Recurso eletrônico.

3) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).

4) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.

5) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.

6) CORTEZ, Celia Martins. Fisiologia aplicada à psicologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

278p. Recurso eletrônico.

7) DI FIORE, Mariano S. H. Atlas de histologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

8) DUDEK, Ronald W.; WILEY, John E.; AZEVEDO, Maria de Fátima; PIMENTEL, Márcia Mattos G. Genética humana básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

9) MACHADO, Angelo B. M. Neuroanatomia funcional. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 363 p.

10) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

11) NETTER, Frank H. Atlas de anatomia humana. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, c2008. 548, [45] p

12) PHILIPPI JUNIOR, Arlindo; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Educação ambiental e sustentabilidade 2. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2016. xvii, 1004 p. (Coleção ambiental).

13) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.

14) PUCCINI, Rosana Fiorini; HILÁRIO, Maria Odete Esteves (Ed.). Semiologia da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 332p. Recurso eletrônico.

15) RIBEIRO, Darcy. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo, SP: Companhia de Bolso, 2015. 435 p.

3º PERÍODO

CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA E ENVELHECIMENTO.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 1) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H. Bioquímica médica. 3. ed. Elsevier, c2011. 653 p. 60 EXEMPLARES FÍSICOS
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). RECURSO ELETRÔNICO + 1 EXEMPLAR FÍSICO
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). RECURSO ELETRÔNICO + 4 EXEMPLARES FÍSICOS
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32). RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. RECURSO ELETRÔNICO + 2 EXEMPLARES FÍSICOS
- 7) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 89 EXEMPLARES FÍSICOS
- 8) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1115p. 119 EXEMPLARES FÍSICOS
- 9) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia Básica, 12ª edição, 2013. RECURSO ELETRÔNICO. 87 EXEMPLARES FÍSICOS
- 10) MELLO FILHO, Julio; BURD, Miriam e colaboradores. Psicossomática Hoje, 2ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 21 EXEMPLARES FÍSICOS
- 11) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. RECURSO ELETRÔNICO + 39 EXEMPLARES FÍSICOS

- 12) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p. 40 EXEMPLARES FÍSICOS
- 13) PORTH, Carol Mattson. Fisiopatologia 2 Vols., 8ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 40 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 2) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 3) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 4) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 5) DI FIORE, Mariano S. H. Atlas de histologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- 6) FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3ª edição. Recurso eletrônico.
- 7) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J. Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013. Recurso eletrônico. 8) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.
- 9) Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2ª ed. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. Recurso eletrônico.
- 10) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.
- 11) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

- 12) NETTER, Frank H. Atlas de anatomia humana. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, c2008. 548, [45] p
- 13) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.
- 14) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015.

4º PERÍODO

CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA, ENVELHECIMENTO, FINITUDE E MORTE.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 1) ABBAS, Abul K. Imunologia celular e molecular. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 564p.
94 EXEMPLARES FÍSICOS
- 2) BLUMENFIELD, Michael; TIAMSON-KASSAB, Maria. Medicina psicossomática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 292p. 40 EXEMPLARES FÍSICOS
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
RECURSO
ELETRÔNICO + 1 EXEMPLAR FÍSICO
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
RECURSO ELETRÔNICO + 4 EXEMPLARES FÍSICOS
- 6) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para Profissionais Médicos -
Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 24 p. RECURSO ELETRÔNICO + 1 EXEMPLAR FÍSICO

- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32). RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS
- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 131 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS
- 10) BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS
- 11) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 101 EXEMPLARES FÍSICOS
- 12) DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. Porto Alegre ArtMed 2011. RECURSO ELETRÔNICO + 22 EXEMPLARES FÍSICOS
- 13) PORTH, Carol Mattson. Fisiopatologia 2 Vols., 8ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 40 EXEMPLARES FÍSICOS
- 14) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 135 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu
- 2) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H. Bioquímica médica. 3. ed. Elsevier, c2011. 653 p.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Pé Diabético - Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença

Crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

Recurso eletrônico.

4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.

5) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).

6) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.

7) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.

8) CORDIOLI, Aristides Volpato. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5®.

5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Recurso eletrônico.

9) FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3ª edição

10) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia Básica, 12ª edição, 2013. Recurso eletrônico.

11) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J.

Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013. Recurso eletrônico.

12) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica . 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.

13) MELLO FILHO, Julio ;BURD, Miriam e colaboradores. Psicossomática Hoje, 2ª edição 14) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo:

Atheneu, c2007. 15) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. Recurso eletrônico.

16) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

17) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015

18) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária.

5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p. Recurso eletrônico.

5º PERÍODO

APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DA SAÚDE DA MULHER

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1) ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Mauricio L. Epidemiologia & Saúde - Fundamentos, Métodos e Aplicações. RECURSO ELETRÔNICO + 30 EXEMPLARES FÍSICOS

2) BEREK, Jonathan S. (ed.). Berek & Novak | Tratado de Ginecologia, 15ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 40 EXEMPLARES FÍSICOS

3) BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília:

Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13). RECURSO ELETRÔNICO + 20 EXEMPLARES

4) BRASIL. Ministério da Saúde. Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana. Coordenação de Laboratório do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 2014. RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS

5) BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS

6) MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia, 12ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 101 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H. Bioquímica médica. 3. ed. Elsevier, c2011. 653 p.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.: il. – (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131). Recurso eletrônico.
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.
- 5) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.
- 6) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 7) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 8) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 9) DUDEK, Ronald W. et al. Genética humana básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 177p.
- 10) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
1115p.
- 11) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica. 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.

12) KUMAR, Vilnay et al. Robbins e Cotran: Patologia: bases patológicas das doenças. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1592p.

13) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J.

Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013. Recurso eletrônico.

14) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.

15) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.

16) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014.

Recurso eletrônico.

17) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.

18) MORAES, Ruy Gomes de et al. Moraes Parasitologia e Micologia humana. 5.ed. Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan, 2008. 589p.

19) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

20) MURRAY, Patrick R. Microbiologia médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 979p.

21) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.

22) PORTO, Celmo Celso; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.

23) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015

6º PERÍODO

APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 1) ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Maurício Lima. Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2014. xxiv, 699 p. RECURSO ELETRÔNICO + 30 EXEMPLARES FÍSICOS
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES FÍSICOS
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e nutrição complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). RECURSO ELETRÔNICO + 1 EXEMPLAR FÍSICO
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 4 v.: il.; RECURSO ELETRÔNICO + 4 EXEMPLARES FÍSICOS
- 5) KLIEGMAN, Robert. Nelson tratado de pediatria. 19. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2013. 2 v. RECURSO ELETRÔNICO + 94 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H. Bioquímica médica. 3. ed. Elsevier, 2011. 653 p.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: MS, 2002. 96 p. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131). Recurso eletrônico.
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.

- 5) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.
- 6) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 7) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 8) CLOHERTY, John P. Manual de neonatologia. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2015. Recurso eletrônico.
- 9) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 10) DUDEK, Ronald W. et al. Genética humana básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 177p.
- 11) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1115p.
- 12) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.
- 13) KUMAR, Vilnay et al. Robbins e Cotran: Patologia: bases patológicas das doenças. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1592p.
- 14) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.
- 15) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.
- 16) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.
- 17) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. Recurso eletrônico.
- 18) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.
- 19) MORAES, Ruy Gomes de et al. Moraes Parasitologia e Micologia humana. 5.ed. Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan, 2008. 589p.

- 20) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 21) MURRAY, Patrick R. Microbiologia médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 979p.
- 22) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
- 23) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.
- 24) PUCCINI, Rosana Fiorini; HILÁRIO, Maria Odete Esteves (Ed.). Semiologia da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 332p.
- 25) TAVARES, Walter. Antibióticos e quimioterápicos para o clínico: tabelas de consulta rápida. 2.ed.

São Paulo: Atheneu, 2014.

- 26) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015.

7º PERÍODO

APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO ADULTO E DO IDOSO

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 1) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo/Patologia, 8ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 60 EXEMPLARES FÍSICOS
- 2) FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 31 EXEMPLARES FÍSICOS
- 3) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J. Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013. RECURSO ELETRÔNICO + 270 EXEMPLARES FÍSICOS
- 4) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015. 45 EXEMPLARES FÍSICOS

- 5) VILAR, Lucio. Endocrinologia Clínica, 5ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 33 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu.
- 2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.
- 3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H. Bioquímica médica. 3. ed. Elsevier, c2011. 653 p.
- 4) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
Recurso eletrônico.

- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.
 - 10) BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Recurso eletrônico.
 - 11) BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Recurso eletrônico.
 - 12) BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Recurso eletrônico.
 - 13) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v
 - 14) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.
 - 15) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
 - 16) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
 - 17) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
 - 18) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
 - 19) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011.
- Gastroenterologia essencial
- 20) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2011.

1115p.

21) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v

22) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ:

Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.

23) KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.

24) KUMAR, Vilnay et al. Robbins e Cotran: Patologia: bases patológicas das doenças. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1592p.

25) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento: nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011. Recurso eletrônico.

26) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.

27) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.

28) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.

29) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014.

Recurso eletrônico.

30) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.

31) MORAES, Ruy Gomes de et al. Moraes Parasitologia e Micologia humana. 5.ed. Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan, 2008. 589p.

32) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

33) MURRAY, Patrick R. Microbiologia médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 979p.

34) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.

35) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.

36) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p. Recurso eletrônico.

37) TARANTINO, Affonso Berardinelli. Doenças pulmonares. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2007. Recurso eletrônico.

38) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária.

5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p. Recurso eletrônico.

8º PERÍODO

APRESENTAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DO ADULTO E DO IDOSO

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES

2) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo/Patologia, 8ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 60 EXEMPLARES FÍSICOS

3) FERRADA, Ricardo; RODRIGUEZ, Aurélio (Ed.). Trauma: Sociedade Panamericana de Trauma.

São Paulo: Atheneu, 2010. 859p. 50 EXEMPLARES FÍSICOS

4) FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 31 EXEMPLARES FÍSICOS

5) TOWNSEND, Courtney; MATTOX, Kenneth; BEAUCHAMP, Daniel. Sabiston – Tratado de Cirurgia. 19ª. Ed. São Paulo: Elsevier, 2015. 159 EXEMPLARES FÍSICOS.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu

2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro

Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.

3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H. Bioquímica médica. 3. ed. Elsevier, c2011. 653 p.

4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.

5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.

6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.

7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Recurso eletrônico.

8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das

Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.

9) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.

10) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).

11) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.

12) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.

13) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

14) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011. Recurso eletrônico.

15) DUDEK, Ronald W.; WILEY, John E.; AZEVEDO, Maria de Fátima; PIMENTEL, Márcia Mattos

G. Genética humana básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2009

16) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

1115p.

17) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v

18) Junior, RS; Salles, RARV; Carvalho, WR; Maia, AM. TRATADO DE CIRURGIA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES - 2A. EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA. Athreneu 2015.

19) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica. 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.

20) KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.

21) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento: nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011. Recurso eletrônico.

22) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J.

23) Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013. Recurso eletrônico. 23) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.

24) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.

25) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.

- 26) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. Recurso eletrônico.
- 27) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.
- 28) MORAES, Ruy Gomes de et al. Moraes Parasitologia e Micologia humana. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 589p.
- 29) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 30) MURRAY, Patrick R. Microbiologia médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 979p.
- 31) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
- 32) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.
- 33) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p
- 34) SKINNER, Harry B., McMahon, Patrick J. Current : ortopedia : diagnóstico e tratamento. 5. Porto Alegre AMGH 2015. Recurso eletrônico.
- 35) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015

9º PERÍODO

INTERNATO – ATENÇÃO BÁSICA – MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32). RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES

- 3) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170). 30 EXEMPLARES FÍSICOS
- 4) Duncan, Bruce B.; Outros. Medicina Ambulatorial - Conduas de Atenção Primária Baseadas Em Evidências - 4ª Ed. Artmed, 2013. RECURSO ELETRÔNICO + 38 EXEMPLARES

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu
- 2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro

Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.

- 3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H.; SABINO, Kátia Costa de Carvalho. Bioquímica médica. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 716p.
- 4) BEREK, Jonathan S. (ed.). Berek & Novak | Tratado de Ginecologia, 15ª edição. Recurso eletrônico.
- 5) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.

- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da

hepatite viral crônica B e coinfeções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Recurso eletrônico.

10) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.

11) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo/Patologia, 8ª edição. Recurso eletrônico.

12) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.

13) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.

14) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.

15) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

16) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011. Recurso eletrônico.

17) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

1115p.

18) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v

19) Junior, RS; Salles, RARV; Carvalho, WR; Maia, AM. TRATADO DE CIRURGIA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES - 2A. EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA. Athreneu 2015.

20) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.

21) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento: nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011. Recurso eletrônico.

22) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J.

Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013. Recurso eletrônico.

23) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.

24) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.

25) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.

26) MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia, 12ª edição.

Recurso eletrônico.

27) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014.

Recurso eletrônico.

28) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

29) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.

30) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.

31) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p

32) TARANTINO, Affonso Berardinelli. Doenças pulmonares. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2007. Recurso eletrônico.

33) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 3ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012

34) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária.

5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p. Recurso eletrônico.

- 35) TOWNSEND, Courtney; MATTOX, Kenneth; BEAUCHAMP, Daniel. Sabiston – Tratado de Cirurgia. 19ª. Ed. São Paulo: Elsevier, 2015.

10º PERÍODO

INTERNATO – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (ROTATÓRIO)

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 1) MCPHEE, Stephen J.; PAPADAKIS, Maxine A.; RABOW, Michael W. CURRENT: Medicina (Lange), 51.ed. RECURSO ELETRÔNICO + 80 EXEMPLARES FÍSICOS
- 2) STONE, C. Keith; HUMPHRIES, Roger L. CURRENT: Medicina de Emergência (Lange), 7ª Edição. RECURSO ELETRÔNICO + 20 EXEMPLARES FÍSICOS
- 3) TOWNSEND, Courtney; MATTOX, Kenneth; BEAUCHAMP, Daniel. Sabiston – Tratado de Cirurgia. 19ª. Ed. São Paulo: Elsevier, 2015. 159 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu
- 2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.
- 3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H.; SABINO, Kátia Costa de Carvalho. Bioquímica médica. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 716p.
- 4) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da

pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.

7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e

Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.

8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Recurso eletrônico.

9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.

10) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo/Patologia, 8ª edição. Recurso eletrônico.

11) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.

12) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).

13) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012

14) CLOHERTY, John P. Manual de neonatologia. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2015

15) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.

16) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

- 17) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011
- 18) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2011.
1115p.
- 19) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v
- 20) Junior, RS; Salles, RARV; Carvalho, WR; Maia, AM. TRATADO DE CIRURGIA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES - 2A. EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA. Athreneu 2015.
- 21) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ:
Guanabara Koogan, 2013.
- 22) KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.
- 23) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento: nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011
- 24) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J.
Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013.
- 25) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011
- 26) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p. 27) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.
- 28) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014
- 29) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.
- 30) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

- 31) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
- 32) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição
- 33) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p
- 34) SKINNER, Harry B., McMahon, Patrick J. Current : ortopedia : diagnóstico e tratamento. 5. Porto Alegre AMGH 2015
- 35) TARANTINO, Affonso Berardinelli. Doenças pulmonares. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan

2007

- 36) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015
- 37) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária.

5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p.

11º PERÍODO

INTERNATO – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA I (ROTATÓRIO)

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 1) BEREK, Jonathan S. (ed.). Berek & Novak | Tratado de Ginecologia, 15ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 40 EXEMPLARES FÍSICOS
- 2) MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia, 12ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 101 EXEMPLARES FÍSICOS
- 3) TOWNSEND, Courtney; MATTOX, Kenneth; BEAUCHAMP, Daniel. Sabiston – Tratado de Cirurgia. 19ª. Ed. São Paulo: Elsevier, 2015. 159 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu

2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro

Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.

3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H.; SABINO, Kátia Costa de Carvalho. Bioquímica médica. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 716p.

4) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v

5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.

6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.

7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.

8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Recurso eletrônico.

9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.

10) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo/Patologia, 8ª edição. Recurso eletrônico.

11) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases

Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.

- 12) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 13) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012
- 14) CLOHERTY, John P. Manual de neonatologia. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2015
- 15) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 16) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
- 17) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011
- 18) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
1115p.
- 19) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v
- 20) Junior, RS; Salles, RARV; Carvalho, WR; Maia, AM. TRATADO DE CIRURGIA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES - 2A. EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA. Athreneu 2015.
- 21) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ:
Guanabara Koogan, 2013.
- 22) KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.
- 23) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento: nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011
- 24) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J.
Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013.

- 25) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011
- 26) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p. 27) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.
- 28) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014
- 29) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.
- 30) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 31) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
- 32) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição
- 33) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p
- 34) SKINNER, Harry B., McMahon, Patrick J. Current: ortopedia: diagnóstico e tratamento. 5. Porto Alegre AMGH 2015
- 35) TARANTINO, Affonso Berardinelli. Doenças pulmonares. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2007
- 36) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015
- 37) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p.

10º PERÍODO

INTERNATO – PEDIATRIA I (ROTATÓRIO)

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1) STONE, C. Keith; HUMPHRIES, Roger L. CURRENT: Medicina de Emergência (Lange), 7ª Edição. RECURSO ELETRÔNICO + 20 EXEMPLARES FÍSICOS

2) HAY, William W.; LEVIN, Myron J.; SONDEHEIMER, Judith M.; DETERDING, Robin R.

CURRENT: Pediatria (Lange): Diagnóstico e Tratamento, 20ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 40 EXEMPLARES FÍSICOS

3) TOWNSEND, Courtney; MATTOX, Kenneth; BEAUCHAMP, Daniel. Sabiston – Tratado de Cirurgia. 19ª. Ed. São Paulo: Elsevier, 2015. 159 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu

2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro

Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.

3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H.; SABINO, Kátia Costa de Carvalho. Bioquímica médica. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 716p.

4) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v

5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.

6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.

7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e

Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.

8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Recurso eletrônico.

9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.

10) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo/Patologia, 8ª edição. Recurso eletrônico.

11) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.

12) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).

13) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012

14) CLOHERTY, John P. Manual de neonatologia. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2015

15) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.

16) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

17) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011

18) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

1115p.

19) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v

20) Junior, RS; Salles, RARV; Carvalho, WR; Maia, AM. TRATADO DE CIRURGIA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES - 2A. EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA. Athreneu 2015.

21) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ:

Guanabara Koogan, 2013.

22) KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.

23) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento: nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011

24) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J. Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013.

25) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de

Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011

26) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p. 27) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.

28) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014

29) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.

30) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

31) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.

32) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição

33) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p

34) SKINNER, Harry B., McMahon, Patrick J. Current : ortopedia : diagnóstico e tratamento. 5. Porto Alegre AMGH 2015

35) TARANTINO, Affonso Berardinelli. Doenças pulmonares. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2007

36) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015

37) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária.

5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p.

10º PERÍODO

INTERNATO – CLÍNICA CIRÚRGICA I (ROTATÓRIO)

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. RECURSO ELETRÔNICO + 3 EXEMPLARES

2) STONE, C. Keith; HUMPHRIES, Roger L. CURRENT: Medicina de Emergência (Lange), 7ª Edição. RECURSO ELETRÔNICO + 20 EXEMPLARES FÍSICOS

3) TOWNSEND, Courtney; MATTOX, Kenneth; BEAUCHAMP, Daniel. Sabiston – Tratado de Cirurgia. 19ª. Ed. São Paulo: Elsevier, 2015. 159 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu

2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro

Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.

- 3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H.; SABINO, Kátia Costa de Carvalho. Bioquímica médica. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 716p.
- 4) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.

- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Recurso eletrônico.

- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.
- 10) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo/Patologia, 8ª edição. Recurso eletrônico.
- 11) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.

- 12) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 13) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012
- 14) CLOHERTY, John P. Manual de neonatologia. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2015
- 15) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 16) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
- 17) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011
- 18) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2011.
1115p.
- 19) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v
- 20) Junior, RS; Salles, RARV; Carvalho, WR; Maia, AM. TRATADO DE CIRURGIA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES - 2A. EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA. Athreneu 2015.
- 21) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ:
Guanabara Koogan, 2013.
- 22) KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.
- 23) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento: nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011
- 24) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J.
Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013.
- 25) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011

- 26) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.
- 27) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.
- 28) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014
- 29) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.
- 30) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 31) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
- 32) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição
- 33) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p
- 34) SKINNER, Harry B., McMahon, Patrick J. Current : ortopedia : diagnóstico e tratamento. 5. Porto Alegre AMGH 2015
- 35) TARANTINO, Affonso Berardinelli. Doenças pulmonares. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2007
- 36) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015
- 37) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p.

11º PERÍODO

INTERNATO – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA II (ROTATÓRIO)

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 1) BEREK, Jonathan S. (ed.). Berek & Novak | Tratado de Ginecologia, 15ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 40 EXEMPLARES FÍSICOS

- 2) MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. *Obstetrícia*, 12ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 101 EXEMPLARES FÍSICOS
- 3) TOWNSEND, Courtney; MATTOX, Kenneth; BEAUCHAMP, Daniel. *Sabiston – Tratado de Cirurgia*. 19ª. Ed. São Paulo: Elsevier, 2015. 159 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. *Bases Moleculares - Em Clínica Médica*. 1 ed. Atheneu
- 2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. *Dermatologia*. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.
- 3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H.; SABINO, Kátia Costa de Carvalho. *Bioquímica médica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 716p.
- 4) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. *Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares*. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Recurso eletrônico.

- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.
- 10) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo/Patologia, 8ª edição. Recurso eletrônico.
- 11) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.
- 12) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 13) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 14) CLOHERTY, John P. Manual de neonatologia. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2015. Recurso eletrônico.
- 15) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 16) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
- 17) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011. Recurso eletrônico.
- 18) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2011.
1115p.
- 19) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v
- 20) Junior, RS; Salles, RARV; Carvalho, WR; Maia, AM. TRATADO DE CIRURGIA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES - 2A. EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA. Athreneu 2015.
- 21) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.

22) KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.

23) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento: nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011. Recurso eletrônico.

24) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J.

Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013. Recurso eletrônico.

25) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.

26) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.

27) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.

28) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014.

Recurso eletrônico.

29) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.

30) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

31) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.

32) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.

33) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p

34) SKINNER, Harry B., McMahon, Patrick J. Current: ortopedia: diagnóstico e tratamento. 5. Porto Alegre AMGH 2015. Recurso eletrônico.

35) STONE, C. Keith; HUMPHRIES, Roger L. CURRENT: Medicina de Emergência (Lange), 7ª

Edição. Recurso eletrônico.

36) TARANTINO, Affonso Berardinelli. Doenças pulmonares. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2007. Recurso eletrônico.

37) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015

38) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária.

5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p. Recurso eletrônico.

11º PERÍODO

INTERNATO – PEDIATRIA II (ROTATÓRIO)

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1) STONE, C. Keith; HUMPHRIES, Roger L. CURRENT: Medicina de Emergência (Lange), 7ª Edição. RECURSO ELETRÔNICO + 20 EXEMPLARES FÍSICOS

2) HAY, William W.; LEVIN, Myron J.; SONDEHEIMER, Judith M.; DETERDING, Robin R.

CURRENT: Pediatria (Lange): Diagnóstico e Tratamento, 20ª edição. RECURSO ELETRÔNICO + 40 EXEMPLARES FÍSICOS

3) TOWNSEND, Courtney; MATTOX, Kenneth; BEAUCHAMP, Daniel. Sabiston – Tratado de Cirurgia. 19ª. Ed. São Paulo: Elsevier, 2015. 159 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu

2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro

Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.

3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H.; SABINO, Kátia Costa de Carvalho. Bioquímica médica. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 716p.

4) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v

- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
Recurso eletrônico.
- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.
- 10) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo/Patologia, 8ª edição. Recurso eletrônico.
- 11) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.
- 12) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 13) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 14) CLOHERTY, John P. Manual de neonatologia. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2015. Recurso eletrônico.

15) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.

16) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

17) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011. Recurso eletrônico.

18) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

1115p.

19) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v

20) Junior, RS; Salles, RARV; Carvalho, WR; Maia, AM. TRATADO DE CIRURGIA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES - 2A. EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA. Athreneu 2015.

21) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ:

Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.

22) KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.

23) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento: nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011. Recurso eletrônico.

24) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J.

Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013. Recurso eletrônico.

25) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.

26) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.

27) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.

28) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014.

Recurso eletrônico.

29) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.

30) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

31) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.

32) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.

33) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p

34) SKINNER, Harry B., McMahon, Patrick J. Current : ortopedia : diagnóstico e tratamento. 5. Porto Alegre AMGH 2015. Recurso eletrônico.

35) STONE, C. Keith; HUMPHRIES, Roger L. CURRENT: Medicina de Emergência (Lange), 7ª

Edição. Recurso eletrônico.

36) TARANTINO, Affonso Berardinelli. Doenças pulmonares. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2007. Recurso eletrônico.

37) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças

Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015

38) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária.

5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p. Recurso eletrônico.

12º PERÍODO

INTERNATO – CLÍNICA MÉDICA (ROTATÓRIO)

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1) MCPHEE, Stephen J.; PAPADAKIS, Maxine A.; RABOW, Michael W. CURRENT: Medicina

(Lange), 51.ed. Recurso eletrônico.

- 2) STONE, C. Keith; HUMPHRIES, Roger L. CURRENT: Medicina de Emergência (Lange), 7ª Edição. RECURSO ELETRÔNICO + 20 EXEMPLARES FÍSICOS
- 3) TOWNSEND, Courtney; MATTOX, Kenneth; BEAUCHAMP, Daniel. Sabiston – Tratado de Cirurgia. 19ª. Ed. São Paulo: Elsevier, 2015. 159 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu
- 2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro
Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.
- 3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H.; SABINO, Kátia Costa de Carvalho. Bioquímica médica. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 716p.
- 4) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
Recurso eletrônico.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da

hepatite viral crônica B e coinfeções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Recurso eletrônico.

- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.
- 10) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo/Patologia, 8ª edição. Recurso eletrônico.
- 11) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.
- 12) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 13) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 14) CLOHERTY, John P. Manual de neonatologia. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2015. Recurso eletrônico.
- 15) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 16) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
- 17) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011. Recurso eletrônico.
- 18) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2011. 1115p.
- 19) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v
- 20) Junior, RS; Salles, RARV; Carvalho, WR; Maia, AM. Tratado de cirurgia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - 2A. EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA. Athreneu 2015.

21) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ:

Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.

22) KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.

23) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento: nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011. Recurso eletrônico.

24) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J.

Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013. Recurso eletrônico.

25) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.

26) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.

27) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.

28) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014.

Recurso eletrônico.

29) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.

30) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

31) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.

32) PORTO, Celmo Celso; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.

33) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed,

2011. xii, 463 p

34) SKINNER, Harry B., McMahon, Patrick J. Current : ortopedia : diagnóstico e tratamento. 5. Porto Alegre AMGH 2015. Recurso eletrônico.

- 35) STONE, C. Keith; HUMPHERIES, Roger L. CURRENT: Medicina de Emergência (Lange), 7ª

Edição. Recurso eletrônico.

- 36) TARANTINO, Affonso Berardinelli. Doenças pulmonares. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2007. Recurso eletrônico.

- 37) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015

- 38) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária.

5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p. Recurso eletrônico.

12º PERÍODO

INTERNATO – CLÍNICA CIRÚRGICA II (ROTATÓRIO)

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 1) MCPHEE, Stephen J.; PAPADAKIS, Maxine A.; RABOW, Michael W. CURRENT: Medicina (Lange), 51.ed. RECURSO ELETRÔNICO + 80 EXEMPLARES
- 2) STONE, C. Keith; HUMPHERIES, Roger L. CURRENT: Medicina de Emergência (Lange), 7ª Edição. RECURSO ELETRÔNICO + 20 EXEMPLARES FÍSICOS
- 3) TOWNSEND, Courtney; MATTOX, Kenneth; BEAUCHAMP, Daniel. Sabiston – Tratado de Cirurgia. 19ª. Ed. São Paulo: Elsevier, 2015. 159 EXEMPLARES FÍSICOS

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu

- 2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro

Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.

- 3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H.; SABINO, Kátia Costa de Carvalho. Bioquímica médica. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 716p.

- 4) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v

- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
Recurso eletrônico.
- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.
- 10) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo/Patologia, 8ª edição. Recurso eletrônico.
- 11) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.
- 12) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 13) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 14) CLOHERTY, John P. Manual de neonatologia. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2015. Recurso eletrônico.

- 15) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 16) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
- 17) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011. Recurso eletrônico.
- 18) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
1115p.
- 19) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v
- 20) Junior, RS; Salles, RARV; Carvalho, WR; Maia, AM. Tratado de cirurgia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - 2A. EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA. Atheneu 2015.
- 21) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ:
Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.
- 22) KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.
- 23) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento: nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011. Recurso eletrônico.
- 24) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J. Larry; LOSCAL, Joseph. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013. Recurso eletrônico.
- 25) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.
- 26) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.
- 27) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.
- 28) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014.
Recurso eletrônico.

- 29) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p. 30) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 31) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
- 32) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.
- 33) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p
- 34) SKINNER, Harry B., McMahon, Patrick J. Current: ortopedia: diagnóstico e tratamento. 5. Porto Alegre AMGH 2015. Recurso eletrônico.
- 35) STONE, C. Keith; HUMPHRIES, Roger L. CURRENT: Medicina de Emergência (Lange), 7ª Edição. Recurso eletrônico.
- 36) TARANTINO, Affonso Berardinelli. Doenças pulmonares. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2007. Recurso eletrônico.
- 37) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015
- 38) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p. Recurso eletrônico.

ANEXO VI

Orientações sobre as Atividades Complementares

Aspectos Gerais

As **Atividades Complementares** são componente curricular obrigatório do curso. A carga horária curricular dedicada às Atividades Complementares é um dos componentes curriculares orientados pelo artigo 8º das **Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)**, pela na Resolução CNE/CES nº 4 de 2009 e pelo **Regulamento das Atividades Complementares dos Cursos de Graduação do**

UNIFESO. Devem ser cumpridas 320 horas preferencialmente do 1º ao 8º período letivo, podendo ser integralizadas até o 11º período do curso.

Têm por objetivos desenvolver a autonomia e pró-atividade do estudante, favorecendo sua participação em atividades de estudos diversificados que contribuam para a sua formação profissional, estimulando o desenvolvimento de competências e habilidades dentro e fora do ambiente escolar e incentivando a participação do estudante em atividades voltadas ao mundo do trabalho e em ações de extensão na comunidade, com o intuito de fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva.

O componente curricular obrigatório Cidadania, Diversidade e Sustentabilidade (CDS) é ofertado em ambiente virtual de aprendizagem (AVA UNIFESO), em dois módulos distintos, preferencialmente aos estudantes do 1º e 2º períodos do curso, sendo convalidado como atividade complementar com 40 horas para cada módulo cumprido, conforme consta na matriz curricular do curso.

Convalidação das Atividades

A Comissão de Currículo e Avaliação do Curso de Graduação em Medicina definiu, em 2011, as Orientações Para a Validação das Atividades Complementares. Para contemplar tal recomendação, foram atribuídas 40 horas de carga horária semestral para cômputo de atividades complementares do 1º ao 8º período do curso, sistematizando seu registro a partir do segundo semestre de 2011, conforme segue:

do 1º ao 4º períodos CH total por período letivo 800 horas	Tutoria – 120 horas
	AAD – 160 horas
	Conferência – 80 horas
	Instrutorias integradas – 200 horas
	Laboratório de habilidades – 40 horas
	IETC – 160 horas
	Atividade complementar – 40 horas por período
Tutoria – 120 horas	
do 5º ao 8º períodos CH total por período letivo 800 horas	AAD – 160 horas
	Conferência – 80 horas
	Instrutorias integradas – 120 horas
	Laboratório de habilidades – 40 horas

do 9º ao 12º períodos CH por semestre letivo 880 horas	IETC – 240 horas
	Atividade complementar – 40 horas por período
	Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço em Regime de Internato
	880 horas

As atividades complementares são convalidadas a partir da solicitação à coordenação do curso via Secretaria Geral de Ensino (SEGEN), a qual autentica os certificados e os encaminha à Coordenação, que por sua vez, avalia a pertinência das atividades, procedendo à convalidação das mesmas a partir de tabela própria, amplamente divulgada aos discentes e promove, por fim, o lançamento destas cargas horárias junto ao componente curricular no sistema de informações acadêmicas, o que permite que o estudante acompanhe o cumprimento de sua carga horária.

Regras e o papel de cada um

□ Compete à Coordenação de Curso

- Incentivar, acompanhar e divulgar o cumprimento das atividades complementares;
- Analisar as solicitações dos estudantes relacionadas à convalidação de horas de atividades complementares;
- Convalidar as horas de atividades complementares junto ao sistema de registro de informações acadêmicas de acordo com o quadro de convalidação apresentado a seguir, mediante a entrega de documentos comprobatórios pelo estudante via Protocolo Geral da SEGEN;

Tendo em vista que a carga horária das atividades complementares compõe a matriz curricular do curso do 1º ao 8º períodos estando embutida nas 800 horas previstas em cada período, esta deverá ser cumprida pelo Estudante desde seu ingresso no Curso de Medicina até o final do 8º período, podendo, excepcionalmente, ser complementada até o término do 11º período, obedecendo à carga horária total de **320 horas, à razão de 40 horas semestrais**.

Desta forma, o Estudante deverá cumprir semestralmente a carga horária de 40 horas dedicada às atividades complementares. **A carga horária de atividade complementar cumprida pelo estudante que exceder à distribuída no período será considerada no cômputo do período subsequente.**

Para tanto, o Estudante deverá solicitar em novo requerimento, no período letivo subsequente (quando então o sistema de registro de informações acadêmicas disponibilizará a carga horária a ser cumprida), o lançamento da carga horária excedente que será informada pela Coordenação de Curso.

A carga horária de Atividades Complementares deve, obrigatoriamente, ser entregue semestralmente e não é computada para semestres anteriores à entrega da documentação para convalidação.

Os acadêmicos que ingressarem ao curso por transferência externa deverão solicitar a análise de viabilidade do aproveitamento de carga horária de atividades complementares já cumpridas em sua instituição de origem no momento da matrícula e vinculação ao UNIFESO. A convalidação da mesma seguirá o fluxo normal, desde que o seu registro seja legítimo e conste da documentação cedida pela Instituição de origem, além de estar em consonância com a Regulamentação das Atividades Complementares dos Cursos de Graduação do UNIFESO, podendo esta análise resultar em Plano de Adaptação para o Estudante requerente.

Observação¹: Os casos omissos serão deliberados pela Coordenação do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO.

Quadro de convalidação de atividades complementares optativas

Atividade	Número de horas para convalidação
1. Participação como ouvinte em eventos científicos como congressos, simpósios, workshops e similares.	10 horas por evento (máximo de 1 por semestre, sem possibilidade de aproveitamento para semestres letivos subsequentes)
2. Apresentação de trabalho (pôster, painel ou apresentação oral) em congressos, simpósios, workshops e similares (local ou regional).	15 horas por trabalho
3. Apresentação de trabalho (pôster, painel ou apresentação oral) em congressos, simpósios, workshops e similares (nacional ou internacional).	20 horas por trabalho
4. Apresentação de trabalho que tenha sido premiado em congressos, simpósios, workshops e similares.	25 horas por trabalho
5. Publicação de artigo científico completo em revista internacional indexada com comprovação de <i>qualis</i> pela CAPES (artigo efetivamente publicado ou com aceite final de publicação) – sem a necessidade de ser o primeiro autor.	40 horas por publicação
6. Publicação de artigo científico completo em revista nacional (artigo efetivamente publicado ou com aceite final de publicação) – sem a necessidade de ser o primeiro autor.	Indexada no Medline, Scielo ou Lilacs - 30 horas por publicação Não indexada – 20 horas por publicação.

7. Autoria ou coautoria de livro/capítulo de livro (relacionado ao escopo de Curso).	30 horas por capítulo/livro
8. Participação como membro de organização de eventos científicos: fórum de produção acadêmica (ou equivalente), simpósio, jornada, congressos, promovidos pelo UNIFESO ou por instituições reconhecidas.	20 horas por evento
9. Atuação como monitor em atividades acadêmicas dos Cursos do Centro de Ciências da Saúde (mínimo de um semestre completo).	20 horas por semestre
10. Participação em atividades comunitárias promovidas pelo UNIFESO (campanhas, feiras de saúde e cidadania e similares).	Cada turno realizado equivale a 4 horas de atividade complementar, até o máximo de 40 horas.
11. Programas de pesquisa e extensão (PICPE - participação com ou sem bolsa de iniciação científica).	A finalização do projeto equivale a 30 horas
12. Participação em outras atividades de extensão (que não o PICPE), reconhecidas pela Coordenação do Curso (ligas acadêmicas, projetos de extensão cadastrados na IES	Cada período comprovado de participação equivale a 20 horas
13. Representação do Curso/Centro Universitário em eventos por indicação institucional.	10 horas por evento.
14. Participação em Cursos de aprofundamento ou atualização em área específica ou correlata ao Curso (exceto cursos preparatórios para concursos).	Cada hora de Curso equivale a 1 hora de atividade complementar, até no máximo 40 horas.

Observação²: A carga horária de atividade complementar passou a ser computada para todos os Estudantes do 1º ao 8º períodos do curso a partir de do segundo semestre de 2011;

Atenção!

1. O encaminhamento da certificação de cumprimento da carga horária de atividades complementares deve ser feito via Protocolo Geral da Secretaria Geral de Ensino (SEGEN), mediante a apresentação de originais e cópias da documentação comprobatória para autenticação no local. Posteriormente os documentos são encaminhados à Coordenação de Curso para análise, convalidação e lançamento junto ao Sistema de Informações Acadêmicas CADSOFT;
2. Semestralmente, a Coordenação de Curso emitirá relatório do lançamento de carga horária que será afixado para consulta dos Estudantes.

ANEXO 3
PERFIL ENTREVISTADOS – ESTUDANTES

PERFIL DO ENTREVISTADOS
ESTUDANTES (N)

N1 – 6º ANO/ UNIFESO: 23 anos, masculino, natural de Aracajú -SE

N2 – 1º ANO/UNIFESO: 18anos, feminino, natural de Teresópolis-RJ

N3 - 6º ANO/UNIFESO: 32anos, masculino, natural Bahia, presidente do Diretório Acadêmico

N4 – 4º ANO/UNIFESO: 21anos, feminino, natural do Paraná, membro de Liga Acadêmica

N5 – 6º ANO/UNIFESO: 24anos, masculino, natural de Teresópolis-RJ

N6 – 6º ANO/UNIFESO: 31anos, feminino, natural de MG, membro do Diretório Acadêmico

N7–6º ANO/UFC:25anos, feminino, natural Fortaleza, membro do Diretório Acadêmico

N8- 1º ANO/UFC: 19anos, feminino, natural de Fortaleza-CE membro de Liga Acadêmica

N9 – 1º ANO/UFC: 19 anos, masculino, natural Crateús-CE

N10 – 1º ANO/UFC: 18 anos, feminino, natural Fortaleza-CE

N11 – 4º ANO/UNIFESO: 22anos, masculino, natural de MG

N12 – 4º ANO/UFC: 22anos, feminino, natural de Fortaleza-CE, membro de Liga Acadêmica

N13 – 4º ANO/UFC: 22anos, feminino, natural de Palmácia-CE, membro do Diretório Acadêmico

N14 – 6º ANO/UFC: 26 anos, feminino, Fortaleza - CE

ANEXO 4**PERFIL ENTREVISTADOS – PROFESSORES**

PERFIL DO ENTREVISTADOS
PROFESSORES (E)

E1 – UNIFESO: 70 anos, masculino, natural do Rio de Janeiro -RJ, cirurgião geral, vínculo professor titular,

E2 – UFC: 58anos, feminino, natural de Fortaleza-CE, pediatra, vínculo professor titular E3 - UNIFESO: 52anos, masculino, natural do Rio de Janeiro -RJ, cirurgião torácico, vínculo professor adjunto

E4– UFC: 41anos, masculino, natural do Ceará, clínico (endocrinologista), vínculo professor adjunto

E5 –UNIFESO: 64anos, masculino, natural de Rio de Janeiro -RJ, clínico (infecologista), vínculo professor titular

E6 - UFC: 61anos, feminino, natural de Fortaleza-CE, clínica (saúde coletiva), coordenadora do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) – UFC, vínculo professor titular

E7– UNIFESO: 35anos, feminino, natural do Rio de Janeiro-RJ, clínico (socorrista), vínculo Organização Social, PET-Saúde

E8- UFC: 49anos, masculino, natural de Fortaleza-CE, clínico (cardiologista), vínculo professor adjunto

E9 – UFC: 59 anos, masculino, natural Sobral-CE, cirurgião geral, vínculo professor titular

E10 – UFC: 68 anos, masculino, natural Crato-CE, cirurgião (gineco-obstetra), vínculo professor titular, coordenado do curso medicina

E11 –UNIFESO: 72anos, masculino, natural de SC, clínico (nefrologista), vínculo professor titular, coordenador do internato médico

E12 – UNIFESO: 63anos, masculino, natural de Teresópolis-RJ, cirurgião (urologista), vínculo professor titular, coordenador do curso de medicina

E13 – 4º ANO/UFC: 22anos, feminino, natural de Palmácia-CE, membro do Diretório Acadêmico

14 – 6º ANO/UFC: 26 anos, feminino, Fortaleza – CE.

