



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**



**PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**
Campus de Parnaíba

**TERESINA, PI
2014**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

Projeto Pedagógico do curso de graduação em Medicina do *campus* de Parnaíba.

Projeto Pedagógico do Curso de Graduação de
Medicina a ser implantado no *Campus*
Universitário de Parnaíba no período 2014/2

**TERESINA, PI
2014**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

DIRIGENTES

REITOR

José Arimatéia Dantas Lopes

VICE-REITORA

Nadir do Nascimento Nogueira

PRÓ-REITORA DE ENSINO E GRADUAÇÃO

Maria do Socorro Leal Lopes

PRÓ-REITOR DE PESQUISA

Pedro Vilarinho Castelo Branco

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO

Helder Nunes da Cunha

PRÓ-REITOR DE EXTENSÃO

Miguel Ferreira Cavalcante Filho

PRÓ-REITORA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS E COMUNITÁRIOS

Cristiane Batista Bezerra Torres

PRÓ-REITOR DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO

Edilberto Duarte Lopes

PRÓ-REITORA DE ADMINISTRAÇÃO

Jovita Maria Terto Madeira Nunes

DIRETORA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - TERESINA

Regina Ferraz Mendes

DIRETOR DO *CAMPUS* UNIVERSITÁRIO DE PARNAÍBA

Alexandro Marinho Oliveira

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO PROJETO (PRIMEIRA FASE - 2012)

Antonia Dalva França Carvalho – Coordenadora de Currículo da PREG
Edilson Carvalho de Sousa Júnior – Docente do Departamento de Clínica Geral – CCS

Regina Ferraz Mendes – Pró-Reitora de Ensino de Graduação (Presidente)
Antonio dos Santos Rocha Filho – Diretor do Centro de Ciências da Saúde - Teresina
Edilberto Duarte Lopes – Assessor para Assuntos de Reestruturação e Expansão
Lina Gomes dos Santos – Coordenadora do Curso de Medicina - Teresina
José Ivo dos Santos Pedrosa – Chefe do Departamento de Medicina Comunitária
Paulo Humberto Moreira Nunes – Professor Adjunto – Deptº de Biofísica e Fisiologia
Marco Antonio Mastrangelo – Arquiteto e Urbanista
Fábio José Nascimento Motta – Docente do Curso de Biomedicina/*Campus* de Parnaíba

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROJETO (SEGUNDA FASE-2013)

– Ato da Reitoria nº1862/2013

Adaptação às normas do GTEM (instituído pela SESu-MEC) e do INEP:

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa – Coordenador
Chefe do Departamento de Medicina Comunitária/CCS

Profª. Msc Eugênia Bridget Gadêlha Figueiredo – Titular
Assessora da Direção do *Campus* de Parnaíba

Profª. Drª. Luciana Matias Cavalcante – Suplente
Orientadora Pedagógica do *Campus* de Parnaíba

Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo – Titular
Curso de Psicologia/*Campus* de Parnaíba

Prof. Msc. Reginaldo Almeida de Trindade – Suplente

Curso de Biomedicina/*Campus* de Parnaíba

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo de Souza Batista – Titular
Diretora de Informação e Avaliação Institucional

Prof.^a Msc. Teresa Christina Torres Silva Honório – Suplente
Coordenadora de Planejamento Administrativo e Informacional

Prof. Dr. Osmar de Oliveira Cardoso – Titular
Departamento de Farmacologia/CCS

Prof. Msc. Otacílio Batista de Sousa Netto – Suplente
Departamento de Patologia e Clínica Odontológica

Prof.^a Dr.^a Marta Alves Rosal – Titular
Coordenadora de Residência Médica da UFPI

Representante Externo – Prof.^a Helana Maria Souza de Mesquita –
Representante da Gestão Municipal de Parnaíba

LISTAS DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

QUADROS

Quadros

1 Região Geográfica Meio Norte, por área, população e densidade demográfica	13
2 Indicadores demográficos do Piauí	21
3 Crescimento populacional de Parnaíba 1697 a 2010	31
4 Indicadores demográficos de Parnaíba	31
5 População residente no município de Parnaíba	31
6 Evolução da Taxa de Natalidade no Município de Parnaíba – 1998/2006	32
7 Indicadores de longevidade, mortalidade e fecundidade de Parnaíba, 1991 a 201	33
8 Causas de mortalidade proporcional selecionadas para os TD Planície Litorânea e Cocais, 2010	37
9 Capacidade instalada em Parnaíba, 2007	38
10 Indicadores de qualidade dos Cursos da Expansão do <i>Campus</i> de Parnaíba	53
11 Racionalidades pedagógicas do processo de ensino e de aprendizagem	89
12 Desempenho esperado nos eixos	100
13 Atividades complementares	117
14 Docentes do Curso (dois primeiros anos)	188
15 Acervo das bibliotecas da UFPI	193
16 Estabelecimentos de saúde dos municípios do TD Planície Litorânea, julho 2012	197
17 Número de Unidades Básicas De Saúde (UBS) Por Município do Território da Planície Litorânea	198
18 Leitos disponíveis na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba	200
19 Identificação Institucional do HEDA	202
20 Caracterização atual do HEDA	202
21 Número de leitos do HEDA, por especialidade médica	202
22 Número de consultórios do HEDA por especialidade médica	203
23 Centro Cirúrgico e Obstetrício do HEDA	203

Tabelas

1 População residente em Parnaíba, por faixa etária, 2010	32
2 Mortalidade proporcional por capítulos da CID 10 no município de Parnaíba em 2010	35
3 Coeficiente de mortalidade (POR 100.000 habitantes) por algumas causas selecionadas. Parnaíba 2000 a 2010	36

Figuras

1 Mapa do Estado do Piauí	18
2 Taxa de crescimento anual do PIB <i>per capita</i> . Piauí, Nordeste e Brasil 2003/2008 ..	21

3 Regiões de Saúde do Estado do Piauí.....	24
4 Território da Planície Litorânea.....	25
5 Delta do Parnaíba.....	28
6 Lagoa do Portinho.....	29
7 Espaço Cultural Porto das Barcas.....	29
8 População residente em Parnaíba, período 1991 a 2010.....	31
9 Pirâmide etária do município de Parnaíba.....	33
10 Mortalidade por Neoplasias na região Nordeste do Brasil, 2006-2010.....	37
11 Organograma do HEDA.....	201
12 Brinquedoteca do HEDA.....	204
13 Sala de parto humanizado.....	205
14 Projeto mãe adolescente.....	206

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	10
2 CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS	11
2.1.1 Evolução e Distribuição da População.....	19
2.1.2 Estrutura Etária da População	20
2.1.3 Aspectos Econômicos	21
2.1.3.1 A Indústria.....	22
2.1.3.2 O Comércio	22
2.1.3.3 Educação	23
2.2 O contexto regional: a região norte e os territórios de desenvolvimento do Estado.....	24
2.3 O Contexto Local: a Cidade de Parnaíba	27
2.3.2 Quadro Sanitário	34
2.3.2.1 Mortalidade Geral	34
4 FORMATAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO (PPC) DE MEDICINA DE PARNAÍBA	48
5 ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA.....	49
5.1 Perfil institucional	49
5.1.1 O <i>Campus</i> Universitário de Parnaíba.....	51
5.1.2 Ensino na área da saúde no <i>Campus</i> de Parnaíba	53
5.2 Identificação do Curso	54
5.3 Objetivos do Curso.....	54
5.6 Competências e habilidades	65
5.6.1 Área de competência: Atenção à Saúde.....	66
5.6.2 Área de competência: Gestão em Saúde	69
5.6.3 Área de competência: Educação em Saúde.....	71
5.6.4 .Habilidades específicas e níveis de desempenho esperado.....	72
5.9 O Processo de Ensino-aprendizagem.....	87
5.10 O papel do aluno	96
5.11 O papel do Professor	96
5.12 Sistemática de Avaliação	97
5.12.1 Avaliação da aprendizagem	98
5.12.2 Avaliação do PPC	105
5.12.3 Matriz Curricular.....	106
5.13 DESENHO DO CURRÍCULO POR MÓDULOS E PERÍODOS.....	109
5.14 FLUXOGRAMA CURRICULAR.....	111
5.15 Horários da Semana Padrão	112
5.16 Estágio Obrigatório	114
5.17 Atividades Complementares	116
5.18 Trabalho de Conclusão de Curso	121
5.19 Ementário, Objetivo e Bibliografia dos Módulos do Curso de Medicina.....	121
5.20 Apoio ao Discente.....	182
6. CORPO DOCENTE.....	183
6.1 Atuação do Núcleo Docente Estruturante – NDE.....	183
6.2 Atuação do Coordenador do Curso, sua experiência e regime de trabalho	185
6.3 Docentes do Curso	186
7. INFRAESTRUTURA	189
7. 1 Estrutura física já existente no <i>Campus</i> de Parnaíba	189

7.1.1 Salas de aula.....	189
7.1.2 Gabinetes de trabalho para docentes.....	189
7.1.3 Laboratórios e Clínicas-Escolas.....	189
7.1.4 Laboratórios de Informática.....	192
7.1.5 Dependências administrativas.....	192
7.1.6 Auditórios.....	192
7.1.7 Bibliotecas.....	192
7.1.8 Biotérios.....	193
7.1.9 Comitê de Ética em Pesquisa.....	193
7.1.10 Espaços de convivência.....	196
7.2 Referência e contrarreferência.....	196
7.3 Estrutura física a ser construída.....	197
7.4 Cenários de Prática do curso.....	197
7.4.1 A Rede de Atenção à Saúde no Território da Planície Litorânea.....	197
7.4.2 Rede de Média e Alta Complexidade.....	199
7.4.3 A Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba.....	200
7.4.4 Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA).....	201
7.4.4.2 Caracterização e Identificação institucional do HEDA.....	202
7.4.5 Projetos Implantados no HEDA.....	203
7.4.5.1 Brinquedoteca.....	204
7.4.5.2 Projeto Hospital Amigo da Criança.....	204
7.4.5.3 Grupo de Trabalho de Humanização.....	204
7.4.5.3.1 Projeto Parto Humanizado.....	205
7.4.5.4 Programa de Gerenciamento de Resíduos.....	205
7.4.5.5 Projeto Mãe Adolescente.....	206
7.4.6 Ações de suporte técnico gerencial do HEDA.....	206
8. REQUISITOS LEGAIS.....	207
9 REFERÊNCIAS.....	208

1 APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta a proposta de criação e implementação do Curso de Graduação em Medicina no *Campus* Universitário da cidade de Parnaíba-PI, da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

A ideia de implementar um curso desta natureza na segunda maior cidade piauiense, decorre da imperiosidade ética de contribuir para que se concretize no estado, o Direito à Saúde consubstanciado na Constituição Brasileira. Além das características sociais e epidemiológicas que contribuem para as condições de morbidade e mortalidade da população piauiense, do modo como os serviços de saúde são organizados e disponibilizados que geram dificuldades no acesso, destaca-se a carência de profissionais médicos de várias especialidades, o que tem contribuído para a não resolutividade do sistema de saúde e aumento constante da demanda por serviços médicos, cujos efeitos são observados na precarização do trabalho médico, na baixa qualidade da atenção em saúde e na permanente insatisfação dos usuários com o sistema de saúde.

Neste aspecto, a atual gestão da UFPI atenta a esta realidade, no exercício de sua *práxis*, idealizou como forma de minimizar esta problemática um curso de medicina em outro *lócus* fora da capital. Tomando como referência a população, localização estratégica e a existência de um de seus *campi*, a cidade de Parnaíba foi a contemplada. Assim, foi em busca de parcerias com os gestores do SUS no âmbito dos municípios que se encontram vinculados à área de abrangência do Curso (Territórios de Desenvolvimento) para articular a rede de atenção básica existente como cenários de prática da formação, especialmente com a Prefeitura Municipal de Parnaíba, cidade polo que apresenta a maior complexidade de serviços, assim como, com a gestão estadual do SUS, que por meio do Governo do Estado colabora com o projeto concedendo as instalações do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, propiciando dessa forma um diversificado cenário de aprendizagem na perspectiva de constituir uma rede de saúde/escola. Ciente do desafio a que ora se projeta a UFPI, exercendo competência técnico-científica, debruçou-se na elaboração do Projeto Pedagógico em destaque.

O curso encontra-se inserido no contexto regional, local, respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina,

contempla a formação do médico generalista, crítico-reflexivo, fundada em competências éticas, humanísticas e deontológicas, capaz de atuar no processo saúde-doença no nível individual e coletivo. Este projeto, portanto, fundamenta-se em pressupostos teórico-metodológicos essenciais para contribuir com o alcance da meta de concretizar este objetivo, para que a cidadania dos piauienses possa se fortalecer quando os serviços de saúde e, em médio prazo, agregarem os profissionais egressos.

Este Projeto Pedagógico compreende as dimensões: Organização-didático-Pedagógica do Curso, Corpo Docente, Infraestrutura, Requisitos legais e Anexos.

2 CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

Na década de 1980 havia 1,13 médicos para cada grupo de 1.000 habitantes no País. Essa razão sobe para 1,48 em 1990, 1,71 no ano 2000, e atinge 1,89 em 2009 – chegando a 1,95 médicos por 1.000 habitantes, segundo registros do Conselho Federal de Medicina (CFM) de 2011. Entre 1980 e 2011, houve um aumento de 72,5% na razão médico habitante (CFM, 2011).

Segundo a publicação Demografia Médica no Brasil, a cidade de São Paulo, por exemplo, contava, em 2011, com oito escolas médicas, 876 vagas – uma vaga para cada 12.836 habitantes – e uma taxa de 4,33 médicos por 1.000 habitantes. Vitória, no Espírito Santo, com população bem menor, tem três escolas, 500 vagas, uma vaga para cada 1.162 moradores, e uma oferta de 10,41 médicos por mil habitantes. Capitais como: Porto Alegre, Rio de Janeiro, Florianópolis, Belo Horizonte e Recife repetem a mesma tendência, concentrando a maioria das escolas médicas dos seus estados e, conseqüentemente, mantendo taxas de médicos por 1000 habitante acima de 5, quando a razão nacional é de 1,95(CFM, 2011).

No Piauí, segundo a mesma fonte, em 2011 existiam 3.125 médicos registrados para uma população de 3.119.015 habitantes, resultando em uma razão de 1 médico para cada 1.000 habitantes, superando apenas os estados do Amapá (0,96 médicos para 1000 habitantes), Pará (0,83 médicos/1000 hab.) e Maranhão que apresenta uma razão de 0,63 médicos para 1.000 habitantes

Este contingente de profissionais mostra-se insuficiente para atuar em 2900 estabelecimentos de saúde existentes no estado do Piauí, dos quais 59,9% são públicos e 39,41% são privados segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para junho de 2012 (dados capturados em 12/09/2012), localizados, em sua maioria e complexidade, nas cidades de maior porte e na capital. Considerando ainda o fato que o Piauí é reconhecido como polo de prestação de serviços de saúde para o norte e nordeste do Brasil, existe uma crescente demanda por profissionais médicos qualificados.

Na pesquisa Demografia da Saúde do CFM é trabalhada uma categoria denominada “posto de trabalho médico ocupado”, o que significa, em tese, o número real de profissionais médicos disponíveis para o atendimento à população. No Brasil a razão entre médicos registrados por 1000 habitantes é de 1,95, enquanto que a razão de postos médicos ocupados por 1000 habitantes é de 3,33. O Piauí, com uma razão de 1 médico/1000 habitantes apresenta em relação aos postos médicos ocupados uma razão de 2,15 médicos por 1000 habitantes, sendo que para a capital Teresina esta razão aumenta para 4,43(CFM, 2011).

Além da insuficiência numérica, a concentração de profissionais na capital revela carência de investimento em capital humano e a insuficiência de estratégias de interiorização e fixação de médicos no interior do Estado. Em Teresina, a capital do Estado, já existe um curso de medicina no *Campus* Central da UFPI, um vinculado à Universidade Estadual (UESPI), além de dois outros ofertados por faculdades particulares. Em face das grandes dimensões territoriais do Estado faz-se necessária a criação de cursos desta natureza em outras cidades, a fim de ampliar a oferta de serviços médicos à população.

Parnaíba, localizada na região Norte do estado, é a cidade mais populosa da Região e constitui-se em polo de atendimento a outras cidades do Maranhão, do Ceará e outros territórios do Piauí, configurando a Região Geográfica Meio Norte. Para o Grupo de Trabalho Interministerial criado para elaborar o Plano de Desenvolvimento Turístico da Região, que trabalhou com dados anteriores ao Censo de 2010 (Brasil, 2008), a área abrangia uma população de 1.855.673 habitantes (Quadro 1), Quadro 1-Região Geográfica Meio Norte, por área, população e densidade demográfica.

REGIÃO	ÁREA (km ²)	POPULAÇÃO (habitantes)	DENSIDADE DEMOGRÁFICA (hab./ km ²)
Maranhão	28.311	506.032	17,87
Lençóis Maranhenses	10.717	159.238	14,86
Alto Muniim	9.287	174.894	18,83
Piauí	23.623	638.978	27,05
Delta do Parnaíba	5.921	263.790	44,56
Planície Litorânea	8.306	171.900	20,7
Cocais	17.702	375.188	21,19
Ceará	14.063	710.663	50,53
Litoral Oeste	9.326	373.908	40,09
Ibiapaba	4.736	336.755	71,1
Total Geral	65.997	1.855.673	28,11

Fonte: IBGE. Estimativa Populacional, 2008.

A implementação de um curso de graduação em Medicina nesta região significa investir no enfrentamento dos determinantes das condições de saúde da população, principalmente na melhoria do acesso e da oferta de serviços de saúde, na descentralização e acesso a serviços médicos fora da capital, na efetividade da rede de atenção à saúde e na produção de conhecimentos sobre a realidade local.

Uma pesquisa direta realizada em uma amostra de usuários do SUS que se encontravam à procura de atendimento nas Unidades de Saúde (USs) revelou que entre os usuários no Território Entre Rios (onde se localiza Teresina) 60% tinham procurado uma US anteriormente, em municípios localizados no mesmo território, 30% tinham procurado uma US em municípios de outros Territórios de Desenvolvimento e 10% vinham de outros Estados, sendo 8% do Maranhão.

O referido Curso também se justifica pelo contexto da UFPI, em que a gestão atual aceita o desafio e toma a iniciativa no sentido de impulsionar o crescimento desta Instituição no cenário piauiense, com base nos anseios da sociedade e nas características da realidade local. De fato, a expansão da UFPI tem sido vertiginosamente visível em todos os seus *Campi*, do norte ao sul piauiense. Esta expansão decorre do fato de que sua atual gestão acompanha a evolução social, econômica, educacional e da saúde, focalizando as tendências

da sociedade e as diretrizes das políticas educacionais nacionais, porém, mantendo sua identidade institucional.

Em 2010, o curso de Medicina da UFPI adquiriu conceito quatro, em uma escala de zero a cinco, obtendo nota de 4,8 na avaliação do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), que integra o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), cujo objetivo é o de aferir o rendimento dos alunos dos cursos de graduação, ingressantes e concluintes, em relação aos conteúdos programáticos, suas habilidades e competências dos cursos em que estão regularmente matriculados.

De acordo com dados da Coordenadoria de Estatísticas e Documentação de Ensino da Pró-Reitoria de Ensino de Graduação da UFPI (UFPI/PREG, 2012), no ano de 2011 haviam 508 alunos regularmente matriculados no curso de Medicina da UFPI. Dados mais atuais cedidos pelo Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI) da UFPI apontam, atualmente, a existência de 484 alunos com matrícula ativa.

Segundo dados da Pró-Reitoria de Extensão, em 2012 existiam 28 projetos de extensão no Centro de Ciências da Saúde (CCS), dos quais seis (21,43%) participam estudantes de Medicina. São eles: 1. Estudantes da Saúde, Comunidade e Atenção Básica; 2. Educa Saúde; 3. Projeto de Extensão em Ortopedia e Trauma; 4. A Educação Permanente na Formação de Jovens e Adolescentes: Intervindo a Prevenção aos Agravos e para a Promoção à Saúde; 5. Projeto de Ensino e Extensão em Pneumologia (PEEP); 6. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares em área de um hospital público de ensino (UFPI/PREX, 2012).

As ligas acadêmicas do curso de Medicina da UFPI são espaços de ensino-aprendizagem sem fins lucrativos e com autonomia administrativo-financeira. Encontram-se vinculadas ao Centro Acadêmico Zenon Rocha (CAZERO) e são constituídas por grupos de discentes sob a orientação de pelo menos um profissional da área de interesse da liga, com caráter complementar à formação médica. Existem atualmente as seguintes ligas registradas no CAZERO, atuando em suas áreas específicas: Liga Acadêmica da Saúde da Mulher (LASM); Liga Acadêmica de Neurologia e Neurocirurgia (LANN); Liga Acadêmica de Semiologia e Raciocínio Clínico (LISERC); Liga Acadêmica de Endocrinologia e

Metabologia (LAEM); Liga Acadêmica de Urgências e Emergências Clínicas e Cirúrgicas do Piauí (LIUECCPI); Liga Piauiense de Psiquiatria da UFPI (LPP); Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica (LACC) e a Liga Acadêmica de Cardiologia (LACOR).

No ano de 2012, o CCS desenvolveu 38 projetos de Pesquisa cadastrados no PIBIC (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica), sendo poucos deles realizados por discentes e docentes do curso de Medicina. Os projetos desenvolvidos pelo referido curso são: 1. “Avaliação da expressão do antígeno KI-67 no endométrio de ratas em estro permanente tratadas com Raloxifeno”; 2. “Polimorfismo do Gene CYP2D6 alelo 4 em mulheres com câncer de mama tratadas com tamoxifeno”; 3. “Acurácia diagnóstica da reação em cadeia da polimerase em tempo real (PCR-RT) para tuberculose e meningite (TBM)”; 4. “Reações de imunofluorescência em aspirado de medula óssea para o diagnóstico de leishmaniose visceral (calazar) humana” e 5. “O perfil da formação de profissionais na área da saúde na UFPI: um estudo sobre ensino na saúde”. Porém, deve-se ressaltar que existem ainda as bolsas de Iniciação Científica Voluntária (ICV), onde se concentram mais trabalhos voltados à área médica.

Quanto ao perfil do corpo discente do curso de Medicina da UFPI, há predominância do sexo Masculino (64,3%) em relação ao Feminino (35,7%) e a faixa etária média dos alunos está compreendida entre 19 e 24 anos (72%). A forma de ingresso predominante é pelo Exame Nacional do Ensino Médio- ENEM (22,5%) e ainda pelo ingresso por cotas (11,8%) de ambas as modalidades. Teresina é a cidade de origem da maioria dos alunos (85,1%) e o Maranhão é o 2º estado com mais alunos matriculados no curso (3,9%).

Outra referência que fundamenta a proposição do Curso de Medicina vincula-se em um contexto globalizado, que se caracteriza pela iniquidade em saúde em que convivem, ao lado de um intenso desenvolvimento científico e tecnológico, emergência de novas infecções, novos riscos ambientais e comportamentais, rápida transição demográfica e epidemiológica e dificuldade dos sistemas de atenção em saúde em todo o mundo em ofertar acesso universal. Neste contexto são produzidas novas demandas que suscitam novas competências, o que exige a formação de profissionais que respondam às necessidades contemporâneas.

Das escolas médicas existentes no Piauí, 2 são privadas e oferecem 180 vagas anualmente, e 2 públicas: (UESPI, ofertando 40 vagas e a UFPI com 80 vagas anuais). Efetivamente são oferecidas 300 vagas para a formação em medicina. Este número, porém, necessita ser ampliado, pelas razões já expostas, de modo que, com a criação da nova escola médica em Parnaíba, estas vagas se elevarão em 26,6%, uma vez que o novo curso pretende oferecer a partir do ano de 2014, 80 vagas anuais.

Este projeto toma a flexibilidade curricular como estratégia para que o currículo seja um espaço de produção e exercício da liberdade que implica no próprio papel da Universidade e na definição de políticas educacionais. Deste princípio emanam decisões coletivas que superam as rígidas estruturas, sejam de perfis profissionais e problemas que desafiam os limites do sujeito do conhecimento, pois o instiga a compreender e intervir na complexidade histórica de sua própria produção, articulando o plano do movimento do real e da razão por meio de práticas conscientes, éticas e justificadas, técnica e socialmente.

Nesta perspectiva, a atual gestão da UFPI, sabedora da precariedade da saúde, do número reduzido de médicos existentes no Estado e de sua capacidade em formar profissionais competentes e competitivos, esforça-se para reafirmar o compromisso político com a sociedade piauiense. Neste aspecto, fez realidade o Hospital Universitário em Teresina e agora se lança ao desafio de ampliar o número de médicos no Piauí, através da criação do Curso de Medicina na Cidade de Parnaíba.

Neste sentido, o Curso de Medicina proposto prevê a formação do médico generalista, humanista, crítico e reflexivo capacitado para atuar tomando por base a ética e a bioética. Ao médico formado pela UFPI cabe compreender os processos de determinação das condições de saúde e doença de indivíduos e grupos e conhecer os modos de enfrentamento destes determinantes inerentes ao seu campo de atuação e ao núcleo de saberes constituintes da prática profissional.

A aquisição destes conhecimentos pressupõe a suplantação de um modelo centrado no diagnóstico e tratamento das doenças, na fragmentação da atenção à saúde em especialidades e subespecialidades que se expressam em

práticas mercantilizadas, dependentes de alta densidade tecnológica, de alto custo e baixo impacto.

Para suplantar este modelo o Projeto Pedagógico do referido curso está sedimentado no paradigma do ensino da medicina orientado pela compreensão ampliada de saúde que considera seus determinantes e condicionantes sociais e econômicos, os diferentes níveis e complexidade das ações de atenção, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, tanto no nível individual como coletivo.

Isso implica que será oportunizado ao futuro profissional de medicina o desenvolvimento de atividades práticas desde o início do curso, compreendendo os modos de vida da população, sua relação com os determinantes do processo saúde e doença, as formas de organização e distribuição dos serviços de saúde, além de vivências nas redes de atenção à saúde de vários níveis de complexidade. Neste aspecto, o processo de ensinar/aprender, possibilitará ao discente desenvolver a visão crítica e reflexiva durante sua formação acadêmica, subsidiando-o a um exercício profissional compatível as demandas sociais e de saúde da população.

Para a UFPI, a criação do curso significa o cumprimento de sua missão, contribuindo para o desenvolvimento da região por meio da oferta de formação como estratégia para enfrentar as deficiências no campo da saúde e de outros setores envolvidos. Para a sociedade parnaibana, o curso significa a oferta à população de oportunidade de estudar, a baixo custo, *in loco*, em uma instituição pública de qualidade legitimada. Para os cidadãos moradores da cidade e outros municípios da região significa a melhoria do acesso aos serviços de saúde de qualidade e resolutividade, oportunizando o atendimento aos usuários o mais próximo possível de sua residência, evitando transferências para a capital e extensão do sofrimento.

Portanto, este Projeto, como instrumento de uma formação acadêmica integralizante, define os referenciais de formação acadêmica e profissional do Médico de acordo com as necessidades locais, regionais e nacionais, estabelecendo a constituição de um currículo pleno de áreas de conhecimento que contempla em sua abrangência.



Figura 1 – Mapa do Estado do Piauí.

2.1 O Contexto do Estado do Piauí

O Estado do Piauí situa-se na região Nordeste do Brasil, cuja área de 251.529,2 km² significa 16,2% da área nordestina e 2,95% da área nacional. É o terceiro maior Estado nordestino, inferior apenas à Bahia e ao Maranhão, e o décimo Estado brasileiro, respondendo por 2,9 % do território nacional. Segundo o Censo de 2010, sua população residente era de 3.119.015 habitantes. Dentre os seus 224 (duzentos e vinte e quatro municípios), a capital é o de maior número

populacional (814.439 habitantes) seguida pela cidade de Parnaíba (145.705), Picos (73.417), Piripiri (61,840) e Floriano (57.707).

Sua composição física configura-se por uma tipologia climática distinta entre suas regiões: clima úmido nas regiões serranas, subúmido seco em grande parte do norte e extremo sul e semiárido no centro sul e sudeste. Do ponto de vista físico, o território piauiense constitui-se numa área homogênea, apresentando características do Planalto Central, pela presença de características dos cerrados; da Amazônia, pelo tipo de clima e caudais fluviais perenes; e do Nordeste semiárido, pelos cursos de água intermitentes. Juntamente com o Estado do Maranhão forma, fisiograficamente, uma região independente denominada Meio-Norte ou Nordeste Ocidental.

Em termos de alguns indicadores sociais apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,703 (PNUD - 2005); Mortalidade Infantil: 23,6 por mil nascidos vivos (em 2008); Esperança de Vida ao Nascer (anos): 69,3 (2008); Analfabetismo entre a população de 15 anos e +: 23,34% (2009); Etnias: brancos (23%), negros (3%), pardos (73%); Principais Atividades Econômicas: agricultura, pecuária, extrativismo (vegetal e mineral) e serviços.

2.1.1 Evolução e Distribuição da População

A ocupação do território piauiense (no século XVII), ao contrário dos demais Estados nordestinos, iniciou-se pelo interior, seguindo o caminho do gado. A valorização do rebanho bovino, como alimento, meio de transporte e tração necessária para o sustento da cultura e da indústria da cana-de-açúcar, determinou a expansão dos currais, ao longo das margens do rio São Francisco, até atingir os vales dos rios do sul piauiense. Assim, as fazendas de gado, com sua pecuária extensiva, constituíram os primeiros núcleos de ocupação do homem branco, muitos dos quais foram transformadas em vilas e cidades. A partir dessa ocupação, o crescimento populacional do Piauí apresentou ritmos diferenciados no tempo e no espaço, conforme a dinâmica regional e a organização espacial das atividades econômicas do Estado.

Sobre a distribuição da população no espaço piauiense, os fatos mais significativos são: a desigualdade de evolução da população rural e urbana e de povoamento entre o Norte e o Sul do Estado. A população urbana até 1950

representava, apenas, 16,3 % do efetivo estadual; em 1993, a taxa de urbanização já atingia 51,1%, significando um efetivo urbano de 1.357.939, superior ao rural, que totalizou 1.299.476 habitantes. Para 2009 a taxa de urbanização alcançou o percentual de 62,54%, sendo mais expressiva no município de Teresina, que absorve cerca de 26,11% do efetivo urbano estadual. Por ser a capital do Estado, esta cidade funciona como centro de convergência de populações e oferece maior e melhor infraestrutura urbana, melhor desempenho dos setores secundários e terciários da economia, especialmente do subsetor de prestação de serviços, o que contribui, mais efetivamente, para absorção de mão-de-obra.

Com uma densidade demográfica de 12,40 habitantes/Km² a população se distribui em 224 municípios dos quais 37,05% tem menos de 5000 habitantes e 36,16% apresentam uma população entre 5000 e 10000 habitantes, sendo mais densamente povoada a Região Norte do estado, na qual o extrativismo para exportação, imprimiu maior dinâmica do comércio nas cidades de Teresina, Floriano, Parnaíba, Picos, Campo Maior e Piri-piri, além do desenvolvimento de uma agricultura de mercado, enquanto na Região Sul se evidencia vazios demográficos resultado do histórico predomínio da pecuária extensiva pouco exigente de mão-de-obra e das grandes propriedades rurais.

2.1.2 Estrutura Etária da População

Na estrutura etária da população do Piauí, como na dos outros estados brasileiros, evidencia-se uma população muito jovem, representando elevado potencial de força de trabalho para o setor produtivo. De acordo com os dados do Censo de 2010 do IBGE, a proporção da população de 0 a 19 anos no efetivo estadual é de 37,1%. A participação do contingente de 20 a 59 anos no total da população do estado é de 51,5% e a de 60 anos encontra-se em 11,48%.

Segundo o quadro abaixo, as taxas bruta de mortalidade, fecundidade e natalidade vêm diminuindo e a expectativa de vida se amplia, refletindo nas interações, na base e no topo da pirâmide demográfica do Estado, especialmente no segmento da população urbana.

Quadro2-Indicadores demográficos do Piauí - 2003/2008.

DISCRIMINAÇÃO	ANOS		
	2003	2008	2010
Taxa de Fecundidade Total	2,3	2,2	1,97
Taxa Bruta de Natalidade	23,2	20,4	14,28
Taxa Bruta de Mortalidade	6,9	6,3	-
Expectativa de vida (anos)	66,5	69,3	-

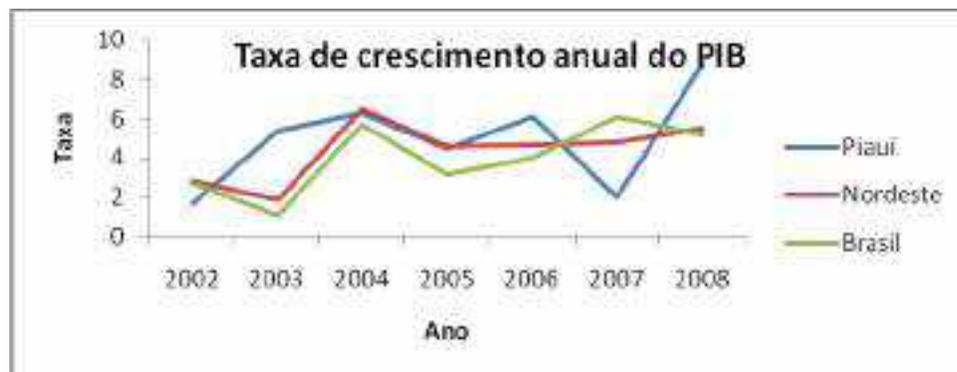
Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais – 2003/2008

2.1.3 Aspectos Econômicos

A análise de alguns indicadores da economia piauiense, no período de 1970-1991, revela que o Produto Interno Bruto – PIB estadual, embora de maneira gradual, tem evoluído positivamente. Na década de setenta, o Estado gerava 2,3 % do produto regional, no final dos anos noventa esta participação elevou-se para 4,2%.

Na Figura 2, se observa a evolução do PIB per capita do estado comparando com o Nordeste e o Brasil. Chama atenção a rápida ascensão do PIB estadual do ano de 2007 a 2008, sendo que nestes anos, o setor da agropecuária participou com 10,90% do valor do PIB, a Indústria com 16,19% e o setor de serviços com 72,91%.

Figura 2 - Taxa de crescimento anual do PIB *per capita*. Piauí, Nordeste e Brasil 2003/2008



Fonte: CEPRO. Piauí em números, 8 ed, 2011.

2.1.3.1 A Indústria

O parque industrial instalado no Estado do Piauí está constituído de um conjunto de micro, pequenas e médias empresas distribuídas em 05 Distritos Industriais nas cidades de Teresina, Parnaíba, Picos e Floriano, com ampla capacidade e suporte para instalação de grandes indústrias em termos de infraestrutura, potencial de mão-de-obra, oferta de matéria-prima, notadamente para o desenvolvimento da agroindústria têxtil, grãos, de fruticultura, produtos vegetais extrativos (carnaúba, babaçu e tucum), carcinicultura, piscicultura, avicultura e da construção civil. Estes fatores aliados às contínuas transformações qualitativas, verificadas no setor da agricultura, à política de incentivo fiscal e a outros fatores atrativos vêm firmando as bases de sustentabilidade e de ampliação do setor industrial, especialmente, da agroindústria. Acelera-se o crescimento industrial vertical e horizontal, tendo-se como indicador a concessão de incentivos fiscais para 163 empresas no período de 1995/2000 e somente este ano foi estendido o benefício a 51 indústrias, gerando, respectivamente, 53.210 e 22,407 empregos diretos, predominando atualmente as indústrias de transformação e extrativa, com destaque para produtos alimentares, bebidas, vestuário, têxteis, calçados, plásticos, químicos e móveis. O parque ceramista local, situado entre os 10 maiores do país, engloba cerca de 28 empresas formais atingindo produção mensal de 15 milhões de peças de boa qualidade entre tijolos, telhas, manilhas, lajes, filtros e peças artesanais fora a produção informal.

2.1.3.2 O Comércio

Teresina, capital do Estado do Piauí, apresenta características especiais. Está localizada no centro-norte do Piauí e se constitui no centro decisório político, econômico e social. Possui a melhor infraestrutura e é o maior polo de geração de produtos, serviços, emprego, renda e impostos do Estado. Por sua localização geográfica estratégica, no grande entroncamento rodoviário que interliga os Estados do Norte aos demais Estados do Nordeste e ao restante do país, também se configura como um razoável mercado consumidor regional.

Outra singularidade de Teresina é a população flutuante, constituída por pessoas provenientes das cidades do interior do Piauí e de estados vizinhos, à

procura, principalmente, de serviços de saúde, emprego, lazer e compra de produtos e serviços em geral. Estima-se que este contingente situa-se acima de 30.000 pessoas. Nesse caso, existe parcela significativa da população de Timon, no vizinho Estado do Maranhão, que diariamente se desloca a Teresina para trabalhar no comércio, na indústria, no setor de serviços e em outras atividades, algumas informais. O setor terciário vem se distinguindo como um dos mais expressivos segmentos econômicos na formação da renda interna. Os centros comerciais mais importantes são Teresina, Picos, Parnaíba, Piri-piri, Floriano e Campo Maior, em virtude de concentrar não só o maior número de estabelecimentos atacadistas e varejistas como também as maiores parcelas de arrecadação de Impostos de Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS do Estado. Além das unidades formais que compõe este segmento, é de grande relevância socioeconômica o papel desempenhado pelo comércio informal, especialmente das feiras livres municipais, como é o caso da tradicional feira do Troca-Troca, de Teresina. É importante ressaltar a participação do Piauí no comércio exterior, em cuja pauta de produtos básicos destaca-se: o camarão, a lagosta e o mel natural; na de produtos semimanufaturados, o couro bovino e a cera de carnaúba e, na dos manufaturados, tecido do algodão. Atualmente, a manga, a castanha de caju, o camarão e minerais também vêm se destacando entre os principais produtos de exportação do Estado.

2.1.3.3 Educação

O Estado do Piauí avança no quesito educação. Em 2007, por exemplo, superou as metas de crescimento no Ensino Fundamental. Os dados são do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) divulgados pelo Ministério da Educação e mostram que o Piauí foi um dos Estados que mais tiveram crescimento. Segundo o MEC, nas séries iniciais, o Estado chegou a 3,5 (2007, 2,9; 2009, 3,2) e as séries finais, 3,5 (2007, 3,1; 2009, 3,3). Já o ensino médio, ficou próximo da meta - obteve 2,9 para uma previsão de 3,0 em 2007. Na região quem chegou mais perto do Piauí foi Alagoas e o Rio Grande do Norte.

No que se refere à educação superior, o Piauí conta com muitas faculdades privadas, na capital e no interior, a Universidade Estadual e a

Universidade Federal que se expandiu de norte a sul do Estado, implementando novos *Campi* em Picos, Parnaíba, Floriano e Bom Jesus.

2.2 O contexto regional: a região norte e os territórios de desenvolvimento do Estado

Conceitualmente, os Territórios de Desenvolvimento constituem unidades de planejamento da ação governamental destinadas à promoção do desenvolvimento sustentável do Estado, à redução das desigualdades e à melhoria da qualidade de vida da população piauiense. No âmbito do Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde, a expressão “Território de Desenvolvimento” como conceito análogo ao de “Região de Saúde” concebida como recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como redes nas áreas de comunicação, Infraestrutura, transportes e saúde.

Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculadas, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde, devem ser garantidos. No estado do Piauí identificam-se 11 Regiões de Saúde que correspondem aos 11 Territórios de Desenvolvimento (TD), conforme mostra a figura 3



Figura 3- Regiões de Saúde e Territórios de Desenvolvimento do Estado do Piauí.
Fonte: MS (2012)

As Regiões de Saúde são agregadas em arranjos territoriais designados de “Macrorregiões de Saúde” que no estado do Piauí correspondem a 06 Macrorregiões de Saúde (Parnaíba, Teresina, Picos, Floriano, São Raimundo Nonato e Bom Jesus). Tal agregação objetiva a organização de mais de uma Região de Saúde, quanto à oferta de ações e serviços de média e alta complexidade que complementam a atenção à saúde das populações desses territórios, obedecendo ao Decreto 7506 de 2011, que regulamenta a lei 8080/90 definindo para a regionalização e territorialização da rede de atenção à saúde. Para identificação das Macrorregiões de Saúde, considerou-se os critérios de acessibilidade, os fluxos historicamente definidos pela população, a capacidade instalada, os investimentos até então feitos para estruturação desses serviços e as referências e contrarreferências.

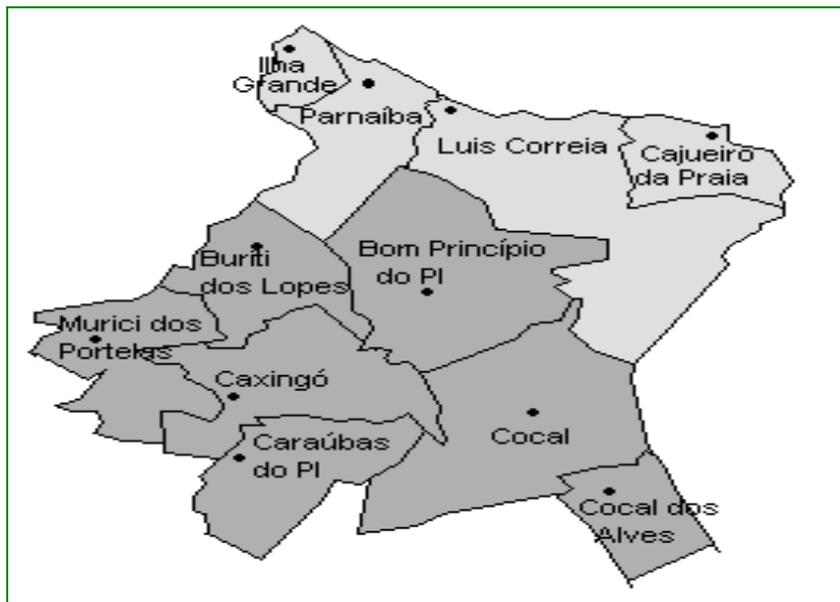


Figura 4 - Território da Planície Litorânea

O município de Parnaíba configura-se no desenho de regionalização do estado do Piauí, como município sede do Território de Desenvolvimento ou Região de Saúde Planície Litorânea (Figura 4), com abrangência de 5.920,6 Km², situando-se como polo e referência na oferta de um conjunto de serviços e ações de saúde para uma população de 266.163 habitantes, formada pelos municípios: Bom Princípio do Piauí – PI (5.506 hab.), Buriti dos Lopes – PI (19.796 hab.), Cajueiro da Praia – PI (7.286 hab.), Caraúbas do Piauí – PI (5.595 hab.), Caxingó

– PI (5.270 hab.), Cocal – PI (27.220 hab.), Cocal dos Alves – PI (5.525 hab.), Ilha Grande – PI (8.734 hab.), Luís Correia – PI (27.148 hab.), Murici dos Portelas – PI (8.024 hab.) e Parnaíba - PI (146.059 hab.).

Deve-se considerar que, graças às condições ofertadas pelo município, Parnaíba vem se constituindo a cada dia importante referência em saúde para a população oriunda de outras Regiões de Saúde do estado do Piauí, bem como de outros Estados da federação a exemplo dos vizinhos estados do Ceará e do Maranhão. Dessa forma, a clientela adstrita ao Sistema Municipal de Saúde de Parnaíba pode ser dimensionada por meio dos seguintes contingentes populacionais: no Estado do Piauí, além da TD Planície Litorânea:

Região dos Cocais, com abrangência de 17.702,6 Km² e uma população de 377.689 habitantes, formada pelos municípios: Barras – PI (44.913 hab.), Batalha – PI (26.681 hab.), Brasileira – PI (7.970 hab.), Campo Largo do Piauí – PI (7.035 hab.), Domingos Mourão – PI (4.447 hab.), Esperantina – PI (37.520 hab.), Joaquim Pires – PI (14.276 hab.), Joca Marques – PI (5.614 hab.), Lagoa de São Francisco – PI (6.796 hab.), Luzilândia – PI (25.099 hab.), Madeiro – PI (8.012 hab.), Matias Olímpio - PI (10.863 hab.), Milton Brandão – PI (7.246 hab.), Morro do Chapéu do Piauí – PI (6.611 hab.), Nossa Senhora dos Remédios – PI (8.378 hab.), Pedro II – PI (37.850 hab.), Piracuruca – PI (26.499 hab.), Piripiri – PI (62.107 hab.), Porto - PI (11.941 hab.), São João da Fronteira – PI (5.174 hab.), São João do Arraial – PI (7.440 hab.) e São José do Divino – PI (5.217 hab.);

NO ESTADO DO CEARÁ: Região do Litoral Oeste, com abrangência de 9.326,6 Km² e uma população de 378.296 habitantes, formada pelos municípios: Acaraú – CE (54.753 hab.), Barroquinha – CE (15.558 hab.), Bela Cruz – CE (30.900 hab.), Camocim – CE (61.278 hab.), Chaval – CE (12.644 hab.), Cruz – CE (23.540 hab.), Granja – CE (53.952 hab.), Itarema – CE (36.536 hab.), Jijoca de Jericoacoara – CE (16.880 hab.), Marco – CE (24.622 hab.), Martinópole – CE (11.118 hab.), Morrinhos – CE (22.695 hab.) e Uruoca – CE (13.820 hab.);

Região da Ibiapaba, com abrangência de 4.736,1 Km² e uma população de 340.499 habitantes, formada pelos municípios: Carnaubal - CE (16.755 hab.), Croatá - CE (18.246 hab.), Guaraciaba do Norte – CE (38.406 hab.), Ibiapina – CE, Ipu - CE (41.052 hab.), São Benedito – CE (45.407 hab.), Tianguá – CE (68.588 hab.), Ubajara – CE (31.247 hab.) e Viçosa do Ceará – CE (56.673 hab.);

NO ESTADO DO MARANHÃO: Região dos Lençóis Maranhenses, com abrangência de 10.717,3 Km² e uma população de 161.722 habitantes, formada pelos municípios: Barreirinhas – MA (50.354 hab.), Humberto de Campos – MA (25.403 hab.), Paulino Neves – MA (13.355 hab.), Primeira Cruz – MA (12.493 hab.), Santo Amaro do Maranhão – MA (11.693 hab.) e Tutóia – MA (48.424 hab.);

Região do Delta do Parnaíba, com abrangência de 8.306,3 Km² e uma população de 174.077 habitantes, formada pelos municípios: Água Doce do Maranhão – MA (12.460 hab.), Araisos – MA (39.166 hab.), Brejo – MA (32.453 hab.), Magalhães de Almeida – MA (14.808 hab.), Milagres do Maranhão – MA (7.854 hab.), São Bernardo – MA (26.615 hab.), Santana do Maranhão – MA (11.170 hab.) e Santa Quitéria do Maranhão - MA (29.551 hab.);

Região do Alto Munim, com abrangência de 9.287,3 Km² e uma população de 177.144 habitantes, formada pelos municípios: Afonso Cunha - MA (5.948 hab.), Anapurus - MA (13.257 hab.), Belágua - MA (5.953 hab.), Butiti – MA (26.202 hab.), Chapadinha – MA (70.537 hab.), Mata Roma - MA (14.491 hab.), São Benedito do Rio Preto – MA (17.818 hab.) e Urbano Santos – MA (22.938 hab.).

2.3 O Contexto Local: a Cidade de Parnaíba

A cidade de Parnaíba está localizada em terrenos do cenozóico quaternário e possui altitude de aproximadamente 5 metros nas regiões do centro urbano que é afastado do litoral. Encontra-se na planície litorânea e a topografia é bastante regular, à margem direita do "rio" Igarçu, que na verdade constitui o braço mais meridional do delta do rio Parnaíba. Situada próxima ao litoral, a 13 m de altitude, dista 366 km de Teresina, capital do estado. Predominam na região a vegetação de igarapés e mangues nas margens dos rios e a de caatinga litorânea e da mata dos cocais no restante do território. Predomina na região o clima megatérmico e tropical semi-úmido, apresentando grande índice de pluviosidade devido à atuação da massa Equatorial Atlântica. Sendo a segunda maior cidade do estado do Piauí, Parnaíba destaca-se pela bela paisagem, marcada pelos carnaúbaís, e pela relativamente moderada atividade comercial e industrial.

Sua principal atividade econômica é a exportação de cera de carnaúba, óleo de babaçu, óleo de coco, folhas de jaborandi, castanha de caju, algodão e couro. O município dispõe ainda de indústrias de produtos alimentícios e perfumaria. Atualmente Parnaíba tem como meios de comunicação: a Internet, Rádios, Telefones, Infravermelhos, e Televisão. No que se refere à educação superior, além de contar com a Universidade Federal do Piauí e a Universidade Estadual, tem um Instituto Federal de Educação Tecnológica – IFPI, uma Academia de Polícia Militar, um Instituto Superior de Educação Antonino Freire - ISEAF (Escola Normal) e faculdades privadas.

Parnaíba apresenta um grande valor histórico para o Piauí, evidenciando nos imóveis localizados nas proximidades do Porto das Barcas o quanto Parnaíba já foi importante, chegando a ser mais importante do que a ex-capital Oeiras e tendo até mesmo referências na Europa. Entre os monumentos históricos, destaca-se a catedral de Nossa Senhora da Graça com altar construído com detalhes em ouro. Além das belas construções históricas, Parnaíba também conta com uma beleza natural espetacular; cortada pelo rio Parnaíba que se divide em vários braços, formando o Delta Parnaíba (Figura 5), o único em mar aberto das Américas e o terceiro maior do mundo, só perdendo para o do Nilo no Egito e o do Mekong no sudeste asiático. É um dos cenários mais belos do Brasil, formado por igarapés, ilhas, mangues, rio, mar e lagoas, como a Lagoa do Portinho (Figura 6), pequena praia de águas escuras cercada por dunas.



Figura 5 -Delta do Parnaíba



Figura 6- Lagoa do Portinho



Figura 7 - Espaço Cultural Porto das Barcas

Hoje Parnaíba, apesar da falta de valorização, vem despontando como polo turístico principalmente como base de apoio para quem quer conhecer o litoral do Piauí, o Delta do Parnaíba, o Espaço cultural Porto das Barcas (Figura 7), Jericoacoara e os Lençóis Maranhenses, contando inclusive com um aeroporto internacional.

Apresenta uma área física de 436 Km². Limita-se ao norte pelo oceano atlântico; ao sul pelos municípios de Buriti dos Lopes, Bom Princípio do Piauí e Cocal; ao leste por Luís Correia e ao oeste pela Ilha Grande de Santa Isabel.

Parnaíba se confunde com a vizinha Luís Correia, também litorânea. O maior crescimento da cidade ocorreu de 1697, época de fundação da cidade, a

1940. Neste período o Porto das Barcas (Figura 7) era uma zona de efervescência comercial, foi o momento áureo do surgimento das grandes casas comerciais e da introdução da cera de carnaúba no cenário internacional. A partir de 1950 até hoje a população quase quadruplica, mas já no final do século XX, observa-se a decadência da cidade em virtude das migrações para a capital Teresina e para o Sudeste do Brasil.

2.3.1 Características Demográficas

Parnaíba é a segunda maior cidade do Estado. De acordo com o censo IBGE, a população de Parnaíba possui 145.705 habitantes (IBGE/2010), o que representa, aproximadamente, 4,5 % da população do Estado, sendo a maioria constituída de mulheres, o que corresponde a 52% da população.

A taxa de crescimento populacional vem diminuindo ao longo dos anos, comprovada através dos dados dos censos que mostram taxa de 1,87 no período de 1980 a 1991. No período de 1991 a 2000, Parnaíba teve uma taxa média de crescimento de 1,40, passando de 117.266 em 1991 para 132. 282 habitantes em 2000. Isto mostra um processo claro de saldo migratório negativo. No último período intercensitário, de 2000 a 2007, a taxa anual média de crescimento populacional foi de 0,78.

O censo realizado pelo IBGE no ano 2000 mostra que a maior parte da população do município encontra-se na zona urbana, na proporção de 94,4%. A taxa de urbanização cresceu 5,42 passando de 89,63 em 1991, para 94,49 em 2000.

Comparando os dados dos três últimos censos (Figura 8) observa-se que em 1991 o percentual da população urbana era de 82,15%; em 2000 este percentual sobe para 95,5% e no censo de 2010 a população urbana representava 94,4% da população total do município (Quadros 3, 4 e 5; Tabela 1).

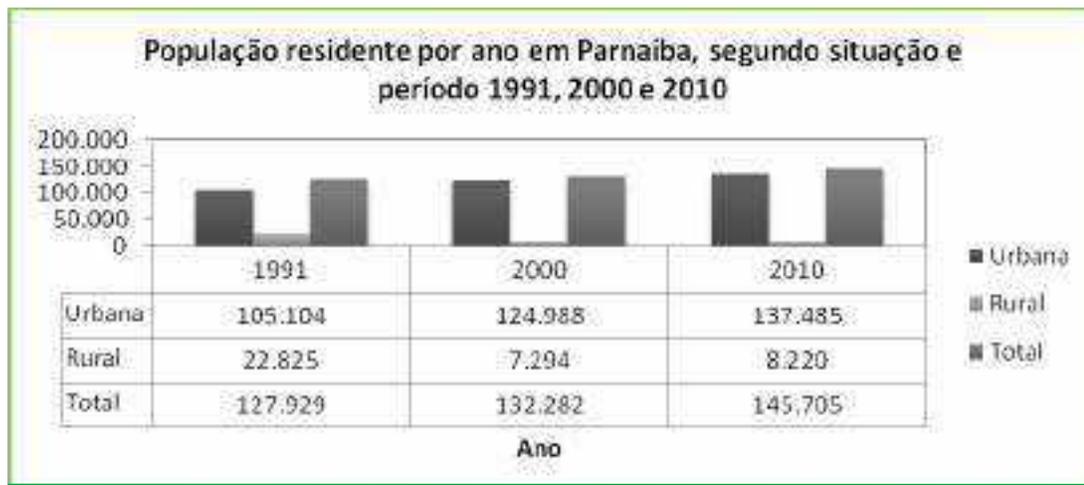


Figura 8- População residente em Parnaíba, período 1991 a 2010

Quadro 3 – Crescimento populacional de Parnaíba de 1697 a 2010

Ano	Habitantes
1697	605
1762	12.746
1940	42.062
1950	49.369
1960	62.719
1970	79.216
1980	102.180
1991	127.979
2000	132.282
2007	140.839
2008	144.892
2009	146.059
2010	145.705

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DATASUS (acesso em 02/09/2012)

Quadro 4- Indicadores demográficos de Parnaíba

Discriminação.	1991	1996	2000	2010
Densidade Demográfica (hab/km ²)	131,61	288,08	307,1	334,58
Taxa Geométrica de Crescimento Anual (%)	2,04	1,31	1,5	
Taxa de Urbanização (%)	75,5	82,16	91,8	

Fonte: IBGE – Censo Demográfico e Controle da População

Quadro 5 - População residente no município de Parnaíba.

População Residente no Município – Parnaíba 1996/2010								
1996			2000			2010		
Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
58.971	65.622	124.5	62.735	71.387	134.1	69.727	75.978	145.7

		93			22			05
--	--	----	--	--	----	--	--	----

Fonte: IBGE – Contagem da População.

Tabela 1- População residente em Parnaíba, por faixa etária, 2010

Faixa etária	População	Valor Percentual
0 a 4	11045	7,58
5 a 9	11902	8,17
10 a 14	13737	9,43
15 a 19	13800	9,47
20 a 24	14554	9,99
25 a 29	13134	9,01
30 a 39	22417	15,38
40 a 49	17537	12,04
50 a 59	11798	8,10
60 a 69	8105	5,56
70 e +	7676	5,27
Total	145.705	100,00

Fonte: IBGE, Censos e estimativas, 2010.

Parnaíba vem passando pelo processo de transição demográfica, seguindo a tendência dos municípios brasileiros, particularmente em função das quedas das taxas de fecundidade e natalidade. A taxa de fecundidade passou de 3,5 filhos por mulher, em 1991, para 2,7 filhos, em 2000, o que equivale a um decréscimo de aproximadamente 23%.

No período de 1998 a 2006, as taxas de Natalidade decresceram e passaram de 24,7 em 1998 para 16,9 em 2006 e 15,02 em 2010 (Quadro 6).

Quadro 6 – Evolução da Taxa de Natalidade no Município de Parnaíba – 1998/2006

Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TBN	19,3	18,9	18,2	17,8	17,2	16,9	16,02	16,7	15,53	15,02

Fonte: Caderno de Informação em Saúde

A esperança de vida ao nascer da população de Parnaíba aumentou de 57,4 anos para 61,7 anos no período de 1991 a 2000, permanecendo com o mesmo valor em 2010 (Ministério da Saúde, 2008).

A pirâmide etária mostra o processo de queda da fecundidade e o aumento da esperança de vida ocorrida nos últimos 20 anos em Parnaíba (Figura

9), seguindo tendência geral ocorrida em todo Brasil. A conjugação destes dois fatores implica no envelhecimento da população, observando-se uma tendência crescente no Índice de Envelhecimento em Parnaíba.

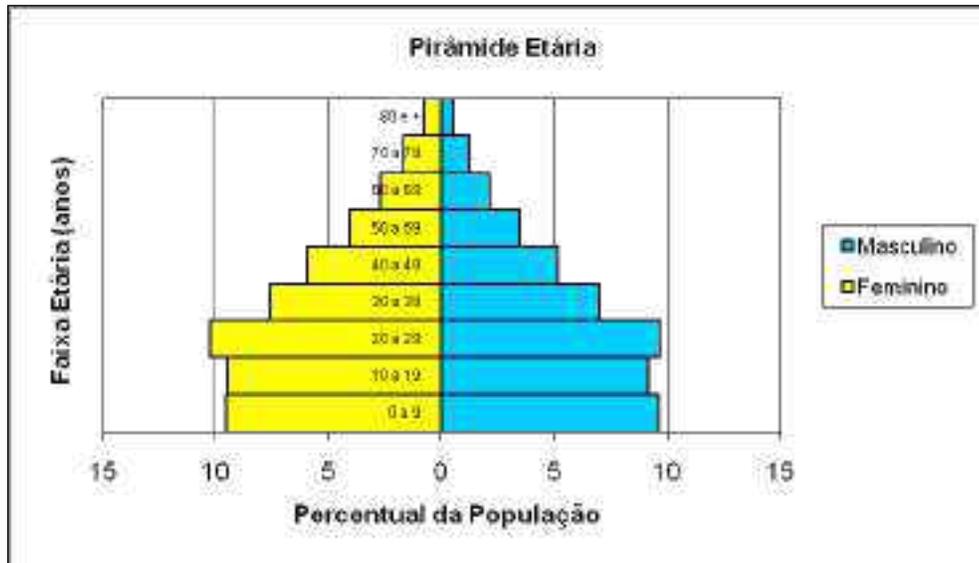


Figura 9 - Pirâmide etária do município de Parnaíba

Essa tendência crescente pode ser observada a partir do índice de 10,9 em 1980, subindo em 1991 para 13,2 e em 2000 chegando a 19,8 pessoas com 65 anos ou mais de idade para cada 100 jovens menores de 15 anos. No Brasil este índice é também de 19,8% (Fonte: anuário estatístico de saúde no Brasil 2001).

Em consequência, nos anos de 1991 e 2000, houve uma redução importante no percentual de crianças abaixo de 10 anos (de 25,5 para 20,26%), aumento da população acima de 60 anos de 7,6 para 9%, principalmente, aumento da população adulta entre 20 e 59 anos de idade, cuja proporção cresceu de 41,4% para 47,1%. A faixa etária de adolescentes e jovens (10 a 20 anos) em termos proporcionais, diminuiu de 25,38% para 23,53% (Quadro 7)

Quadro 7- Indicadores de longevidade, mortalidade e fecundidade de Parnaíba, 1991 a 2010

Discriminação	1991	2000	2010
Mortalidade até 1 ano de idade (por 1000 nascidos vivos)	78,5	54,5	23,88
Esperança de vida ao nascer (anos)	57,4	61,7	61,7

Taxa de Fecundidade Total (filhos por mulher)	3,5	2,7	2,7
---	-----	-----	-----

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano.

No período 1991-2010, a taxa de mortalidade infantil do município diminuiu 24%, passando de 78,5 por mil nascidos vivos em 1991 para 54,5 por mil nascidos vivos em 2000 e 23,8 em 2010.

2.3.2 Quadro Sanitário

O município de Parnaíba é atendido por sistema público de abastecimento de água. Em 2008, de acordo com dados do SIAB, a rede geral de abastecimento cobria 94,38% dos domicílios, restando 5,62% que utilizavam outras fontes de abastecimento como poços, cacimba, cisternas e chafarizes.

Quanto aos resíduos sólidos, o município é atendido por coleta pública em 78,93% dos domicílios. Com relação ao esgotamento sanitário, apenas 1,02% dos domicílios é servido por rede coletora de esgotos, enquanto que os demais utilizam o sistema fossa séptica. Saliente-se que, o perfil acima descrito denota que o destino dos dejetos e água servida, quer coletado pela rede pública ou carreado para fossa, não apresentavam qualquer tipo de tratamento, representando uma potencial fonte de contaminação para os mananciais que abastecem a cidade.

Dados do censo de 2010 trazem para Parnaíba a proporção de 22,35% dos domicílios particulares permanentes com saneamento considerado adequado, isto é, abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente. Cerca de 70,0% dos domicílios particulares permanentes são semiadequados, isto é, domicílios com pelo menos uma forma de saneamento considerada adequada; e 6,94% são considerados domicílios com saneamento inadequado, ou seja, aqueles em que todas as formas de saneamento são consideradas inadequadas.

2.3.2.1 Mortalidade Geral

A mortalidade proporcional em 2010 acompanha a mortalidade proporcional do Estado e do Brasil. As doenças do aparelho circulatório ocupam

proporcionalmente a primeira posição com 27,99%, seguidas das neoplasias com 12,95% e em terceiro lugar as causas externas de morbidade e mortalidade (acidentes e violências) com 11,10% (Tabela 2).

Destacam-se, nesse grupo, o infarto agudo do miocárdio, as doenças cerebrovasculares, e a hipertensão por serem as mais frequentes. Entre as Neoplasias (12,95%) as principais são as Neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões, seguida de neoplasia maligna da próstata, neoplasia maligna da mama e as neoplasias malignas das meninges, do encéfalo e outras partes do SNC.

Um grupo de causas importante e que figuram em terceiro lugar são as Causas Externas (11,10%), com as agressões atingindo um percentual de 36,7% e os acidentes de trânsito com 34,4%. As Doenças do Aparelho Respiratório tiveram participação de 7,89% do total de causas no ano de 2010 (Tabela 2)

Tabela 2- Mortalidade proporcional por capítulos da CID 10, no município de Parnaíba, em 2010

Capítulo CID-10	Nº	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	43	5,3
II. Neoplasias (tumores)	105	12,95
III. Doenças sangue órgãos hematop. e transtornos imunitários	7	0,86
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	68	8,38
V. Transtornos mentais e comportamentais	11	1,36
VI. Doenças do sistema nervoso	13	1,60
IX. Doenças do aparelho circulatório	227	27,99
X. Doenças do aparelho respiratório	64	7,89
XI. Doenças do aparelho digestivo	40	4,93
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	0,49
XIII. Doenças do sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	1	0,12
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6	0,74
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	36	4,44
XVII. Malform. cong., deformid. e anomalias cromossômicas	9	1,11
XVIII. Sint. sinais e achad.anorm. emex.clín. e laboratoriais	87	10,73
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	90	11,10
Total	811	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DATASUS (acesso em 02/09/2012)

A Tabela 3 demonstra o coeficiente de mortalidade por algumas causas de 2000 a 2010 em Parnaíba. As doenças cerebrovasculares em todos os anos é

a principal causa de óbito. Verifica-se um aumento significativo dos óbitos por acidente de trânsito, agressões e Diabetes *mellitus* e uma pequena redução dos óbitos por neoplasia de mama e útero.

Tabela 3- Coeficiente de mortalidade (POR 100.000 habitantes) por algumas causas selecionadas. Parnaíba 2000 a 2010

Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
AIDS	2,2	2,9	2,2	0,7	2,8	2,1	3,5	8,21	2,05
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	2,8	5,6	2,7	10,7	4	5,3	2,6	3,94	9,21
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh.)	5,6	4,2	8,2	6,7	6,6	6,6	13,2	10,51	7,89
Infarto agudo do miocárdio	37,6	33,6	26	28,2	23	39,2	30,4	30,12	26,08
Doenças cerebrovasculares	48	46	54,9	45,1	49,4	48,8	68,3	73,25	63,82
Diabetes mellitus	31,7	27,7	23,8	18,3	24,4	27,5	44,2	43,13	39,8
Acidentes de transporte	22,9	16,8	22,4	19,7	20,2	22,7	22,1	8,9	21,27
Agressões	9,6	5,8	8,7	7	13,2	11	11	16,43	22,64

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DATASUS.

Dados do SIM de 2007 apontam que morrem mais homens do que mulheres em Parnaíba, e em determinadas doenças, a mortalidade se comporta de forma diferente entre os sexos. Em relação às causas externas, a população jovem é a mais atingida, onde em 2007, 87 % dos óbitos por causas externas foram em homens. Entre as neoplasias, a principal causa feminina foi a “neoplasia de colo de útero”, enquanto que a masculina foi a “neoplasia maligna da próstata”. Verificou-se ainda que a principal causa de óbito entre as mulheres no município de Parnaíba em 2007 foi o acidente vascular cerebral e nos homens foi o infarto agudo do miocárdio.

Analisando-se os óbitos por faixa etária, verifica-se que o risco de morrer nos jovens do sexo masculino de 15 a 34 anos foi duas vezes maior do que nas mulheres.

O estudo da mortalidade em adolescentes (15 e 24 anos) revela que 53% das causas de óbito se referem às causas externas e estratificando por sexo, verifica-se que 72% destas ocorreram em pessoas do sexo masculino.

As principais causas de óbito entre os idosos com 60 anos ou mais em 2007 foram as doenças cérebro vasculares, o infarto agudo do miocárdio, a hipertensão essencial e as Diabetes *Mellitus* por ordem de classificação

Especificando a taxa de mortalidade por neoplasias, fazendo um recorte temporal dos anos de 2006 a 2010 e geográfico dos Territórios de Desenvolvimento da Planície Litorânea e Cocais observa-se, na Figura 10, taxas muito próximas entre os Territórios que tendem a aumentar, assim como a taxa para o Nordeste, embora os territórios piauienses se mantenham abaixo da média da Região.

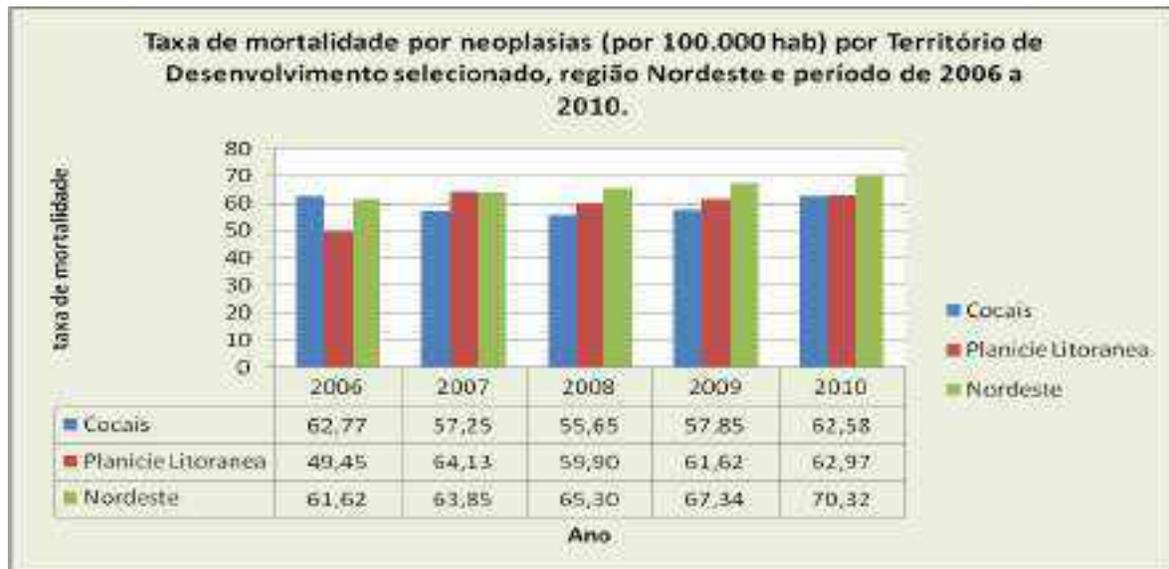


Figura 10 - Mortalidade por Neoplasias na região Nordeste do Brasil, 2006-2010.

Selecionando as cinco primeiras causas de mortalidade proporcional no conjunto das neoplasias (Cap. II CID 10) entre os Territórios de Desenvolvimento da Planície Litorânea e Cocais, ano de 2010, observa-se que a neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e pulmões e neoplasia maligna da próstata ocuparam as primeiras posições nos dois territórios em evidência (Quadro 8).

Quadro 8 – Causas de mortalidade proporcional selecionadas para os TD da Planície Litorânea e Cocais, 2010.

Planície Litorânea	Ano	Cocais	Ano
Neoplasia	2010	Neoplasia	2010
Neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões	10,78	Neoplasia maligna da próstata	14,94
Neoplasia maligna da próstata	10,18	Neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões.	10,79
Neoplasia maligna do colo do útero	5,99	Neoplasia maligna do fígado e vias biliares intra-hepáticas	7,05
Neoplasia maligna das meninges,	5,99	Neoplasia maligna da mama	5,39

encéfalo e outras partes SNC			
Leucemia	5,99	Neoplasia maligna do estômago	4,56

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DATASUS.

2.3.2.2 Organização da atenção à saúde

Parnaíba, cidade polo do Território de Desenvolvimento Planícies Litorâneas é também referência para toda a região Norte do estado incluindo municípios do Maranhão e Ceará. Em conformidade com a Política Nacional de Saúde o município é gestor pleno do SUS, sendo a Secretaria Municipal de Saúde responsável pela organização, regulação, fiscalização dos serviços de saúde em seu território.

Como sede da 1ª Diretoria Regional de Saúde possui em seu território o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde referência para todos os municípios integrantes do território e de outros estados.

Dados de 2005 indicam que na cidade existiam 60 estabelecimentos de Saúde, sendo 25 do setor público; destes 4 estão sob gestão estadual e 21 sob gestão municipal. O setor privado apresenta 35 estabelecimentos, sendo 32 com fins lucrativos e 3 sem fins lucrativos. A rede municipal apresenta uma capacidade instalada conforme o Quadro 9.

Quadro 9 - Capacidade de saúde instalada em Parnaíba, 2011

Tipo de Unidades de Saúde	Nº de unidades
Centro de Atenção Psicossocial	2
Postos de Saúde	27
Pronto-Atendimento	1
Centro de especialidades	1
Laboratório Municipal	1

Uma pesquisa de avaliação dos usuários do SUS realizada com aqueles que se encontravam nas Unidades de Saúde do estado (SINDSSAUDE,2012) revelou que dentre os usuários que estavam nas USs da Planície Litorânea com sede em Parnaíba, 40% tinham estado anteriormente em US da própria cidade de Parnaíba, 26, 66% tinham passado pelo Hospital de outro município do mesmo território (Buriti dos Lopes), 20,00% vinham de US de municípios do Maranhão e

6,67% de municípios do Ceará, demonstrando a abrangência da população a ser coberta pelos serviços disponíveis na região.

Na mesma pesquisa (SINDSSAUDE, 2012) para os usuários entrevistados, a falta do profissional médico representou 18,75% das respostas dos entrevistados em todos os territórios, entretanto ao analisar os territórios individualmente, sobressai a Planície Litorânea e o território dos Cocais (40%), seguido do Território da Serra da Capivara com 35,71%, Território do Vale dos Rios Piauí e Itauéiras com 28,57% e Território do Rio Guaribas, sugerindo a existência de número insuficientes de profissionais e/ou sua distribuição desigual concentrando profissionais em determinados territórios e deixando outros vazios.

No cenário de Parnaíba e região, assim como no Brasil, permanece o desafio de concretizar no cotidiano da população o direito à saúde, explícito na Constituição Brasileira. Superar os indicadores de morbimortalidade por meio da promoção do acesso a serviços com qualidade, resolutivos, no qual atuam profissionais com as competências requeridas acrescidas dos valores humanísticos exige compromisso institucional e político para que se consiga acrescentar mais vida aos anos conquistados com o aumento da expectativa de vida, em decorrência dos avanços da ciência e da tecnologia.

É inserido nesse contexto que se destaca um profissional de saúde, o médico com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando o bem-estar da população, pautado nos três níveis fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou de grupos populacionais, e assim contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Para tanto, o seu exercício profissional deverá ser pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural.

Nesta perspectiva, a UFPI, conhecedora desta realidade e ciente de seu papel de formar diplomados nas diferentes áreas do conhecimento, aptos para inserção em setores profissionais, conforme inciso II do artigo 43 da LDBE (Lei nº. 9394/96) lança-se a um desafio, demarcado pela ausência de um curso de graduação na segunda cidade mais populosa do âmbito piauiense, de formar profissionais competentes para, entre outros aspectos, pesquisar e otimizar os serviços de saúde, utilizando de conhecimentos de atenção aos três níveis de

saúde. De formar um profissional capaz de conhecer, pesquisar para diagnosticar e intervir no processo do adoecer da população e que também seja capaz de utilizar a ética e a bioética como forma de respeitar a identidade cultural da comunidade onde atua, fazendo uso racional de seus saberes e dos instrumentos de trabalho, utilizando e gerando conhecimentos e novas tecnologias como meio de fomentar o bem-estar das pessoas.

3 JUSTIFICATIVAS

É consenso mundial que o profissional de saúde necessário ao século XXI deve desenvolver habilidades pertinentes e coerentes a com sociedade na qual está inserido, salientando que a educação superior não tem como objetivo somente uma sólida capacitação profissional, mas uma formação que deverá lidar com a rapidez e o acesso às informações técnicas e científicas, com as tecnologias da informação como instrumentos de gestão, com processos de educação permanente em saúde, ampliação da capacidade de escuta e do acolhimento para a humanização do atendimento, além de ter a visão da integralidade vertical e horizontal das práticas de saúde, e aproximar em seu cotidiano profissional, a capacitação técnica (habilidades psicomotoras, cognitivas e afetivas), ética e o compromisso com a cidadania.

A formação e profissão de médico, que respectivamente corresponde a processo e intervenção, no Século XXI, devem primar pela qualidade em suas ações, serem desenvolvidas em equipe, terem por base serviços organizados sob princípios éticos e centrados nos interesses de pacientes e da população.

Na história da humanidade a medicina é uma das áreas que mais evoluiu. No entanto, na perspectiva de Azevedo (2006) o número proporcional de doentes no mundo não diminuiu, assim como as doenças incuráveis não acabaram e o bem estar físico-espiritual do homem moderno não se elevou. Para este mesmo autor, se a medicina não reflete avanço da ciência, a culpa recai na medicina ortodoxa, ensinada nas faculdades, que por fragmentar o homem e o conhecimento, por tomá-lo como máquina e tecnicizar a doença, perdeu de vista a visão da totalidade humana. Na perspectiva de Blasco (2008), os avanços vertiginosos da medicina, parecem ter subtraído sua dimensão humana,

lembrando que no ensino nas escolas médicas, há ausência do humanismo. Para formar-se em médico o aluno deve estudar em uma, em período integral, durante seis anos. Após formar-se médico, pode-se fazer especialização, sendo a mais importante a, com duração de dois anos ou mais, dependendo da especialidade e subespecialidade. Para entrar em um programa de residência médica, o médico deve ser aprovado e classificado em concurso de âmbito nacional.

Contudo, as racionalidades pedagógicas que regem os modelos de formação não são iguais. Pode-se formar um médico tomando por base o paradigma biomédico e curativo, focalizando o homem em uma dimensão individual e fragmentada como peças de uma máquina; através de currículos rígidos, engessados, formados por desconectadas e fragmentadas; priorizando atividades teóricas, que em seu conjunto formam a partir de uma educação tradicional e tecnista, uma vez que a dimensão cognitiva e a técnica são as mais ressaltadas no processo formativo. Neste caso, a racionalidade pedagógica que permeia a *práxis* na formação do médico é reprodutivista e tem como pressuposto que a educação é transmissão e reprodução de ideias, técnicas, valores e hábitos conservadores da cultura sócio profissional.

Tal modelo é criticado por Schön (2000) como uma epistemologia positivista da prática em que a atividade profissional consiste na aplicação de uma teoria científica ou uma técnica para a solução dos problemas instrumentais da prática. Esta perspectiva preconiza que a atividade do médico é instrumental e que a visão do médico é a de um técnico, um executor de leis e princípios. Sua competência configura-se pelo domínio e a aplicação de técnicas (saberes profissionais e habilidades técnicas).

Por outro lado, também é possível formar um médico através de paradigma biopsicossocial, orientado pelo processo saúde/doença e seus diferentes níveis de determinação e níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; em uma dimensão coletiva; através de currículos flexíveis, modulares, dirigidos para a aquisição de um perfil e respectivas competências profissionais, os quais exigem modernas metodologias de aprendizagem, habilidades e atitudes, além de múltiplos cenários de ensino (LAMPERT, 2009). Neste modelo a educação é construtivista, libertadora e emancipatória. O aluno é

sujeito de sua aprendizagem e adquire a competência de um profissional reflexivo que toma a ação, a prática como suporte para reflexão, que desencadeará em uma nova ação. Neste modelo a medicina constitui-se em *práxis*, uma vez que a teoria e prática estão conectas.

Isso implica que o processo de formação do médico toma como referência os problemas que surgem na prática cotidiana dos profissionais, em que se produz uma base epistemológica, propõe a reflexão como forma de solucioná-los. A proposta vem de Schön (2000) e surge pela crítica à epistemologia da prática, calcada na racionalidade técnico-instrumental, que, por si, não dá conta dos problemas do ensino. Ao pontuar sobre as incertezas características da prática profissional, acrescenta-lhe o caráter inventivo e improvisador, em que o profissional vai criando e testando estratégias situacionais que ele próprio produz. Para proceder desta forma, o professor conta com o *talento artístico profissional*¹ o qual guiará o seu *pensamento prático*. Este conceito apresenta as seguintes noções: o *conhecimento na ação*, a *reflexão na ação* e a *reflexão sobre a ação* e *sobre a reflexão na ação*. O conhecimento na ação refere-se a um tipo de conhecimento expresso nas ações inteligentes (saber técnico), é o saber fazer. A reflexão na ação circunscreve-se pela imediatez com que as ações vão sendo realizadas. Seu objetivo é levá-la à direção estabelecida; envolve todas as dimensões de uma ação, seja ela, afetiva, intelectual e social; constitui um rico componente de formação profissional (saber de experiência), ou seja, de aprendizagem significativa. A reflexão sobre a ação é o pensamento retrospectivo sobre o que foi realizado, como forma de entender os resultados alcançados. E a reflexão sobre a reflexão na ação é uma espécie de algoritmo, em que se resgata o procedimento e os intervenientes da ação, para compreendê-la em sua totalidade. Tem a função crítica; consiste em uma autoanálise da própria prática profissional, responsável pelo desenvolvimento profissional, uma vez que ela possibilita a construção própria de seu processo de conhecer.

1

Schön (2000) refere-se ao talento artístico como o somatório de competências que os profissionais demonstram em situações conflitivas e incertas da prática, onde precisamos reconhecer, julgar e apresentar performances habilidosas. O autor chama isso de conhecimento tácito, e nem sempre pode descrever, apesar da visibilidade com que aparece nas ações.

Para Schön (2000), aprender na prática significa não apenas reconhecer regras de raciocínio, ou novos métodos de ação, mas também “construir e testar novas categorias de compreensão, estratégias de ação e novas formas de resolver problemas” (p.41) nascidos do pensamento prático e de igual diálogo entre professor e aluno.

Em linhas gerais, a racionalidade prático-reflexiva parte do princípio de que a medicina é uma prática social aberta, reflexiva e complexa opondo-se aos princípios teóricos ou orientados por regras técnicas. Ela parte do pressuposto que os problemas da ecologia de sala de aula são práticos e não podem ser resolvidos mecanicamente mediante aplicação de uma regra técnica ou procedimento. Como tal, considera as ambiguidades da ecologia do campo profissional e os conflitos dela decorrentes, tendo em vista que nela estão envolvidos sujeitos que interagem e cooperam mutuamente. Em outras palavras, a visão de ensino é como um fenômeno, que, sendo criado pelo contexto, é dinâmica e imprevisível e não algo que precisa ser modelado. Deste modo, prevê que as ações do profissional requerem deliberações que abrangem conflitos de valor e fortes opções éticas e políticas, uma vez que o campo médico é um processo de pensar, sentir e atuar. Nele o profissional é concebido como um pesquisador de sua prática, ou um profissional clínico. O seu método de atuação é deliberativo; isto é, considera problemático tanto os meios e os fins, o que implica juízos de valor sempre em prol dos benefícios, do melhor.

Segundo Fiaratti & Saeki (2011), a racionalidade prática das ações de saúde pode ser dimensionada a partir da sensibilidade de capacidade de respostas dos profissionais, serviços, programas e políticas em relação ao êxito de suas ações, entendendo como tal o melhor uso dos conhecimentos técnicos possibilitados pela tecnociência da saúde diante dos projetos de felicidade de seus destinatários.

De modo geral, transportando esta racionalidade para o contexto da medicina, ela focaliza o que os médicos fazem no contexto profissional. Questiona como eles usam sua inteligência e sua competência para resolver os problemas do cotidiano, como interferem nas situações, como aplicam técnicas, como utilizam recursos, como criam e recriam suas práticas.

O ensino da medicina atualmente exige novos referenciais, inscritos em novos paradigmas que interligam educação, saúde e desenvolvimento humano e sustentam a importância da formação numa perspectiva reflexiva (PREARO; MONTI; BARRAGAN, 2012)

É nesta direção que Blasco (2002) sugere que o ensino nas escolas de medicina, para humanizar o médico, precisa promover a prática reflexiva exemplificando que, na prática, através do relacionamento com o paciente, é possível desenvolver esta capacidade, aproveitando-se inclusive do que de humanismo cada paciente lhe traz. Para isso, o médico precisa refletir no seu processo de autoconstrução, precisa ser um ser que atua e reflete, de modo atual sobre as suas atitudes – um *reflective practitioner*. Este mesmo autor aponta como missão da Universidade recuperar a inspiração e função humana e fortalecer a aplicação da ciência aos problemas da doença.

Lampert et al. (2009) chamam a atenção para o desenvolvimento de um novo paradigma centrado em uma abordagem dialética e que seja capaz de assimilar contribuições de várias ciências. Esse enfoque deve abarcar trabalhos interdisciplinares, transdisciplinares e multiprofissionais, descortinando campos de pesquisa ainda não trilhados, e ressalta que para atingir essas metas, faz-se necessária a comunicação entre os estudos epistemológicos. Por fim, prevê a existência de dez necessidades essenciais que devem ser atendidas por um novo paradigma da saúde. São elas:

- Racionalizar a divisão do trabalho da equipe de saúde, através da complementaridade do trabalho do generalista e do especialista;
- Equilibrar o controle da alta tecnologia e a compaixão que devem permear o atendimento;
- Definir os perfis profissionais, através da coerência dos currículos e das competências necessárias para a prática;
- Avaliar o desempenho e a certificação dos profissionais e acreditação das instituições formadoras;
- Integrar os currículos e fazer a articulação entre a teoria e a prática;
- Desenvolver os debates da Bioética;
- Aumentar a atenção à unidade corpo e mente, na formação e na prática

profissional;

- Compreender outras racionalidades médicas, terapêuticas complementares ou alternativas;
- Dar maior atenção, na prática clínica, à qualidade de vida e ao desejo de uma morte boa e digna, não sendo a longevidade e a sobrevivência metas suficientes por si sós;
- Aumentar a exploração das fronteiras entre a ciência e a religião, em aspectos filosóficos, transcendentais e terapêuticos, dada a importância da religiosidade na saúde e na doença.

Esse novo paradigma, denominado de *paradigma da integralidade* indica mudanças na formação médica que apontam para: a) O processo saúde/doença enfatizar mais a saúde do que a doença; b) O processo ensino-aprendizagem estar mais centrado no aluno e em seu papel ativo na própria formação; c) O ensino da prática se dar no sistema de saúde existente em graus crescentes de complexidade, dentro de uma visão intersetorial de seus determinantes e da importância das referências entre os níveis de ação; d) A capacitação docente voltar-se tanto para a competência didático-pedagógica quanto para a participação e para o comprometimento no sistema público de saúde; e) O acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico estar orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos de saúde e de suas implicações éticas (LAMPERT et al., 2009).

Nesta perspectiva, o currículo não pode constituir algo estático nem acabado, é processual, e sua essência é dinâmica, porque ele é sempre hipotético. A visão de currículo é um processo que exige dos professores sensibilidade, capacidade de reflexão, conhecimentos, habilidades e dedicação profissional para adequá-lo às peculiaridades do aluno. Sua formulação deve concentrar-se mais em termos de conteúdo (que em boa parte advém do ensino) do que em objetivos.

O currículo, antes de preconizar as habilidades necessárias para o médico, como compreender e reduzir os riscos de doença, as incapacidades e inevitabilidade da morte nos indivíduos e em grupos da população, precisa prever os valores, a concepção de mundo e de vida que deseja desenvolver nos alunos, futuros médicos (fragmentada, positivista, cartesiana ou sistêmica, holística?).

Que conteúdo? Que disciplinas? Que racionalidade deverá guiar as ações do ensino médico? A técnico-instrumental ou a prático-reflexiva?

É neste contexto que o Curso de Medicina ora proposto se insere, fazendo opção pela racionalidade prático-reflexiva, por um ensino que tome o aluno como sujeito de sua aprendizagem, um construtor crítico de saberes, uma orientação pedagógica baseada em problemas e atividades educacionais baseadas na comunidade. Tal racionalidade, sendo assumida pelas escolas-médicas, desencadeará o processo e construção de uma nova cultura médica capaz de progredir rumo à cidadania responsável e à democracia participativa. Isso, necessariamente, exige reconstrução do perfil e postura dos professores, das instituições responsáveis formadoras e dos programas de formação em medicina.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina, editadas por meio da Resolução CNE/CES nº. 04, de 7 de novembro de 2001 e reafirmadas em 2014 apontam um novo caminho para a formação do médico, prevendo entre outras questões: a integração de conteúdos e o desenvolvimento de competências e habilidades; a utilização de metodologias ativas de ensino, que levem o estudante a aprender a aprender e a compreender a necessidade da educação permanente; a integração do ensino, serviços de saúde e comunidade, aproximando o futuro médico da realidade social; a articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência; e, acima de tudo, a formação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, além da qualidade e da humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidade.

Neste sentido, a formação do médico aqui preconizada é aquela que está atenta às transformações da sociedade e da produção do conhecimento. É dinâmica para a diversidade, no sentido do desenvolvimento de competências e compromissos com o cuidar, o gerenciar, o educar, o pesquisar e com a sua própria educação ao longo da vida, sustentado no conhecimento epistemológico, na competência técnica e no posicionamento ético, político e profissional. Sob este raciocínio o processo educativo, na sua organização curricular, está voltado para as competências pessoais, projetos individuais e coletivos e para a

superação da fragmentação do saber. Isto implica no deslocamento do foco da atenção dos conteúdos disciplinares, rompendo com a sua segmentação e fracionamento, para os projetos pessoais, onde a participação do educador e do educando é fundamental como elemento questionador e incentivador da construção e da transformação do conhecimento. Deste modo, no processo educativo, conhecimentos, avaliações, experiências, responsabilidades, compromissos e sentimentos são interconexos; complementam-se, ampliam-se e influenciam-se uns nos outros.

Diante deste quadro, o *design* do curso de Medicina do *Campus de Parnaíba* a ser realizado de modo articulado às redes de atenção à saúde de complexidade crescente existentes no território inclui Unidades Básicas de Saúde, Hospitais de Pequeno Porte nos municípios da região, e o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde de alta complexidade e parcerias com setores que oferecem serviços especializados. A ideia é formar profissionais críticos e reflexivos, construtores do conhecimento. Neste sentido, toma a teoria e a prática da medicina como eixo norteador do ensino que se desenvolve observando todas as dimensões de um profissional: a técnico-científica, a humana, a político-social, a ética e a deontológica, na perspectiva holística. Tal abordagem de ensino assemelha-se ao construtivismo. Nesta abordagem pedagógica, o entendimento de que a educação para a transformação concebe o aluno como construtor de seu conhecimento, a partir da reflexão e indagação de sua prática, permite ao médico comprometer-se com a solução dos problemas da sociedade que atuará. O propósito é que, em longo prazo, esta abordagem possa constituir a visão holística substituindo-a pela visão cartesiana e assim modificar a cultura profissional dos médicos e dos formadores.

Sob esta composição, o processo de formação do médico deverá ter como base conceitual e referencial os seguintes princípios:

- A compreensão do *homem* em sua integralidade como *ser* de direitos e deveres que devem ser respeitados.

- O entendimento de que o processo saúde/doença é determinado pelas condições socioeconômicas e culturais (estilos de vida, alimentação, habitação, educação, renda, emprego, meio ambiente, lazer, acesso e posse da terra e

acesso aos serviços de saúde) e pelas relações estabelecidas entre homem o meio físico e social.

- A compreensão de que os serviços de saúde devam se organizar de forma descentralizada e hierarquizada, obedecendo aos princípios previstos na Carta Magna.

- Que a medicina é uma profissão que possui um corpo de conhecimento próprio a ser utilizado na promoção, proteção e recuperação da saúde e reabilitação, que se realiza em *lócus* onde existem trabalhadores de formação diferenciada, articulados intra e inter profissões sob a responsabilidade de produzir ações de cuidado à saúde dos indivíduos e dos grupos sociais.

4 FORMATAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO (PPC) DE MEDICINA DE PARNAÍBA

A formatação deste PPC foi orientada pelas:

- Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES N°. 04, de 7 de novembro de 2001);
- Normas estabelecidas pela pelo Grupo de Trabalho de Expansão da Educação Médica nas IFES (GTEM), enviadas as IFES por meio do Ofício Circular 08/2012, de 01.11.2012 e orientações fornecidas durante a Oficina de Trabalho, realizada em Brasília, coordenada pelo GTEM;
- Cargas horárias mínimas especificadas na Resolução CNE/CES n°. 02 de 18 de junho de 2007 (que dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, em grau de bacharelado, na modalidade presencial);
- Orientações contidas no Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação do INEP, datado de maio de 2012;
- Normas contidas na Portaria Normativa N°2, de 01/02/2013 do Gabinete do Ministro da Educação;
- Especificações contidas na Resolução n°. 177/12, que dispõe sobre as Atividades Científico-Acadêmico-Culturais (Atividades Complementares) nos cursos de graduação da UFPI;
- Normas internas da UFPI (do Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão).

Assim, associando as orientações do GTEM e IACG o conjunto de informações necessárias a este PPC foi subdividido em três Categorias: Organização Didático-Pedagógica, Corpo Docente e Infraestrutura.

5 ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

5.1 Perfil institucional

A Universidade Federal do Piauí (UFPI) é uma Instituição de Educação Superior, de natureza federal, mantida pelo Ministério da Educação, por meio da Fundação Universidade Federal do Piauí (FUFPI), com sede e foro na cidade de Teresina (onde está localizado o *Campus* central), com quatro outros *Campi*, instalados nas cidades de Parnaíba, Picos, Bom Jesus e Floriano. Goza de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, pautando-se na utilização de recursos humanos e materiais, enfatizando a universalidade do conhecimento e o fomento à interdisciplinaridade.

Instituída nos termos da Lei no 5.528, de 11 de novembro de 1968 e oficialmente instalada em 12 de março de 1971, o *Campus* sede da UFPI, denominado Ministro Petrônio Portella, fica situado à Av. Universitária s/n, Bairro Ininga, CEP 64049-550, em Teresina, Estado do PI.

A missão da IES é “propiciar a elaboração, sistematização e socialização do conhecimento filosófico, científico, artístico e tecnológico permanentemente adequado ao saber contemporâneo e à realidade social, formando recursos humanos que contribuam para o desenvolvimento econômico, político social e cultural local, regional e nacional” (PDI/2010-2014, p.28).

A UFPI foi credenciada em 1945 (Decreto nº 17.551, de 09.01.1945), como Faculdade isolada, recredenciada em 1968 como Universidade (Lei 5528, de 12.11.68) e novamente recredenciada em 2012, através da Portaria MEC 645 de 18/05/2012. Ministra 120 cursos presenciais de graduação e também está credenciada para ensino a distância, ministrando 10 cursos nessa modalidade, em 30 polos de apoio presencial.

A administração central da UFPI é composta pela Reitoria, Vice-Reitoria e por seis Pró-Reitorias, que são: Pró-Reitoria de Ensino de Graduação (PREG); de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG); de Extensão (PREX); de Administração

(PRAD); de Planejamento e Orçamento (PROPLAN); e de Assuntos Estudantis e Comunitários (PRAEC).

Na estrutura da UFPI existem 10 unidades acadêmicas, representadas pelos 04 *campi* do interior, 06 unidades ou centros de ensino que formam a estrutura do *Campus* de Teresina (Centro de Ciências da Saúde, da Natureza, da Educação, Humanas e Letras, Agrárias, e de Tecnologia). A UFPI conta também com um Centro de Educação Aberta a Distância, conhecido por Universidade Aberta do PI (vinculado à PREG) e mais 03 Colégios de ensino técnico, localizados em Teresina, Floriano e Bom Jesus.

Em termos de ensino de graduação oferece 120 (cento e vinte) cursos presenciais e 10 na modalidade a distância, ligados às ciências da saúde, natureza, agrárias, educação, humanas e letras e tecnologias, nos graus de bacharelado e licenciatura, ministrados nas 10 (dez) unidades de ensino.

No âmbito da pós-graduação *stricto sensu*, a UFPI possui 36 programas de pós-graduação, sendo 30 em nível de mestrado acadêmico e um mestrado profissional, três doutorados institucionais e dois doutorados em rede. Ademais existem 15 doutorados interinstitucionais (DINTERs), dois mestrados interinstitucionais (MINTERs), seis PROCADs e 21 programas “CASADINHO/PROCAD”, resultantes de parcerias com renomadas universidades do nosso país.

Existem 12 Programas de Residência Médica em andamento, os quais são vinculados à rede hospitalar do Estado, em Teresina. As áreas contempladas são: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Gastroenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Mastologia, Neonatologia, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Pediatria, Psiquiatria e Reumatologia.

O Hospital Universitário (HU), sediado em Teresina, foi reinaugurado em 2012 e passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Embora tenha um perfil predominantemente ambulatorial, o HU oferece serviços de média complexidade, como videocolonoscopia e pequenas cirurgias. Por conta de sua localização e dos serviços que oferece, atende, preferencialmente, a população das zonas norte e leste da Capital, dos municípios da região metropolitana de Teresina e de outros

estados da federação (sobretudo, Maranhão, Tocantins, Pará e Ceará) seja através da prestação de serviço ambulatorial ou de média complexidade.

A UFPI possui 21.285 alunos de graduação matriculados no ensino presencial e 7.423 na modalidade EaD, além de 1.297 alunos de pós-graduação *stricto sensu*. O corpo de recursos humanos atual é 1.412 docentes do magistério superior, 82 professores ligados à educação básica e 1.014 servidores técnico-administrativos.

Os indicadores de qualidade institucionais revelaram, no período de 2008-2012, um crescimento numérico do Índice Geral de Cursos (IGC), que permaneceu na faixa “3” até 2011 e, a partir da divulgação dos resultados de 2012, referentes ao ano-base 2011 foi elevado para a faixa “4”, fato que colocou a UFPI dentre as dez instituições federais com IGC positivo (0,16).

A interligação entre as distintas instâncias da UFPI é feita, principalmente, através da ferramenta de gestão denominada Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas (SIGAA), administrada pelo Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI), que contempla os portais: acadêmico, administrativo, recursos humanos e administração e comunicação, visualizáveis no sítio eletrônico da UFPI, no endereço: <https://www.sigaa.ufpi.br/sigaa/verTelaLogin.do>.

5.1.1 O Campus Universitário de Parnaíba

O embrião do atual *Campus de Parnaíba* pode ser considerado como a Faculdade de Administração do Piauí, a qual foi criada pela Fundação Educacional de Parnaíba, autorizada através dos Pareceres Nº 57, de 07.02.69 e Nº 900, de 16.12.70, ambos do Conselho Federal de Educação, tendo sido federalizada e incorporada à UFPI, em 01.03.71. A sua instalação ocorreu no dia 03.03.69, no prédio da Rua Duque de Caxias, S/N, a antiga residência do Sr. Poncion Rodrigues, cujas aulas eram ministradas no prédio do Ginásio São Luiz Gonzaga, situada à Av. Capitão Claro.

A construção do *Campus* de Parnaíba foi iniciada no dia 11 de outubro de 1971, na Av. São Sebastião, 2819, bairro Reis Velloso e quatro anos depois, no dia 6 de setembro de 1975, o Curso de Administração de Empresas começou a funcionar em suas novas instalações, na Avenida São Sebastião. Com a

conclusão da obra em 1978, outras graduações superiores também passaram a funcionar nos novos blocos, como Ciências Econômicas, Ciências Contábeis (1976) e Licenciatura Plena em Pedagogia-Magistério (1984).

Depois do ano de 1996, o *Campus* de Parnaíba, através da Coordenação de Pesquisa e Pós-Graduação (CPPG), passou a ofertar cursos de Especialização nas áreas de Matemática, Metodologia do Ensino Superior, Administração de Pequenas e Médias Empresas, Administração de Organizações Educacionais e outros.

Equiparado à categoria de Centro, em 1997, por ato da Reitoria nº. 050/1997, o *Campus* de Parnaíba funciona atualmente com uma estrutura departamentalizada. Em 2001, a Diocese da cidade de Parnaíba, a mesma que apoiou o 'nascimento' do curso de Administração de Empresas, tornou-se parceira importante da instituição, oferecendo o Curso de Graduação em Teologia, com apoio da UFPI. Ainda em 2001 foram ofertados cursos especiais de Graduação em Pedagogia para professores da Rede Municipal de Ensino do Norte Piauiense.

O Plano de Desenvolvimento Institucional da UFPI (PDI), elaborado conforme as recomendações do Conselho Nacional de Educação (CNE) para o período 2005 a 2009, trata da expansão do Ensino Superior, conforme previsto no Plano Nacional de Educação (PNE), visando ao atendimento das expectativas da sociedade brasileira em busca de melhor qualificação e mais justiça social. O projeto de expansão da UFPI consolida o CMRV, através da criação de sete novos cursos, como polo de referência em Ensino Superior de Parnaíba e do Norte do Estado.

Dispondo de oito blocos, divididos entre diretoria, blocos de salas de aula, departamentos e laboratórios, o CMRV abriga milhares de estudantes, funcionando nos turnos manhã, tarde e noite. As dependências do *Campus* de Parnaíba encontram-se numa área de 7.193m², possuindo uma área edificada de 3.942m², que abriga salas de aulas, Biblioteca Setorial², auditório, salas de professores, cantina, Laboratórios, e setores administrativos.

² A Biblioteca Setorial Prof. Cândido Athaide oferece serviços de levantamento bibliográfico, orientação de uso da biblioteca, manualização de trabalhos científicos, empréstimo domiciliar, empréstimos especiais.

Atualmente funcionam 11 cursos no *Campus*: Ciências Econômicas, Ciências Contábeis, Administração de Empresas, Engenharia de Pesca, Licenciatura em Pedagogia, Biologia e Matemática, Psicologia, Fisioterapia, Biomedicina, Turismo e a partir de 2013, será implantado o curso de Medicina, para início das atividades em 2014. Tal curso utilizará não somente a estrutura física do referido *Campus* que passa por um processo de modernização, mas também será articulado à rede de atenção municipal composta por unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados, hospitais gerais, rede de média e alta complexidade onde se incluem a parte física e os equipamentos do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA) e outros equipamentos sociais dos municípios que compõem o TD da Planície Litorânea.

5.1.2 Ensino na área da saúde no *Campus* de Parnaíba

A introdução de cursos da área da Saúde no *Campus* de Parnaíba (Biomedicina, Fisioterapia e Psicologia) se deu após a pactuação com o REUNI. Todos os cursos de Parnaíba já foram reconhecidos e o desempenho pode ser avaliado através dos indicadores de qualidade, listados no Quadro 10.

Quadro 10-Indicadores de qualidade dos Cursos da Expansão do *Campus* de Parnaíba

Curso	Conceito na visita de reconhecimento	Conceito ENADE	Conceito Preliminar do Curso
Biomedicina	4,0	SC	SC
Psicologia	3,0	SC	SC
Fisioterapia	3,0	5,0	4,0
Turismo	4,0	SC	SC
Ciências Biológicas	4,0	3,0	4,0
Engenharia de Pesca	3,0	SC	SC
Matemática	4,0	4,0	4,0
Nota: SC-sem conceito (não completou um ciclo avaliativo)			

5.2 Identificação do Curso

- ✓ Denominação do Curso de Graduação: Medicina
- ✓ Grau: Bacharelado
- ✓ Área: Ciências da Saúde
- ✓ Período de Integralização:
 - MÍNIMO: 6 anos
 - MÁXIMO: 9 anos
- ✓ Regime Letivo: Crédito
- ✓ Turno de oferta: Integral
- ✓ Vagas Autorizadas: 80 vagas no primeiro ano, em duas entradas semestrais.
- ✓ Carga horária: 7.650 horas, assim distribuídas:

Módulos teórico-práticas	→	3.720 h ou 248 créditos
Atividades Complementares	→	150 h ou 10 créditos
TCC	→	60h ou 4 créditos
Optativas	→	120h ou 8 créditos
Estágio Obrigatório (Internato)	→	3.600h ou 240 créditos
TOTAL	→	7.650 horas

5.3 Objetivos do Curso

O Curso de graduação em Medicina tem como objetivo formar o Médico generalista, crítico, reflexivo, responsável e socialmente comprometido com a cidadania, capaz de exercer a Medicina com postura ética e humanística em relação ao paciente, família e à comunidade, respeitando o princípio de dignidade da pessoa humana, que valoriza o paciente em todos os seus aspectos (biológico, psíquico, social e espiritual) e respeita suas escolhas.

5.4 Perfil do formando egresso/profissional

Em consonância com as Diretrizes Curriculares – DCN (nota de rodapé Resolução CNE/CES nº 2001) do Curso de Medicina e com o Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI, o Médico formado pela Universidade Federal do Piauí, tem como perfil, “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacidade para 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”.

5.5 Organização do Curso: eixos de desenvolvimento do PPC

A metodologia para o Curso de Bacharelado em Medicina foi delineada de acordo com as Normas estabelecidas pelo Grupo de Trabalho de Expansão da Educação Médica nas IFES (GTEM), mediante a adoção de um modelo pedagógico inovador, caracterizado por quatro eixos: eixo I - denominado clínico: (aluno)- paciente, eixo II- institucional: academia – (alunos) – serviços, eixo III – social: comunidade (aluno) – governo e eixo IV- pessoal: princípios pessoais – (aluno)-prática profissional. Possibilitando ao aluno ser sujeito responsável por seu próprio aprendizado.

Esses quatro eixos apresentam-se de forma concomitante na matriz curricular, em função do objetivo proposto, direcionando-se para formar o perfil desenhado de um profissional generalista crítico-reflexivo, humano, ético, responsável e socialmente comprometido com a cidadania, apto a atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

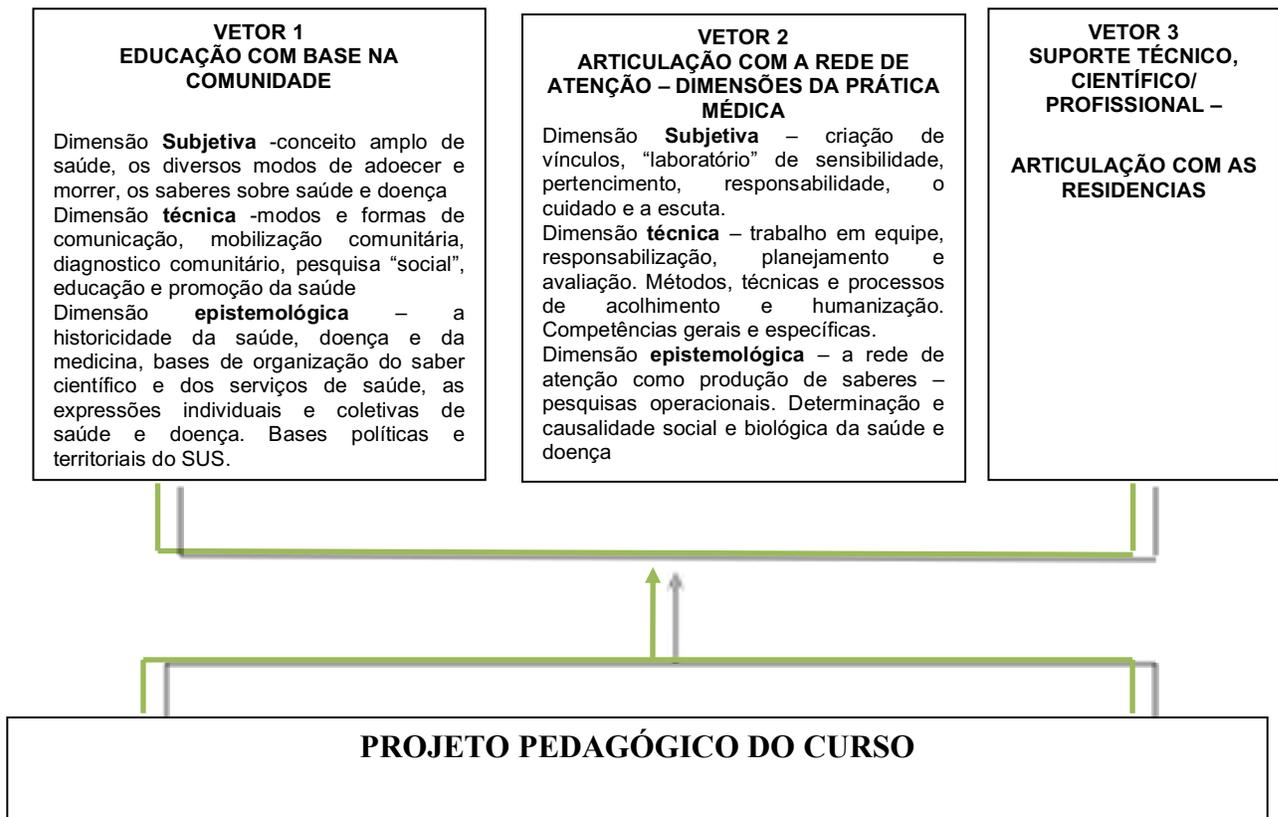
Esta organização do projeto do curso em 04 (quatro eixos) oportuniza ao aluno a construção de saberes e a integração dos conteúdos, com base na conexão entre teoria e prática, entre ensino, pesquisa e extensão/assistência. Possibilitando a interdisciplinaridade e a integração das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

No eixo 1, denominado eixo clínico - é apresentado ao aluno a dinâmica e as especificidades que se definem na relação entre médico, paciente/usuário e equipe de saúde mediadas pelo mundo do trabalho médico e sua interação com a sociedade e suas organizações. Neste eixo são apresentadas aos alunos as dimensões da prática médica (epistêmica, tecnológica e subjetiva) na perspectiva do resgate da integralidade dessas práticas, a diversificação de seus cenários, seus agentes e a organização dos serviços de saúde.

Com base nessa compreensão e no sentido de atingir a imagem objetivo preconizada, este eixo é impulsionado por 3 vetores, que constituem ações e espaços estruturantes/instituintes de novas relações entre profissionais e usuários sob a égide do direito, da dignidade, do respeito, da diversidade e do diálogo. O vetor 1 diz respeito a educação com base em comunidade desenvolvida por meio de conceitos, experiências e vivências que permitem compreender a diversidade dos modos de adoecer e morrer, as multiplicidades de saberes e as especificidades da prática médica. O vetor 2 articula a academia com a rede de serviços proporciona espaço real para este diálogo, possibilitando a convivência do aluno com práticas de saúde interdisciplinares, interculturais desenvolvidas nos serviços e na sociedade. É o vetor que oferece visibilidade da articulação entre o ensino, o serviço e o usuário, transformando o espaço do serviço em espaço de aprendizagem e de produção de conhecimentos. O vetor 3 volta-se para a excelência da prática médica por meio da articulação com Programas de Residência Médica desenvolvida com a Rede de Atenção fortalecendo a qualidade e resolutividade dos serviços de saúde mais especializados existentes e organizando os serviços a partir da Rede de Atenção Básica.

EIXO 1: CLÍNICO – (ALUNO)- PACIENTE

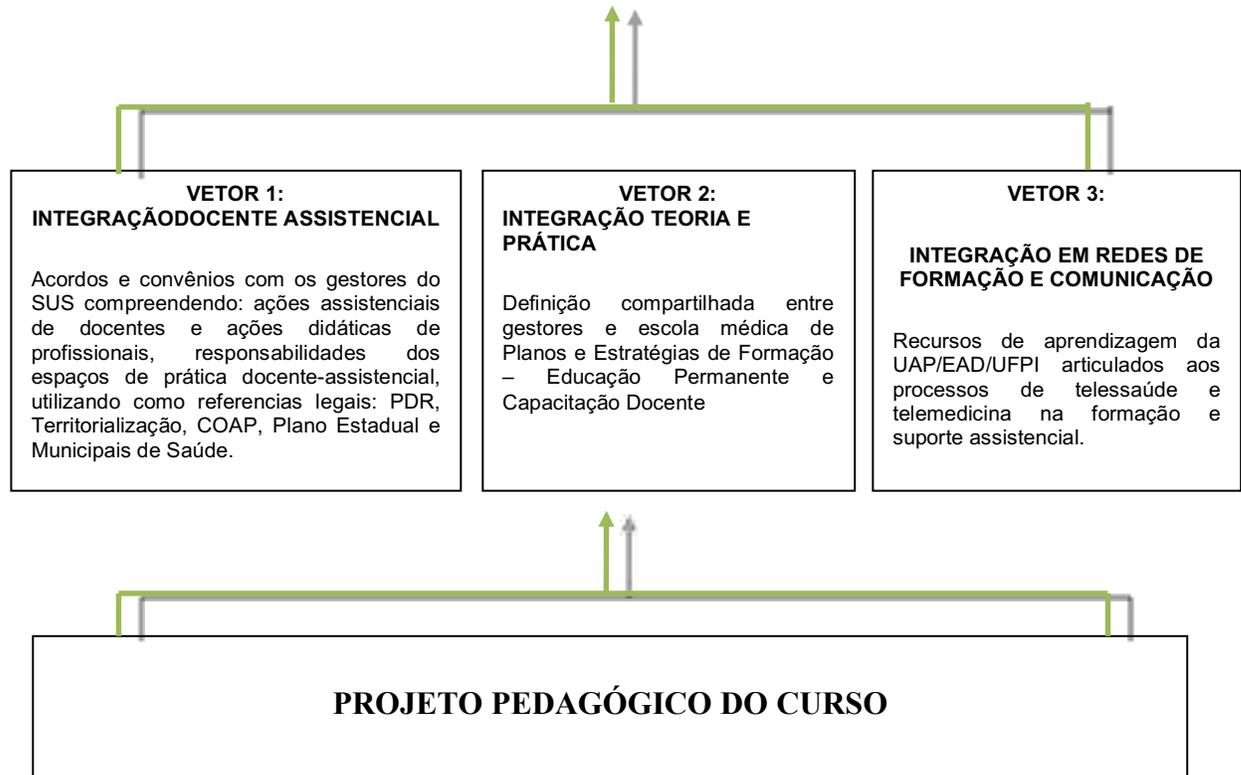
IMAGEM OBJETIVO- A escola oferece oportunidades de ensino/aprendizagem na rede de saúde e comunidade onde os estudantes recebam papel ativo, com atividades definidas nas equipes de saúde, sob supervisão, com tempo suficiente e apoio explícito para um bom desenvolvimento na relação aluno/equipe, assim como na relação médico paciente, integrando calendários, conteúdos curriculares e recursos à experiência comunitária.



relações que ocorrem no campo da saúde e onde se desenvolvem competências, habilidades e atitudes que refletem imediatamente no mundo objetivo. Dessa forma o vetor 1 é a integração ensino e serviço como cenário de práticas docentes, de gestão, de educação permanente. O vetor 2 é a integração entre teoria e prática, que também decorre da compreensão que o espaço de serviço é espaço de ensino, no qual a dimensão subjetiva da prática médica é posta em questionamento em ato. O vetor 3 fortalece a imagem objetivo por meio da articulação em rede utilizando TICs, aprimorando e testando novas linguagens comunicacionais e pedagógicas.

EIXO 2: INSTITUCIONAL: ACADEMIA – (ALUNOS) – SERVIÇOS

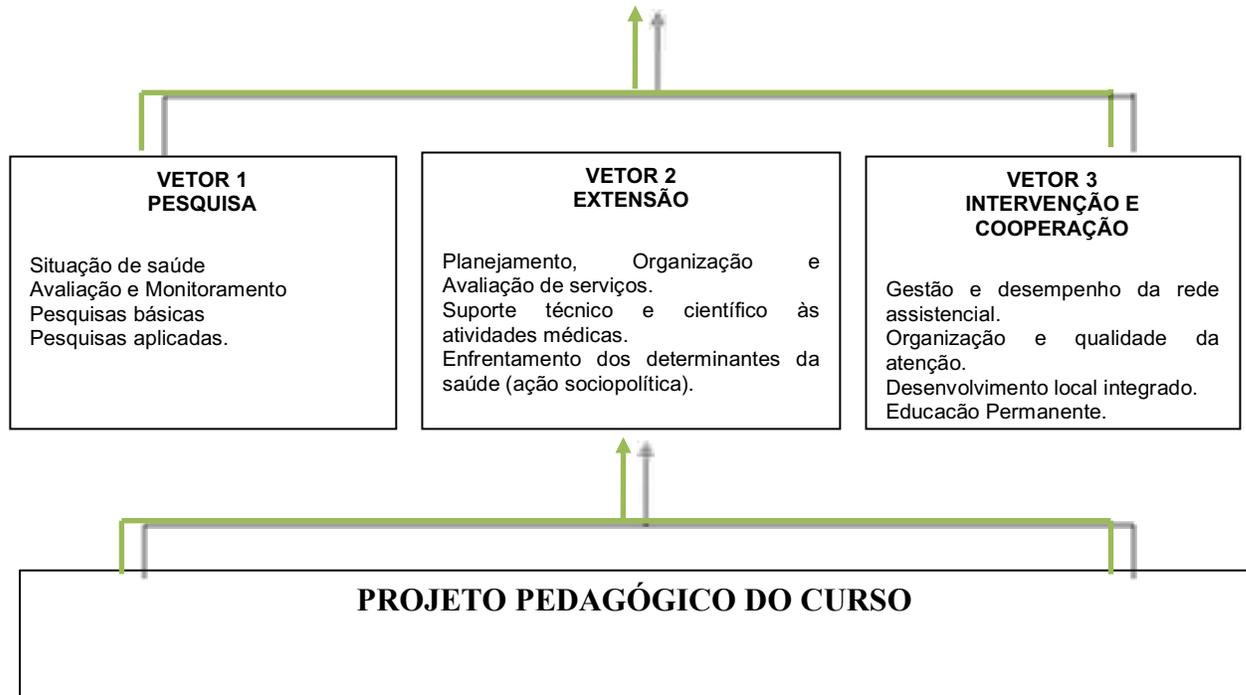
IMAGEM OBJETIVO: a escola médica e a gestão da saúde pública local estabelecem o sistema de saúde-escola com definição dos atores institucionais participantes e regulamentação de atividades de ensino, pesquisa, atenção a saúde e ação comunitária, dentro dos princípios da política nacional de saúde, configurando todo espaço da produção de cuidado à saúde como espaço de aprendizagem, com foco na qualidade da atenção



O eixo 3, social - representa a oportunidade de preparação e interação do aluno com o mundo da vida no qual o curso encontra-se inserido, em que as práticas médicas significam intervenções técnicas e sociais com reflexos na vida individual, organizacional e coletiva. O vetor 1 trata da pesquisa como forma de produção de conhecimentos para o enfrentamento dos determinantes da saúde e doença que se objetivam em cada contexto. O vetor 2 representa a extensão das ações da universidade proporcionando uma formação em intervenções voltadas para a organização dos serviços e suporte para as boas práticas de saúde e o vetor 3 diz respeito à missão de incluir por meio de suas ações de cooperação indivíduos, grupos e organizações excluídas do sistema de saúde.

EIXO 3: SOCIAL: COMUNIDADE –(ALUNO)- GOVERNO

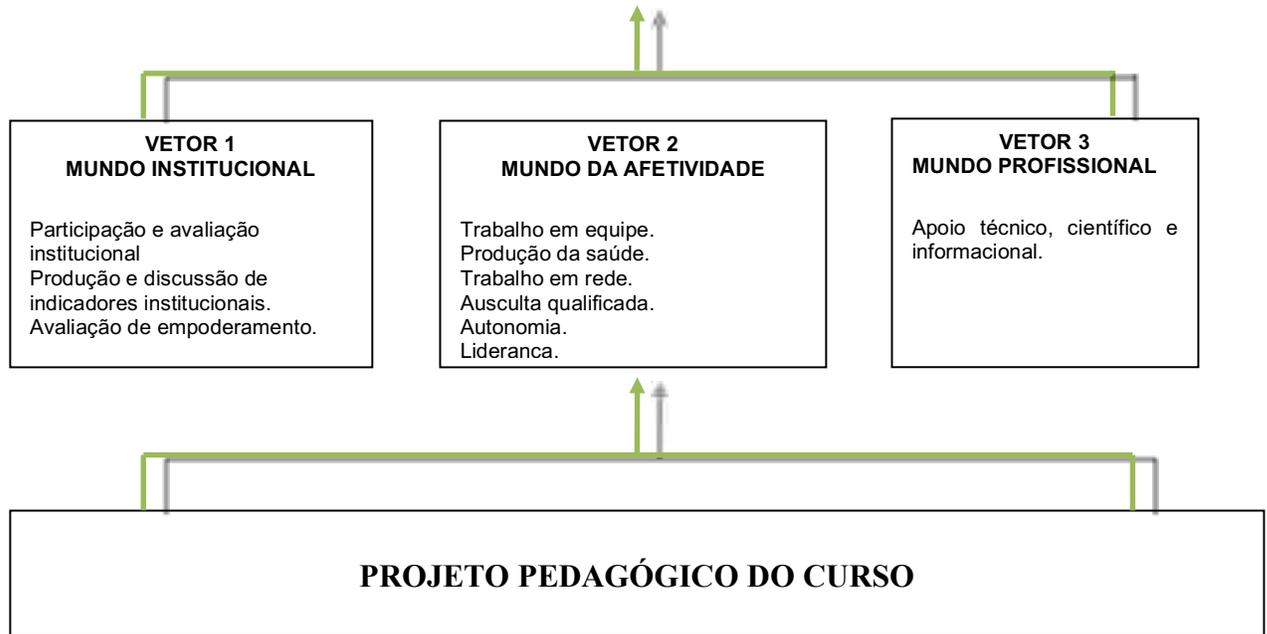
IMAGEM OBJETIVO – a escola médica sinaliza claramente seu compromisso social com as necessidades demográficas, geográficas, culturais e epidemiológicas e determinantes socioculturais de sua região, através de seu projeto político pedagógico, ações de valorização acadêmica da prática comunitária e de apoio ao fortalecimento da rede regional de saúde.



O eixo 4, pessoal - volta-se para o desenvolvimento do profissional com capacidade de utilizar os conhecimentos, competências e habilidades orientados pela lógica científica mediada pela oportunidades e contextos nos quais o conhecimento e a tecnologia se aplicam. É o eixo que prepara para o diálogo entre as dimensões da epistema, da tecnologia e da práxis médica. O vetor 1 é o mundo institucional das regras, normas e códigos institucionais; O vetor 2, da afetividade e sensibilidade é a base para as atitudes do profissional de saúde que traz a criatividade, a inventividade e a solidariedade como valores que devem reger as relações institucionais e profissionais. O vetor 3 diz respeito ao mundo profissional em que a prática médica dialoga com o mercado de trabalho, com o aprimoramento técnico e científico e com as oportunidades de trocas e experiências.

EIXO IV – PESSOAL: PRINCÍPIOS PESSOAIS –(ALUNO)- PRÁTICA PROFISSIONAL

IMAGEM OBJETIVO: A escola médica oferece, de maneira sistemática, oportunidade de reflexão e problematização das ações desenvolvidas na comunidade, para todos os envolvidos no processo educacional e de atenção à saúde, criando uma cultura permanente de qualidade.



A articulação desses eixos orientadores do Projeto Pedagógico do Curso se fará em dois sentidos de integralidade: horizontal em que os conteúdos necessários para o desenvolvimento de competências requeridas vão se acumulando e aprofundando à medida que estas se tornam mais complexas no decorrer de toda a formação; integralidade vertical em que os conteúdos discutidos e habilidades adquiridas discutem a viabilidade da competência esperada diante de problemas que fazem sentido para os envolvidos no processo – alunos, orientadores, tutores, preceptores e comunidades.

A integralidade horizontal ocorre nos Módulos Sequenciais em que os conteúdos se articulam e evidenciam suas interfaces em temas relacionados ao processo de desenvolvimento integral do ser humano, a saúde como elemento inerente a este desenvolvimento e a prática médica como ação técnica e social voltada para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, grupos e comunidades. A articulação dos conteúdos que tradicionalmente compõem o

corpus de conhecimentos reconhecidos e necessários à formação médica ocorreu por meio de perguntas que geraram a formatação de cada módulo em termos de conteúdo, práticas pedagógicas, cenários de práticas, como no esquema abaixo

PERGUNTA	MÓDULO	CORPUS DE CONHECIMENTOS
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir nos PROCESSOS BIOLÓGICOS responsáveis pelo crescimento, formação e desenvolvimento do ser humano?	BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS.	A forma (anatomia), a composição (histologia, embriologia, bioquímica), funcionamento (fisiologia, biofísica, bioquímica) do ser humano
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir nos PROCESSOS DE AGRESSÃO, DEFESA E PROTEÇÃO?	BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO, DEFESA E PROTEÇÃO.	As interações internas (biologia molecular, microbiologia, imunologia) e as interações com o meio interno (genética) externo (farmacologia, parasitologia, patologia dos processos gerais e doenças infecciosas e parasitárias) do ser humano
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir	BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS.	Como ler, apreender e produzir conhecimentos (metodologia científica, antropologia social, saúde e sociedade)

como BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS?		
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir formando as BASES DA PRÁTICA MÉDICA?	BASES DA PRÁTICA MÉDICA	Articular conhecimento e tecnologia definidos para o exercício das especificidades médicas (Bases da Técnica Cirúrgica, Dermatologia, Oftalmologia, Oncologia, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Geriatria, neurologia, Ortopedia, Medicina ocupacional, Urgências e Emergências)
UNIDADE INTEGRADORA (Estudos Tutoriais, Seminário de introdução ao Curso, TCC)		

Os conteúdos dos módulos seqüenciais, por sua vez, são integrados entre si de maneira dinâmica e articulados com o contexto no qual se encontram envolvidos alunos e professores nos **estudos tutoriais**. Os estudos tutoriais representam **unidades integradoras**, configurando um módulo, espaços presentes do primeiro ao oitavo período, desenvolvidos com o propósito de provocar, acordar, vincular, sensibilizar e instigar os alunos na busca de respostas às questões problematizadoras suscitadas no início de cada período do Curso.

Seu conteúdo é construído de forma compartilhada entre alunos e professores que atuam como tutores tendo por base as questões de cada módulo reconstruídas em temas de natureza interdisciplinar, possibilitando ao aluno o protagonismo na construção do conhecimento por meio de consulta a diversas fontes de pesquisa (livros, periódicos, internet, e os conteúdos das outras áreas e campos de saber).

Outra atividade integradora é o Seminário de Introdução de Curso que acontece no início do curso com o objetivo de acolher, informar e discutir o processo de formação proporcionando um diálogo entre o aluno, a estrutura e os processos da Universidade.

Outra atividade que integra o que se denomina **unidade integradora** é a elaboração do TCC que tem o objetivo de integrar as interfaces entre conteúdos disciplinares, teoria e prática e construir a síntese do conhecimento de cada aluno. Seu processo se inicia desde a introdução do aluno no Curso, cujos acúmulos se expressam na matriz curricular com carga horária específica no último período do curso.

Em síntese, no Curso de Medicina de Parnaíba existem como atividades que compõe as unidades integradoras:

a) estudos tutoriais que além do propósito de articular os diferentes conteúdos discutidos nos módulos, objetiva integrar a teoria e a prática, pondo em relação distintas áreas do conhecimento, espaços e sujeitos como a universidade, serviços de saúde, trabalhadores e gestores, num processo de formação flexível e interdisciplinar, levando em conta os saberes, as necessidades individuais de aprendizagem e os problemas da realidade.

b) Seminário de Introdução ao Curso – que integra o aluno ao mundo institucional e com o mundo das relações humanas.

c) TCC – que integra conhecimento, saberes, vivências e possibilitando a construção de novas sínteses e questões.

A partir do primeiro ano do curso, sob supervisão, os alunos são inseridos em atividades práticas tanto de laboratórios como em serviços de saúde e na comunidade, mantendo contato com pacientes e grupos, comunidade. São oferecidas oportunidades de aprimoramento por meio de laboratórios de habilidades, estudos de problemas reais ou construídos nos grupos tutoriais e inserção na rede de atenção do Sistema Único de Saúde desde a atenção primária à atenção hospitalar.

Esta metodologia proporciona ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção em diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo

conhecimentos compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato

A integralidade vertical ocorre nos Módulos Transversais cuja sistematização decorreu das seguintes perguntas:

PERGUNTA	MÓDULO	CORPUS DE CONHECIMENTOS
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir por meio do desenvolvimento de BOAS PRÁTICAS DE SAÚDE?	HABILIDADES MÉDICAS	Como desenvolver práticas médicas com base no conhecimento, apoiadas em tecnologias pertinentes e eficazes e que satisfaçam quem produz e quem recebe os efeitos da prática
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir de forma coerente e ARTICULADA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	Como reconhecer os determinantes sociais e biológicos do processo saúde/doença, as estratégias de enfrentamento institucionais, acadêmicas e sociais e dotar de resolutividade a Atenção Primária como organizadora da atenção no SUS
UNIDADE INTEGRADORA (Estudo livre, Internato e atividades optativas e complementares)		

A partir do oitavo período os alunos do Curso de Medicina são dedicados integralmente a atividades de aprimoramento da prática profissional – Internato. O Internato, ou estágio supervisionado, representa o momento de radicalização e de aprofundamento das práticas profissionais vivenciadas desde o

início do curso, agora com grau maior de autonomia e capacidade de articulação dos diferentes arranjos tecnológicos do trabalho do médico, em diferentes contextos.

Estas atividades integram o conhecimento, habilidades e competências e expressam em ato a trajetória percorrida, desenvolvidas nos serviços de saúde que integram as Redes de Atenção à Saúde e a Rede de Urgência e Emergência do SUS. O Internato representa a unidade integradora dos módulos transversais integrando os conteúdos acumulados nos módulos de Atenção Primária em Saúde e Habilidades Médicas.

Outras atividades que se caracterizam como unidades integradoras da experiência vivenciada no curso e se caracterizam como transversais, são as atividades optativas, com o objetivo de proporcionar cultura geral ou ampliar conhecimentos específicos. Correspondendo a 8 (oito) créditos o que equivale a 120 horas de atividades optativas no curso e as atividades complementares que correspondem ao cumprimento de 10 (dez) créditos equivalente a 150 horas de atividades complementares. Pois estas incidem diretamente sobre a realidade subjetiva de cada aluno e na objetividade do contexto, são os momentos em que o aluno exercita sua autonomia de traçar seu próprio percurso de aprendizagem, “áreas verdes”, que representam as horas semanais, reservadas para tempo de estudos da escolha dos estudantes. Estas atividades integram o MÓDULO COMPLEMENTAR.

Para que esta proposta seja de fato efetivada, torna-se necessário investir na formação permanente do corpo docente do curso, buscando aprimorar a experiência compartilhando saberes com médicos e outros profissionais de reconhecida atuação no campo da Saúde.

5.6 Competências e habilidades

De acordo com as Diretrizes Nacionais Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional deverão desenvolver competências relativas à Atenção à saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde.

Competência, para os fins da formação médica, é compreendida como sendo a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com oportunidade, pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde. Assim, a mobilização de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, dentre outras, promove uma combinação de recursos que se expressa em ações diante de um problema.

As ações são traduzidas por desempenhos que refletem os elementos da competência: as capacidades, as intervenções, os valores e os padrões de qualidade, em um determinado contexto da prática. Traduzem a excelência da prática médica nos cenários do SUS.

A competência médica é alcançada pelo desenvolvimento integrado de três áreas de competência: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Cada área é representada por um conjunto de ações-chave que traduzem a prática profissional.

Os desempenhos descritos a seguir foram agrupados por afinidade em relação à ação-chave e representam a integração das capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais, em cada uma das áreas de competência.

5.6.1 Área de competência: Atenção à Saúde

Subáreas:

I - Atenção às necessidades individuais de saúde - Compõe-se de duas ações-chave e respectivos desempenhos: (A) Identifica necessidades de saúde; (B) Desenvolve e avalia planos terapêuticos.

II - Atenção às necessidades coletivas de saúde: compõe-se de duas ações-chave e respectivos desempenhos: (A) Investiga problemas de saúde coletiva e (B) Desenvolve e avalia projetos de intervenção coletiva.

I - Atenção às necessidades individuais de saúde

A. Ação-Chave: Identifica necessidades de saúde

a. Desempenho: Realiza história clínica – Estabelece uma relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares e/ou responsáveis. Identifica 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. Orienta o atendimento às necessidades de saúde das pessoas sob seus cuidados. Usa linguagem compreensível, estimulando o relato espontâneo e cuidando da privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados. Favorece a construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas trazidos pela pessoa sob seu cuidado e responsáveis. Identifica motivos ou queixas, evitando a explicitação de julgamentos, e considera o contexto de vida e os elementos biológicos, psicológicos e socioeconômico-culturais relacionados ao processo saúde-doença. Orienta e organiza a anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico e a técnica semiológica. Investiga sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares. Registra os dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.

b. Desempenho: Realiza exame físico - Esclarece os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos e obtém consentimento da pessoa sob seu cuidado ou responsável. Cuida da segurança, privacidade e conforto dessa pessoa, ao máximo possível. Mostra postura ética e destreza técnica na inspeção, palpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a singularidade étnico-racial, gênero, orientação sexual e linguístico-cultural e identidade de gênero. Esclarece à pessoa ou responsável, os sinais verificados e registra as informações no prontuário, de modo legível.

c. Desempenho: Formula hipóteses e prioriza problemas - Estabelece hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e dos exames clínicos. Formula e prioriza os problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes. Informa e esclarece suas hipóteses de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob cuidados, familiares e responsáveis.

d. Desempenho: Promove investigação diagnóstica - Solicita exames complementares com base nas melhores evidências científicas, avaliando a possibilidade de acesso da pessoa sob seu cuidado aos testes necessários.

Avalia condições de segurança para essa pessoa, bem como a eficiência e efetividade dos exames. Interpreta e relaciona os resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados. Registra e atualiza, no prontuário, a investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

B. Ação-Chave: Desenvolve e avalia planos terapêuticos

a. Desempenho: Elabora e implementa plano terapêutico - Elabora planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de modo contextualizado. Discute o plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas. Busca dialogar as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável com as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando-a a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado. Pactua as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário. Implementa as ações pactuadas e disponibiliza prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento e/ou encaminha a pessoa sob cuidados com justificativa. Informa situações de notificação compulsória aos setores responsáveis.

b. Desempenho - Acompanha e avalia planos terapêuticos: Acompanha e avalia a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação da pessoa sob seus cuidados e responsáveis em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas. Favorece o envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos. Revê diagnóstico e o plano terapêutico, sempre que necessário. Explica e orienta os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados e de seus responsáveis. Registra o acompanhamento e a avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientado ao cuidado integral.

II. Atenção às necessidades coletivas de saúde

A. Ação-Chave: Investiga problemas de saúde coletiva

Desempenhos - Analisa as necessidades de saúde de grupos e as condições de vida e de saúde de comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando as dimensões de risco,

vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde. Acessa e utiliza dados secundários ou informações que incluam o contexto cultural, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e determinantes no processo saúde-doença. Relaciona os dados e as informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos e socioeconômico-culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de coletivos. Estabelece diagnósticos de saúde e prioriza problemas segundo sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política da situação.

B. Ação-Chave: Desenvolve e avalia projetos de intervenção coletiva

Desempenhos - Participa da discussão e construção de projetos de intervenção em coletivos, de modo orientado à melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade e à redução de riscos, danos e vulnerabilidades. Estimula a inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos. Promove o desenvolvimento de planos orientados aos problemas priorizados. Participa da implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade. Participa da avaliação dos projetos, prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.

5.6.2 Área de competência: Gestão em Saúde

A área compõe-se de duas ações-chave e respectivos desempenhos: (A) Organiza o trabalho em saúde; e (B) Acompanha e avalia o trabalho em saúde.

A. Ação-Chave: Organiza o trabalho em saúde

a. Desempenho - Identifica problemas no processo de trabalho: Identifica oportunidades e desafios na organização do trabalho em saúde, considerando as diretrizes do SUS. Utiliza diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais, bem

como a análise de indicadores e do modelo de gestão. Participa da priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis. Mostra abertura para ouvir opiniões diferentes da sua e respeita a diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde. Trabalha de modo colaborativo em equipes de saúde respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional.

b. Desempenho - Elabora e implementa planos de intervenção: Participa da elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas classificados prioritariamente, visando melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde. Apoia a criatividade e a inovação na construção de planos de intervenção.

Participa da implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão baseada em evidências científicas, na eficiência e efetividade do trabalho em saúde. Participa da negociação de metas para os planos de intervenção, considerando os colegiados de gestão e de controle social.

B. Ação-Chave: Acompanha e avalia o trabalho em saúde

a. Desempenho - Gerencia o cuidado em saúde: Promove a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS. Utiliza as melhores evidências e os protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança na atenção à saúde. Favorece a articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.

b. Desempenho - Monitora planos e avalia o trabalho em saúde: Participa de espaços formais para reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e os planos de intervenção. Monitora a realização de planos, identificando conquistas e dificuldades. Avalia o trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação/certificação. Utiliza os resultados para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante melhoria. Faz e recebe críticas, de modo respeitoso, valorizando o

esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho. Estimula o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.

5.6.3 Área de competência: Educação em Saúde

A área compõe-se por três ações-chave e respectivos desempenhos: (A) Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas; (B) Promove a construção e socialização de conhecimento; e (C) Promove o pensamento científico e crítico e apoia a produção de novos conhecimentos.

A. Ação-Chave: Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas

Desempenhos: Estimula a curiosidade e o desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde. Identifica necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e dos responsáveis, dos cuidadores, 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.

B. Ação-Chave: Promove a construção e socialização de conhecimento

Desempenhos: Mostra postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática. Escolhe estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando a idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas. Orienta e compartilha

conhecimentos com as pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, respeitando o desejo e o interesse desses, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde. Estimula a construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, favorecendo espaços formais de educação continuada e participando da formação de futuros profissionais.

C. Ação-Chave: Promove o pensamento científico e crítico e apoia a produção de novos conhecimentos

Desempenhos: Utiliza os desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses, buscando dados e informações. Analisa criticamente 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 cuidados, famílias e responsáveis. Identifica a necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde e em medicina, a partir do diálogo entre sua própria prática e a produção científica, além de levar em consideração o desenvolvimento tecnológico disponível. Favorece ou participa do desenvolvimento científico e tecnológico voltado para 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.

5.6.4 .Habilidades específicas e níveis de desempenho esperado

A referência para a definição de habilidades específicas e os níveis de desempenho esperado ao final da formação foi a Matriz de Correspondência Curricular para fins de Revalidação de Diploma Médico (MEC/MS, 2009)

Nesse documento as competências e habilidades de cada uma das cinco grandes áreas do exercício profissional da Medicina - Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Medicina de Família e Comunidade/Saúde Pública - foram listadas, classificadas em uma escala de 1 a 4, resultando no nível de desempenho esperado do processo de formação:

Níveis de desempenho esperado na formação médica
Nível 1. Conhecer e descrever a fundamentação teórica
Nível 2. Compreender e aplicar conhecimento teórico
Nível 3. Realizar sob supervisão
Nível 4. Realizar de maneira autônoma

Neste sentido o desempenho esperado compreende o desenvolvimento das seguintes habilidades específicas para o médico com o perfil definido:

Níveis 1 e 2: CONHECER, COMPREENDER E APLICAR CONHECIMENTO TEÓRICO

Os princípios e pressupostos do Sistema Único de Saúde e sua legislação. O papel político, pedagógico e terapêutico do médico. Os programas de saúde, no seu escopo político e operacional, em nível de atenção básica em saúde. A formação, relevância e estruturação do controle social do SUS. Os preceitos/responsabilidades da Estratégia de Saúde da Família. Os princípios da gestão de uma Unidade de Saúde da Família. Os problemas de saúde que mais afetam os indivíduos e as populações de centros urbanos e rurais, descrevendo as suas medidas de incidência, prevalência e história natural. Fatores econômicos e socioculturais determinantes de morbimortalidade. Fatores e condições de desgaste físico, psicológico, social e ambiental relacionados aos processos de trabalho e produção social. Avaliação do risco cirúrgico. Visita pré-anestésica. Suporte nutricional ao paciente cirúrgico. Sutura de ferimentos complicados. Exame reto-vaginal combinado: palpação do septo retovaginal. Indicações e técnicas de delivramento patológico da placenta e da extração manual da placenta. Curagem. Cauterização do colo do útero. Indicações e contraindicações do DIU. Técnicas de uso de fórceps. Exame ultrassonográfico na gravidez. Cintilografia. Angiografia digital de subtração. Angiografia de Seldinger. Exame de Dopplervelocimetria. Eletroencefalografia. Eletromiografia. Mielografia. Biópsia de músculo. Biópsia hepática. Biópsia renal. Proctoscopia. Testes de alergias.

Nível 3 - REALIZAR SOB SUPERVISÃO

Organização do processo de trabalho em saúde com base nos princípios doutrinários do SUS. Os processos de territorialização, planejamento e programação situacional em saúde. O planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações educativas em saúde. A organização do trabalho em articulação com cuidadores dos setores populares de atenção à saúde. A organização do trabalho em articulação com terapeutas de outras racionalidades médicas. A utilização de tecnologias de vigilância: epidemiológica, sanitária e ambiental. O cuidado integral, contínuo e

integrado para pessoas, grupos sociais e comunidades. A análise dos riscos, vulnerabilidades e desgastes relacionados ao processo de saúde e de doença, nos diversos ciclos de vida. Formulação de questões de pesquisa relativas a problemas de saúde de interesse para a população e produção e apresentação de resultados. A atenção à saúde com base em evidências científicas, considerando a relação custo-benefício e disponibilidade de recursos. Principais demandas da Saúde mental na Atenção Primária em Saúde. Relação entre condições de vida da população e queixas psiquiátricas. Relação entre Violência e Saúde. Risco de medicalização dos problemas sociais. Coleta da história psiquiátrica. Avaliação do pensamento (forma e conteúdo). Avaliação do afeto. Avaliação dos aspectos psicossociais, níveis de autonomia e reabilitação psicossocial. Cuidado psicossocial em situação de crise e urgência psiquiátrica. Indicação de hospitalização psiquiátrica. Diagnóstico de acordo com os critérios da classificação de distúrbios da saúde mental (DSM IV). Indicação de terapia psicomotora. Indicação de terapia de aconselhamento. Indicação de terapia comportamental. Indicação da terapia ocupacional. Indicação de assistência à saúde mental na rede psicossocial. Comunicação com pais e familiares ansiosos com criança gravemente doente. Descrição de atos cirúrgicos. Laringoscopia indireta. Punção articular. Canulação intravenosa central. Substituição de cateter de gastrostomia. Substituição de cateter suprapúbico. Punção intraóssea. Cateterismo umbilical em RN. Oxigenação sob capacete. Oxigenioterapia no período neonatal. Atendimento à emergência do RN em sala de parto. Indicação de tratamento na icterícia precoce. Retirada de corpos estranhos de conjuntiva e córnea. Palpação do fundo de saco de Douglas e útero por via retal. Exame de secreção genital: execução e leitura da coloração de Gram, do exame a fresco com salina, e do exame a fresco com hidróxido de potássio. Colposcopia. Diagnóstico de gravidez ectópica. Encaminhamento de gravidez de alto-risco. Métodos de indução do parto. Ruptura artificial de membranas no trabalho de parto. Indicação de parto cirúrgico. Reparo de lacerações não-complicadas no parto. Diagnóstico de retenção placentária ou de restos placentários intra-uterinos. Diagnóstico e conduta inicial no abortamento. Identificar e orientar a conduta terapêutica inicial nos casos de anovulação e dismenorréia. Atendimento à mulher no climatério. Orientação nos casos de assédio e abuso sexual. Orientação no

tratamento de HIV/AIDS, hepatites, herpes. Preparo e interpretação do exame de esfregaço sanguíneo. Coloração de Gram. Biópsia de pele.

Nível 4 - REALIZAR AUTONOMAMENTE

a) Promoção da saúde em parceria com as comunidades e trabalho efetivo no sistema de saúde, particularmente na atenção básica.

Desenvolvimento e aplicação de ações e práticas educativas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Promoção de estilos de vida saudáveis, considerando as necessidades, tanto dos indivíduos quanto de sua comunidade. A atenção médica ambulatorial, domiciliar e comunitária, agindo com polidez, respeito e solidariedade. A prática médica, assumindo compromisso com a defesa da vida e com o cuidado a indivíduos, famílias e comunidades. A prática médica, considerando a saúde como qualidade de vida e fruto de um processo de produção social. A solução de problemas de saúde de um indivíduo ou de uma população, utilizando os recursos institucionais e organizacionais do SUS. O diálogo com os saberes e práticas em saúde-doença da comunidade. A avaliação e utilização de recursos da comunidade para o enfrentamento de problemas clínicos e de saúde pública. O trabalho em equipes multiprofissionais e de forma interdisciplinar, atuando de forma integrada e colaborativa. A utilização de ferramentas da atenção básica e das tecnologias de informação na coleta, análise, produção e divulgação científica em Saúde Pública. A utilização de tecnologias de informação na obtenção de evidências científicas para a fundamentação da prática de Saúde Pública. A utilização de protocolos e dos formulários empregados na rotina da Atenção Básica à Saúde. A utilização dos Sistemas de Informação em Saúde do SUS. A utilização dos recursos dos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, inclusive os mecanismos de referência e contrarreferência, com ações voltadas para a produção de saúde de forma continuada (vínculo, escuta qualificada e acolhimento das necessidades de saúde, coresponsabilização, matriciamento). O monitoramento da incidência e prevalência das Condições Sensíveis à Atenção Básica.

b) Atenção individual ao paciente, comunicando-se com respeito, empatia e solidariedade, provendo explicações e conselhos, em clima de confiança, de acordo

com os preceitos da Ética Médica e da Deontologia:

Coleta da história clínica, exame físico completo, com respeito ao pudor e conforto do paciente. Avaliação do estado aparente de saúde, inspeção geral: atitude e postura, medida do peso e da altura, medida do pulso e da pressão arterial, medida da temperatura corporal, avaliação do estado nutricional. Avaliação do estado de hidratação. Avaliação do estado mental. Avaliação psicológica. Avaliação do humor. Avaliação da respiração. Palpação dos pulsos arteriais. Avaliação do enchimento capilar. Inspeção e palpação da pele e fâneros, descrição de lesões da pele. Inspeção das membranas mucosas. Palpação dos nódulos linfáticos. Inspeção dos olhos, nariz, boca e garganta. Palpação das glândulas salivares. Inspeção e palpação da glândula tireóide. Palpação da traqueia. Inspeção do tórax: repouso e respiração. Palpação da expansibilidade torácica. Palpação do frêmito tóraco-vocal. Percussão do tórax. Ausculta pulmonar. Palpação dos frêmitos de origem cardiovascular. Avaliação do ápice cardíaco. Avaliação da pressão venosa jugular. Ausculta cardíaca. Inspeção e palpação das mamas. Inspeção do abdome. Ausculta do abdome, Palpação superficial e profunda do abdome. Pesquisa da sensibilidade de rebote. Manobras para palpação do fígado e vesícula. Manobras para palpação do baço. Percussão do abdome. Percussão da zona hepática e hepatimetria. Avaliação da zona de Traube. Pesquisa de macicez móvel. Pesquisa do sinal do piparote. Identificação da macicez vesical. Identificação de hérnias da parede abdominal. Identificação de hidrocele. Identificação de varicocele. Identificação de fimose. Inspeção da região perianal. Exame retal. Toque retal com avaliação da próstata. Avaliação da mobilidade das articulações. Detecção de ruídos articulares. Exame da coluna: repouso e movimento. Avaliação do olfato. Avaliação da visão. Avaliação do campo visual. Inspeção da abertura da fenda palpebral. Avaliação da pupila. Avaliação dos movimentos extraoculares. Pesquisa do reflexo palpebral. Fundoscopia. Exame do ouvido externo. Avaliação da simetria facial. Avaliação da sensibilidade facial. Avaliação da deglutição. Inspeção da língua ao repouso. Inspeção do palato. Avaliação da força muscular. Pesquisa dos reflexos tendinosos (bíceps, tríceps, patelar, aquileu). Pesquisa da resposta plantar. Pesquisa da rigidez de nuca. Avaliação da coordenação motora. Avaliação da marcha. Teste de Romberg. Avaliação da audição (condução aérea e óssea, lateralização). Teste

indicador – nariz. Teste calcanhar - joelho oposto. Teste para disdiadococinesia. Avaliação do sensório. Avaliação da sensibilidade dolorosa. Avaliação da sensibilidade térmica. Avaliação da sensibilidade tátil. Avaliação da sensibilidade proprioceptiva. Avaliação da orientação no tempo e espaço. Interpretação da escala de Glasgow. Pesquisa do sinal de Laségue. Pesquisa do sinal de Chvostek. Pesquisa do sinal de Trousseau. Avaliação da condição de vitalidade da criança (risco de vida). Avaliação do crescimento, do desenvolvimento e do estado nutricional da criança nas várias faixas etárias. Exame físico detalhado da criança nas várias faixas etárias. Realização de manobras semiológicas específicas da Pediatria (oroscopia, otoscopia, pesquisa de sinais meníngeos, escala de Glasgow pediátrica, sinais clínicos de desidratação). Exame ortopédico da criança nas várias faixas etárias. Exame neurológico da criança nas várias faixas etárias. Inspeção e palpação da genitália externa masculina e feminina. Exame bimanual: palpação da vagina, colo, corpo uterino e ovários. Palpação uterina. Exame ginecológico na gravidez. Exame clínico do abdome grávido, incluindo ausculta dos batimentos cardio-fetais. Exame obstétrico: características do colo uterino (apagamento, posição, dilatação), integridade das membranas, definição da altura e apresentação fetal. Anamnese e exame físico do idoso, com ênfase nos aspectos peculiares. Avaliação de transtornos mentais comuns, graves e persistentes, diagnóstico diferencial em saúde mental, avaliação de padrões de uso de álcool e outras drogas. A comunicação efetiva com o paciente no contexto médico, inclusive na documentação de atos médicos, no contexto da família do paciente e da comunidade, mantendo a confidencialidade e obediência aos preceitos éticos e legais:

c) A comunicação, de forma culturalmente adequada, com pacientes e famílias para a obtenção da história médica, para esclarecimento de problemas e aconselhamento. A comunicação, de forma culturalmente adequada, com a comunidade na aquisição e no fornecimento de informações relevantes para a atenção à saúde. A comunicação com colegas e demais membros da equipe de saúde. A comunicação telefônica com pacientes e seus familiares, com colegas e demais membros da equipe de saúde. A comunicação com portadores de necessidades especiais. Preenchimento e atualização de prontuário. Prescrição de

dietas. Prescrição em receituário comum. Prescrição em receituário controlado. Diagnóstico de óbito e preenchimento de atestado. Solicitação de autópsia. Emissão de outros atestados. Emissão de relatórios médicos. Obtenção de consentimento informado nas situações requeridas. Prescrição de orientações na alta do recém-nascido do berçário. Aconselhamento sobre estilo de vida. Comunicação de más notícias. Orientação de pacientes e familiares. Esclarecimento às mães sobre amamentação. Comunicação clara com as mães e familiares. Orientação aos pais sobre o desenvolvimento da criança nas várias faixas etárias. Recomendação de imunização da criança nas várias faixas etárias. Interação adequada com a criança nas várias faixas etárias. Orientação sobre o autoexame de mamas. Orientação de métodos contraceptivos. Identificação de problemas com a família. Identificação de problemas em situação de crise. Apresentação de casos clínicos.

d) Realização de procedimentos médicos de forma tecnicamente adequada, considerando riscos e benefícios para o paciente, provendo explicações para este e/ou familiares:

Punção venosa periférica. Injeção intramuscular. Injeção endovenosa. Injeção subcutânea; administração de insulina. Punção arterial periférica. Assepsia e antisepsia; anestesia local. Preparação de campo cirúrgico para pequenas cirurgias. Preparação para entrar no campo cirúrgico: assepsia, roupas, luvas. Instalação de sonda nasogástrica. Cateterização vesical. Punção supra-púbica. Drenagem de ascite. Punção lombar. Cuidados de feridas. Retirada de suturas. Incisão e drenagem de abscessos superficiais. Substituição de bolsa de colostomia. Retirada de pequenos cistos, lipomas e nevus. Retirada de corpo estranho ou rolha ceruminosa do ouvido externo. Retirada de corpos estranhos das fossas nasais. Detecção de evidências de abuso e/ou maus tratos, abandono, negligência na criança. Iniciar processo de ressuscitação cardiorespiratória. Atendimento pré-hospitalar do paciente politraumatizado. Atendimento inicial à criança politraumatizada. Avaliação de permeabilidade das vias aéreas. Intubação endotraqueal. Massagem cardíaca externa. Manobras de suporte básico à vida. Suporte básico à vida na criança (manobra de Heimlich, imobilização de coluna cervical). Controle de sangramentos externos (compressão, curativos). Imobilização

provisória de fraturas fechadas. Ressuscitação volêmica na emergência. Ventilação com máscara. Suturas de ferimentos superficiais. Identificação de queimaduras do 1º, 2º e 3º graus. Preparo de soluções para nebulização. Cálculo de soroterapia de manutenção, reparação e reposição de líquidos na criança. Oxigenação sob máscara e catéter nasal. Coleta de “swab” endocervical e raspado cervical e exame da secreção genital: odor, pH. Teste urinário para diagnóstico de gravidez. Anestesia pudenda. Parto normal e partograma. Episiotomia e episiorrafia. Delivramento normal da placenta. Laqueadura de cordão umbilical. Manobra de Credé (prevenção de conjuntivite).

e) Avaliação das manifestações clínicas, para prosseguir a investigação diagnóstica e proceder ao diagnóstico diferencial das patologias prevalentes, considerando o custo-benefício:

Diagnóstico diferencial das grandes síndromes: febre, edema, dispnéia, dor torácica. Solicitação e interpretação de exames complementares - hemograma; testes bioquímicos; estudo liquórico; testes para imunodiagnóstico; exames microbiológicos e parasitológicos; exames para detecção de constituintes ou partículas virais, antígenos ou marcadores tumorais; Rx de tórax, abdome, crânio, coluna; Rx contrastado gastrointestinal, urológico e pélvico; endoscopia digestiva alta; ultrassonografia abdominal e pélvica; tomografia computadorizada de crânio, tórax e abdome; eletrocardiograma; gasometria arterial; exames radiológicos no abdome agudo; cardiotocografia. Investigação de aspectos psicológicos e sociais e do estresse na apresentação e impacto das doenças; detecção do abuso ou dependência de álcool e substâncias químicas.

f) Encaminhamento aos especialistas após diagnóstico ou mediante suspeita diagnóstica, com base em critérios e evidências médico-científicas, e obedecendo aos critérios de referência e contrarreferência:

Afecções reumáticas. Anemias hemolíticas. Anemia aplástica. Síndrome mielodisplásica. Distúrbios da coagulação. Hipotireoidismo e hipertireoidismo. Arritmias cardíacas. Hipertensão pulmonar. Doença péptica gastroduodenal. Diarréias crônicas. Colelitíase. Colecistite aguda e crônica. Pancreatite aguda e

crônica. Hipertensão portal. Hemorragia digestiva baixa. Abdome agudo inflamatório (apendicite aguda; colecistite aguda; pancreatites). Abdome agudo obstrutivo (volvulo, megacolo, chagásico; bridas e aderências; divertículo de Meckel; hérnia inguinal encarcerada; hérnia inguinal estrangulada). Abdome agudo perfurativo (úlcera péptica perfurada; traumatismos perfurantes abdominais). Traumatismo crânio-encefálico. Traumatismo raquimedular. Infecções pós-operatórias. Tromboembolismo venoso. Abscessos intracavitários (empiema, abscesso subfrênico, hepático e de fundo de saco). Síndromes demenciais do paciente idoso. Neoplasias do aparelho, digestivo (tubo digestivo e glândulas anexas). Neoplasias do tórax e do mediastino. Tumores de cabeça e pescoço. Neoplasias do sistema linfático (leucemias, linfomas). Neoplasias cutâneas. Úlceras de membros inferiores. RN com retardo do crescimento intra-uterino pé torto congênito, luxação congênita do quadril. Distúrbios menstruais. Síndrome pré-menstrual. Psicose e depressão pós-parto. Indicação de: Holter, ecocardiografia, teste ergométrico, Dopplervascular, ressonância nuclear magnética, espirometria e testes de função pulmonar, broncoscopia, mamografia, densitometria óssea, ultrassonografia do abdômen inferior por via abdominal e vaginal, biópsia de próstata, exames urodinâmicos. Indicação de psicoterapia. Indicação de diálise peritoneal ou hemodiálise.

g) Condução de casos clínicos – diagnóstico, tratamento, negociação de conduta terapêutica e orientação, nas situações prevalentes:

Diarreias agudas. Erros alimentares frequentes na criança. Desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos. Distúrbios do equilíbrio ácido básico. Anemias carenciais. Deficiências nutricionais. Infecções de ouvido, nariz e garganta. Parasitoses intestinais. Doenças infecto-parasitárias mais prevalentes. Meningite. Tuberculose. Pneumonias comunitárias. Bronquite aguda e crônica. Enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Asma brônquica. Hipertensão arterial sistêmica. Doença cardíaca hipertensiva. Angina pectoris. Insuficiência cardíaca. Edema agudo de pulmão. Diabetes mellitus. Infecção do trato urinário. Doença péptica gastroduodenal. Doenças exantemáticas. Infecção da pele e tecido subcutâneo. Dermatomicoses. Ectoparasitoses. Doenças inflamatórias pélvicas de órgãos femininos. Doenças sexualmente transmissíveis. Gravidez sem risco.

Trabalho de parto e puerpério. Violência contra a mulher.

h) Reconhecimento, diagnóstico e tratamento das condições emergenciais agudas, incluindo a realização de manobras de suporte à vida:

Choque. Sepses. Insuficiência coronariana aguda. Insuficiência cardíaca congestiva. Emergência hipertensiva. Déficit neurológico agudo. Cefaleia aguda, Síndromes convulsivas, Hipoglicemia. Descompensação do diabetes mellitus. Insuficiência renal aguda. Hemorragia digestiva alta. Afecções alérgicas. Insuficiência respiratória aguda. Crise de asma brônquica. Pneumotórax hipertensivo. Surto psicótico agudo. Depressão com risco de suicídio. Estados confusionais agudos. Intoxicações exógenas. (MEC/MS. Matriz de Correspondência curricular para fins de Revalidação de Diploma Médico, 2009).

5.7 Conteúdos curriculares

- 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 os utiliza;
- Compreensão dos determinantes econômicos, sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo do processo saúde-doença;
- Abordagem integral do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- 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-paciente;
- 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;

- Compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento, incapacidades e morte;
- Comprometimento com a promoção da saúde nos níveis individuais e coletivos e suas estratégias: políticas públicas saudáveis, entorno ambiental sustentável, organização dos serviços de saúde, reforço das habilidades e planejamento e poder local.

5.8 Pressupostos Curriculares

O currículo deste curso é orientado pela racionalidade pedagógica prático-reflexiva na perspectiva crítica, que deverá tomar a reflexão-ação como elemento norteador da construção de competências profissionais, através da constituição de saberes específicos das necessidades de saúde dos indivíduos e das populações e de habilidades para intervenções efetivas sobre a situação individual ou coletiva.

Nesta perspectiva, no desenvolvimento curricular do curso de Medicina devem ser considerados os seguintes princípios:

- ✓ **Integralidade do cuidado como reflexo da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.**

Todo conteúdo curricular do curso deve fundamentar-se na articulação teórico-prática, que representa a etapa essencial do processo ensino-aprendizagem. Adotando este princípio, a prática estará presente em todas os módulos do curso, permitindo o desenvolvimento de habilidades para lidar com o conhecimento de maneira crítica e criativa. Integrar organicamente teoria e prática significa propor a vivência de situações reais, inserindo o estudante no mundo do trabalho e organizacional de modo a fomentar a formação de vínculo e corresponsabilidade

com os pacientes e seus familiares, bem como com as equipes de serviço de saúde. Implica também vivenciar situações simuladas, que permitem o aprendizado de competências de forma responsável, assim como permite que todos os estudantes vivenciem formas de controle de tais situações.

Neste tipo de atividades são utilizados recursos e linguagens de natureza diversa como filmes, jogos, dramatizações, textos, manequins e/ou pacientes simulados, entre outros. O confronto do estudante com as situações reais ou simuladas tem como objetivo a aprendizagem significativa, uma vez que o estudante torna-se sujeito de sua aprendizagem, construindo sentido para o aprendizado.

A articulação teoria-prática, traz a categoria **cuidado** com dispositivo integrador da produção do saber, da utilização de tecnologias necessárias e adequadas e do processo de trabalho médico por meio do qual se define a intervenção, centrada na investigação de evidências que denotem boas práticas de saúde. Como processo de formação este princípio reflete no desenvolvimento, desde o início do curso, de atividades articuladas e integradas com a Rede de Atenção a Saúde, de modo que a participação dos alunos e docentes integre a programação cotidiana das Unidades de Saúde e seu território. São atividades que dependem da presença do preceptor (atuante no serviço, independente do vínculo institucional) e de professores articulados no planejamento compartilhado dessas atividades.

Sob este princípio o território no qual se localizam as Regiões e as Redes de Atenção a Saúde, é considerado espaço de articulação do ensino, pesquisa e extensão possibilitando o desenvolvimento de competências relativas ao cuidado das pessoas e dos grupos sociais, à organização do trabalho em saúde em equipe e em cenários diversificados, à capacidade investigativa das necessidades de saúde além do aprendizado na construção de projetos e protocolos terapêuticos, fortalecendo a capacidade de respostas da rede de saúde pública.

É relevante que esta articulação se constitua no sentido de concretizar os princípios de universalidade, equidade e integralidade explícitos no SUS, proporcionando a utilização tácita dos conhecimentos produzidos e

compartilhados, na melhoria das condições de saúde da população, na organização dos serviços e na qualidade da prática profissional.

Este princípio é fortemente observado na utilização de abordagens problematizadoras que têm se apresentado como resposta inovadora e sido indicadas como importantes na reestruturação curricular, viabilizam a produção de conhecimento que fortalece a transformação das práticas educativas em saúde nos termos requeridos em tempos atuais e contribuem para a incorporação de outros modos de apropriação e construção de conhecimentos.

As abordagens problematizadoras guardam coerência com o princípio que considera o trabalho em saúde como uma prática social na qual os sujeitos se constituem e transformam a sociedade na qual vivem, valorizando o conhecimento prévio dos sujeitos, o favorecimento do pensamento crítico, reflexivo e contextualizado, o fortalecimento da participação, do diálogo e da contextualização do saber-fazer vividos por profissionais de saúde, professores, alunos e a população.

Além disso, guardam a potencialidade de serem capazes de redirecionar o olhar dos sujeitos permitindo sensibilizar aquele que olha, que passa a perceber ou captar de forma mais significada as incoerências, as necessidades, as iniquidades e a fragmentação do cuidado, cujas explicações precisam ser reconhecidas, analisadas, desconstruídas ou compreendidas. Se um problema ou um fenômeno se expressa de determinada forma e assume tal proporção ou produz dada situação, é possível, a partir de sua problematização, desvelá-lo.

✓ **Formação profissional para a cidadania**

A UFPI tem o compromisso de desenvolver o espírito crítico e a autonomia intelectual, para que o profissional por meio do questionamento permanente dos fatos possa contribuir para o atendimento das necessidades sociais. A cidadania é construída pela participação ativa nas atividades curriculares, uma vez que ser cidadão é ser sujeito responsável, ético, comprometido com a coletividade. Isso significa que o eixo de desenvolvimento

curricular inclui dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania.

Este princípio é fortalecido no eixo orientador aluno-comunidade em que é promovida a constituição de vínculos com a comunidade, incluindo ações nos territórios e no entorno da Rede de Atenção à Saúde. A participação social no SUS apreendida por meio do acompanhamento das ações dos conselhos locais, fóruns e conferências de saúde reflete na compreensão desses espaços como locus onde se define o significado e a extensão objetiva do direito à saúde, vinculando o exercício da prática profissional aos valores imanentes às relações de cidadania.

O eixo que orienta as relações da formação com a dimensão institucional da prática médica favorece o compromisso com a cidadania na medida que a categoria *cuidado* pressupõe uma longitudinalidade que inclui, além das condições de vida da população, o acesso e a qualidade do atendimento nos serviços de saúde.

Isto implica que para o desenvolvimento do currículo torna-se fundamental o conhecimento da dimensão normativa legal do SUS e da prática médica que se objetivam nas ações da Rede de Atenção. Os aspectos éticos, legais, normativos e regulatórios ao serem vivenciados nos distintos cenários, com distintos graus de responsabilização, deixam de ser vistos como estranhos à prática e passam a ser instrumentos importantes para a efetividade das ações seguindo critérios de eficiência e eficácia.

Este princípio encontra-se presente na abertura de canais de interlocução e construção entre o Curso e a sociedade por meio do diálogo e da construção compartilhada de planos e projetos de intervenção, formação e avaliação.

✓ **Interdisciplinaridade**

Os problemas de saúde do mundo contemporâneo são complexos e não estruturados, exigindo para seu enfrentamento ações mais complexas e interdisciplinares. Coerente com este pensamento este princípio demonstra que o diálogo entre os conteúdos e campos de saberes possibilita apreensão mais

totalizante dos objetos de estudo e dos problemas cotidianos sob diversos olhares, constituindo-se em reflexões permanentes que permitem a (ré)criação do conhecimento. Implica que os conteúdos disciplinares são articulados em torno de problemas e questões reais de modo que a análise e a intervenção daí decorrentes resultam em ações integradas e interdisciplinares. Integralidade no sentido vertical de afirmar as dimensões física, psíquica, espiritual e afetiva do ser humano e no sentido horizontal das relações intersubjetivas dos seres humanos mediadas pela ética, pelo direito e pela política.

Este princípio significa o devir idealizado da formação e ação da Medicina do século XXI. Nesta proposta, em que a organização curricular se caracteriza como transição e adequação a um modelo menos disciplinar e mais integrado e integrador a interdisciplinaridade é um desafio, que vai se enfrentando com base na busca ativa do conhecimento e na compreensão de fundamentos técnicos e científicos nos quais as conexões entre os níveis de complexidade dos problemas de saúde sejam o espaço de atuação do profissional médico, humanista, generalista, crítico, comprometido com a ética e criativo.

Na reconstituição da complexidade dos problemas, estratégia integralizadora do processo de formação, é fundamental a atuação do professor tutor, pois a ele cabe a tarefa de articular os conhecimentos obtidos nos módulos com a objetividade dos problemas e necessidades de saúde inerentes aos diversos níveis de complexidade da atenção e cuidado em saúde.

✓ **Articulação ensino e serviço como cenário para a aprendizagem significativa, a construção de competências e habilidades e o desenvolvimento da prática profissional**

Este princípio encontra-se presente em todos os 4 eixos orientadores do Curso. A vivência nos serviços, a aproximação com problemas reais, a reflexão e discussão sobre as possíveis resoluções e sua avaliação são etapas que se expressam no ato de exercício da prática médica e acontecem privilegiadamente no ambiente dos serviços, em que os conhecimentos, habilidades e competências são transformadas em ações fundamentadas no conhecimento e na experiência, mas validadas pelo contexto.

A articulação com o Sistema Único de Saúde e a formação tem como referência a região de saúde na qual o Curso Médico encontra-se integrado, na qual existem mapas de ofertas de serviços de saúde configurando uma rede de atenção que tem base territorial. É na dinâmica de organização e funcionamento desta Rede que o aluno tem oportunidade de conviver com o trabalho em equipe multiprofissional, operar o trabalho médico de maneira integral, de tomar decisões, de exercitar processos de liderança e desencadear ações comunicativas com seus pares, com os pacientes e com a comunidade.

A concepção da rede de atenção como cenário de aprendizagem contribui para a diminuição da distância existente entre a *episteme* que fundamenta a racionalidade da prática médica, a tecnologia necessária e a satisfação do envolvidos nesta prática: profissionais e usuários, representando acúmulos para a construção em cada um do seu próprio perfil profissional.

A região onde se encontra o Curso apresenta cenário real para a aprendizagem de habilidades e competências necessárias para a formação profissional dentro do perfil desejado (MEC/MS, 2009), compreendendo territórios para a ação comunitária, unidades básicas de saúde que compõem uma rede de atenção primária existente em todos os municípios, rede com pontos de pronto atendimento em alguns municípios referências na região, redes de média complexidade e suplementar no município sede da região, onde se localizam o atendimento às urgências e emergências.

A Educação Permanente em Saúde, vetor fundamental para a consolidação da relação entre formação e organização dos serviços de saúde, ressignifica estes serviços como espaços de aprendizagem, tomando como objeto de suas ações o processo de trabalho em saúde e, em particular o trabalho médico. Dessa forma a aquisição de conhecimentos, as habilidades adquiridas e as competências necessárias são resultados do diálogo entre as condições idealizadas e preconizadas nas reflexões teóricas e o contexto real no qual se incluem as condições estruturais, os processos e os profissionais.

5.9 O Processo de Ensino-aprendizagem

É o processo através do qual o aluno apreende as competências necessárias para exercer o ofício de médico. Caracteriza-se como uma sequência ordenada; períodos de atividades com certo sentido, segmentos em que se pode notar uma trama hierárquica de atividades incluídas umas nas outras, que servem para dar sentido unitário à ação de ensinar. Este processo envolve relações entre pessoas e está imbuído de várias sutilezas que o caracterizam. A exemplo, negociação, controle, persuasão, sedução. Por outro lado, em razão de seu caráter interativo, evoca atividades como: instruir, supervisionar, servir e colaborar. Também requer intervenções que, mediadas pela linguagem, manifestam a afetividade, a subjetividade e as intenções dos agentes. Nestas interações o ensino e a aprendizagem são adaptações, (ré) significados por seus atores e pelo contexto.

É processo de construção em que o aluno edifica suas relações e intersecções na interação com outros alunos, professores, fóruns de discussão, pesquisadores, em um enfoque prospectivo, no qual convive com a provisoriedade do conhecimento e a complexidade dos problemas atuais, favorecendo uma aprendizagem significativa que se caracteriza por: a) metodologias diversificadas, em que as dimensões inter e intra-subjetiva sejam contempladas; b) conteúdos que possam representar o acesso a conhecimentos relevantes tendo como parâmetros as condições sociais, as realidades de aplicação do que for apreendido e a motivação do que apreende; c) possibilidades de desenvolvimento de propostas contextualizadas de aprendizagem resgatando a historicidade dos temas abordados e sua relação com a prática; d) valorização dos grupos como espaços de aprendizagem que permitem o expressar das diferenças, dinâmicas, conflitos e tensões possibilitando o exercício da comunicação e negociação entre os envolvidos (BATISTA, 2004)

Porém, o que ocorre na sala de aula não é um fluir espontâneo, embora a espontaneidade não lhe seja furtada, dada à imprevisibilidade do ensino. É algo regulado por padrões metodológicos implícitos. Isso quer dizer que há uma ordem implícita nas ações dos professores (racionalidade pedagógica ou pensamento prático), que funciona como um fio condutor para o que vai acontecer com o processo de ensino. O que implica dizer que o curso das ações não é algo espontâneo, mas sim decorrente da intersubjetividade e da deliberação, pela

simples razão de o seu fundamento constituir a natureza teleológica da prática educativa.

O processo de ensino e de aprendizagem, embora intangível se materializa na ação de favorecer o aprendizado de uma cultura e/ou na aquisição de conhecimentos e competências, em um contexto real e determinado, configurando-se em uma *práxis situada*. Como *práxis*, deixa de ser simples adaptação de condições determinadas pelo contexto para tornar-se crítica. Assim sendo, estimula o pensamento dos agentes capacitando-os para intervir neste mesmo contexto, o que supõe uma opção ética e uma prática moral, enfim, uma racionalidade.

Isso significa que pensar o processo de ensino e de aprendizagem do curso de medicina implica definir os fins, os meios, os conteúdos, o papel do professor, o que é aprendizagem, as formas de avaliação. Resgatando a abordagem de ensino que este projeto Pedagógico se orienta, o ensino e a aprendizagem estão fundamentados na racionalidade pedagógica prático-reflexivo, portanto, no princípio teórico-metodológico da reflexão na ação. No interior desta racionalidade os elementos principais do processo de ensino são (ré) significados e um novo sentido lhes é dado conforme nos mostra o Quadro 11.

Quadro 11: As racionalidades pedagógicas do processo de ensino e de aprendizagem

Indicadores	Racionalidade pedagógica prático-reflexiva
Pressuposto	Através da prática reflexiva, formar um profissional competente, conhecedor e sensível, reflexivo e dedicado às questões que emanam do contexto de ação para melhoria da saúde.
Educação	Arte. Atividade prática, ação comprometida ética e moralmente. Processo orientado tanto para a eleição de meios como a de fins; rege-se por valores éticos e critérios imanentes ao processo de ensino. Ciência Moral. Subjetividade e Intersubjetividade.
	Heterogêneos, multidimensionais, ativos, interativos, construtores, éticos.
Professor	Agente histórico, reflexivo, pesquisador, autônomo, sujeito epistêmico, coparticipante do processo educativo. Talento artístico profissional. Emancipa-se pela pesquisa.
Prática educativa	Dinâmica e imprevisível; situada e criadora; reflexiva, articulada ao conteúdo dando-lhes significado. Ênfase no <i>como</i> e no <i>que</i> fazer. Subjetivada. Método: deliberação. É conscientemente teorizada, sendo capaz de informar e transformar,

	refletidamente a teoria que, por sua vez, a informou. <i>Lócus</i> de sujeitos reflexivos e ativos.
Aprendizagem	Processo de aprender fazendo, significativa; estruturação de conceitos científicos, socioafetivos, espaço-temporal, estéticos, éticos e valorativos, humanísticos.
Planejamento	Significativo. Determinado em função das características biopsicossociais do grupo, coletivo; um guia de ação, flexível.
Avaliação	Processual, comprometida com a aprendizagem de cada aluno e de todos os que pertencem à ecologia escolar. Inclusiva.
Conhecimento	Ético e estético. Dinâmico. Inacabado. É subjetivado, heurístico. Situado na realidade. A postura dos sujeitos em relação conhecimento é a de conhecedor, interpretador.
Competência profissional	Utilização de saberes para encontrar soluções para a prática a partir da prática. Arte da prática, do diálogo e da pesquisa. Autonomia para deliberar. Como fazer? A Reflexão é ética; volta-se para os fins éticos da intervenção (prudência); dos meios e as consequências da ação deliberativa.
Práxis	Situada e criadora.

Todo este processo se realiza em torno do currículo considerado dispositivo agregador e organizador dos conteúdos, metodologias e referências necessárias ao processo de formação de médicos.

A abordagem metodológica aqui apresentada compreende uma ação pedagógica ativa, centrada do estudante e desenvolvida a partir de situações-problemas advindas da realidade local, portanto um processo de ensino – aprendizagem que deve partir do contexto social, humano e de saúde da comunidade, ampliando para a complexidade das condições de vida e de cuidados, ou seja, a valorização dos saberes e da realidade dos sujeitos/comunidade e sua ampliação no sentido da imersão no conhecimento científico e na vida social.

A Pedagogia Ativa surge como proposta de superação da Pedagogia Tradicional, contrapondo-se a uma ação disciplinadora, centrada no professor, com enfoque em um trabalho fragmentado, extremamente teórico e com uma concepção de aprendizagem pautada na memorização/reprodução de conteúdos. Nessa perspectiva, a ação pedagógica desenvolvida deve estar centrada nos interesses do discente, na relação teoria e prática, na autonomia acadêmica, levando em consideração o processo reflexivo e problematizador de

aprendizagem, além da competência para organizar informações, sistematizar hipóteses, testar e analisar possibilidades, acatando ou refutando caminhos de diagnóstico e intervenções. Os desafios para o docente estão centrados na proposta interdisciplinar; na construção de situações-problema, envolvendo a criatividade, autonomia, o contexto cultural, socioeconômico e político do grupo sob sua tutoria/preceptoria.

Outro princípio relevante na construção do pensamento pedagógico ativo e interdisciplinar e que é extremamente importante frisar nesse contexto, diz respeito ao caráter colaborativo do processo metodológico. Na metodologia ativa não é possível conceber o currículo como estanque e disciplinar, em que pese a tradição de um modelo de ensino que fragmenta o conhecimento em tempos e espaços isolados com conteúdos que não dialogam. A proposta da metodologia impulsionadora da construção do conhecimento e da aprendizagem exige o esforço de desconstrução desse modelo mecânico e rígido a que culturalmente que tradicionalmente encontra-se vinculado aos processos formativos.

Compreende-se o conhecimento como um todo integrado, que precisa ser (re)construído pelo discente a partir de uma postura dialógica do(a) professor(a), alicerçado numa compreensão holística do conhecimento, assim como numa atitude de construção coletiva do trabalho docente, portanto que não se faz isolado, mas integrado às diversas linhas de saberes/conteúdo e seus desdobramentos. Nesse contexto, propomos um curso modular, interligado por temáticas geradoras que devem funcionar como impulsionadoras de uma práxis comprometida com a vida.

Com esta intenção a escolha metodológica recai sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e sobre a Problematização proposta pela pedagogia crítica. A Metodologia da Problematização tem uma orientação geral como todo método, caminhando por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado na realidade. Entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades, intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes a problematização volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre

para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem. Assim, a Problematização no curso de medicina da UFPI deve ser realizada seguindo-se cinco etapas:

1ª. Observação da realidade - é a realização da tarefa social, concreta, pelos alunos, a partir de um tema ou unidade de estudo;

2ª. Pontos chaves - os estudantes são levados a refletir primeiramente sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo;

3ª. Teorização - estudo, investigação propriamente dita. Os estudantes se organizam tecnicamente para buscar as informações que necessitam sobre o problema, onde quer que elas se encontrem, dentro de cada ponto-chave já definido;

4ª. Hipóteses de solução - todo o estudo realizado deverá fornecer elementos para os estudantes, crítica e criativamente, elaborarem as possíveis soluções e,

5ª. Aplicação à realidade

Estas etapas são articuladas entre si e possibilitam que o estudante possa desenvolver a capacidade de aprender a aprender, aplicar o conhecimento e trabalhar em equipe.

Após a realização das tarefas e da vivência dos processos de trabalho os estudantes se encontram em grupo e na presença do professor relatam suas vivências, suas dificuldades e suas vitórias diárias (confronto experiencial). Nesta etapa ele aprende a conviver com o desafio do que acha que sabe e do que não sabe. Após todos os relatos é realizada uma reflexão sobre as necessidades de saúde percebidas em cada caso, como foram conduzidos? O que poderíamos ter feito? E, principalmente, como nos sentimos frente aquela situação? (síntese provisória). Tal observação permitirá aos alunos identificar dificuldades, carências, discrepâncias, de várias ordens, que serão transformadas em problemas, ou seja, serão problematizadas. Poderá ser eleito um desses problemas para todo o grupo estudar ou então vários deles, distribuídos um para cada pequeno grupo. As discussões entre os componentes do grupo e com o professor ajudarão na redação do problema, como uma síntese desta etapa e que passará a ser a referência para todas as outras etapas do estudo.

A partir dessas reflexões são elaboradas perguntas que buscam uma integração dos conhecimentos biopsicossociais e das necessidades de saúde da

população e servem de norte para a pesquisa (busca de informações). Os alunos neste momento deverão se perguntar sobre os possíveis determinantes maiores do problema, que abrangem as próprias causas já identificadas. Assim, percebem que existem variáveis menos diretas, menos evidentes, mais distantes, mas que interferem na existência daquele problema em estudo. Tal complexidade sugere um estudo mais atento, mais criterioso, mais crítico e mais abrangente do problema, em busca de sua solução. Após uma semana, em um segundo encontro, cada estudante apresenta o que estudou sobre o assunto, como respondeu suas perguntas, que novidades puderam perceber, que novas formas de conduzir, enfim, das descobertas e também do sentimento de terem “crescido” em relação ao assunto e em relação à forma de construir o conhecimento (nova síntese).

Neste momento as informações obtidas são tratadas, analisadas e avaliadas quanto a suas contribuições para resolver o problema. Tudo isto é registrado, possibilitando algumas conclusões. As estratégias de intervenção então discutidas são encaminhadas à equipe de saúde (aplicação à realidade). Todo o estudo realizado deverá fornecer elementos para os alunos, crítica e criativamente, elaborarem as possíveis soluções. O que precisa acontecer para que o problema seja solucionado? O que precisa ser providenciado? O que pode realmente ser feito? Nesta metodologia, as hipóteses são construídas após o estudo, como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigando-o de todos os ângulos possíveis.

Neste sentido o processo de ensino aprendizagem encontra suporte nos seguintes elementos:

a) na Estrutura Curricular: dividida em duas fases, cada uma delas compreendendo diferentes atividades e metodologias, conforme os eixos orientadores do Curso descritos anteriormente, tendo por base estruturante os vetores que viabilizarão o desenvolvimento das atividades. A primeira fase compreende as quatro primeiras séries, organizada em 8 períodos que apresentam níveis de articulação dos conteúdos disciplinares por meio de Módulos Sequenciais e Módulos Transversais. Os módulos sequenciais compreendem 4 unidades a saber: Módulo I – Bases dos Processos Biológicos; Módulo II – Bases dos Processos de agressão, defesa e proteção; Módulo III –

Bases dos Processos Psicossociais; Módulo IV – Bases da Prática Médica. Os módulos transversais compreendem 2 unidades: Habilidades Médicas, no qual se articulam e complementam conteúdos Fisiologia, Exame Clínico, Clínica Médica acrescidas de conteúdos e habilidades de Comunicação, Propedêutica, Ética; e o Módulo Atenção Primária em Saúde que articula os conteúdos apreendidos com as expressões práticas nas Redes de Atenção, preconizadas nas políticas de saúde, integrando os níveis individuais e coletivos de atenção; saberes técnicos-científicos com saberes tácitos e populares; intervenções pontuais, emergenciais e planejadas.

A segunda fase compreende o Internato desenvolvido na Rede de Atenção da região com duração de 04 semestres abrangendo as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Saúde Coletiva.

b) nas práticas de ensino aprendizagem desenvolvidas durante os quatro primeiros anos do curso, que de acordo com o modelo adotado, corresponde ao momento da passagem do eixo Clínico-Aluno-Paciente para o eixo Pessoal-Aluno-Prática Profissional, ou seja, a aquisição dos fundamentos da prática clínica definem e organizam as práticas profissionais a serem desenvolvidas nos eixos institucional e de relação com a comunidade. Nesse processo serão utilizadas:

Práticas Tutoriais: atividades desenvolvidas em pequenos grupos de 8 a 10 estudantes por professor tutor, adotando-se metodologias ativas e problematizadoras de forma a atender aos níveis 1 e 2 de desempenho. Sob a orientação dos professores tutores responsáveis pela tutoria em cada período, que elaboram as conexões entre os módulos do período mediadas pelo cenário das comunidades, elaboram questões que problematizam situações locais que serão equacionadas e sistematizadas ao final de cada período utilizando estratégias complementares como conferências, seminários, ciclos de debates, aulas expositivas, exposições dialogadas, círculos de cultura, entre outras.

Práticas de Atenção à Saúde Individual e Coletiva atividades desenvolvidas em cenários reais da comunidade e do sistema de saúde (unidades de saúde, hospitais, ambulatórios, etc) e atividades em ambientes simulados e laboratórios,

incluindo Laboratório Morfofuncional, Laboratório de Habilidades Clínicas e Comunicação e Laboratório de Ciências Biológicas. As atividades desta modalidade têm por objetivo atender aos níveis 3 e 4 de desempenho esperado. Estas atividades, orientadas pelos eixos comunitário e institucional, são desenvolvidas de acordo com os planos e planejamento de cada Unidade da Rede de Atenção a Saúde, incluindo ações de educação em saúde, desenvolvimento comunitário, promoção da saúde, ações vinculadas aos Programas de Saúde (Saúde a Mulher, Criança, Idoso, Adolescentes, Hipertensão, Saúde Mental na Atenção Primária, Relação Violência e Saúde, etc.) sob a supervisão de preceptores. Estas atividades inicialmente priorizadas no módulo de APS serão disseminadas à medida que se fortalece o eixo das práticas profissionais, de modo que cada semana padrão compreende, inicialmente, 4 horas vinculadas a uma Unidade de Saúde, podendo constar de demonstrações práticas, discussões de casos, sessões anátomo-clínicas, conferências, seminários, ciclos de debates, aulas expositivas, exposições dialogadas, diagnóstico comunitário, etc.

Atividades Integradoras para Desenvolvimento de Competências

compreende atividades de reflexão individual e estudo autodirigido, de forma a possibilitar o aprendizado necessário à consolidação dos objetivos de aprendizagem estabelecidos no Ensino Tutorial e na Atenção à Saúde Individual e Coletiva.

Atividades Acadêmico-Científico-Culturais terão uma carga horária de 150 horas e incluem a participação em congressos, seminários, eventos, iniciação científica, intercâmbios com outras instituições de ensino e outras atividades acadêmicas, decisões acompanhadas e discutidas nos grupos tutoriais.

Internato Médico, a segunda fase compreende os dois últimos anos e representa o correspondendo ao estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria UFPI ou de preceptores dos serviços de saúde, de acordo com normas específicas (ver adiante).

Trabalho de Conclusão de Curso (detalhado no item 5.19).

Diante deste referencial teórico do processo de ensino, cabe especificar qual o papel do aluno e do professor.

5.10 O papel do aluno

Pela forma como o currículo se organiza o aluno do curso de medicina é um dos sujeitos do processo de ensinar e aprender. Neste processo de construção de conhecimento ele deve assumir uma postura de curiosidade epistemológica, marcada pelo interesse por novas aprendizagens e metodologias pedagógicas, desenvolver a capacidade de trabalhar em grupo, protagonizar atitudes de ética e de humanização, construir responsabilidade e espírito crítico-reflexivo.

5.11 O papel do Professor

A natureza epistemológica do papel do professor está condicionada a uma inteligibilidade ou a um saber-fazer (por isso também é intelectual) que fomenta saberes que vão além de saberes éticos, morais e técnico-científicos. Requer saberes interpessoais, pessoais e comunicacionais, para que a relação estabelecida entre alunos e professores possa favorecer o processo de ensino e de aprendizagem.

No curso de medicina estes saberes assumem importância uma vez que os professores, agindo como mediadores do conhecimento, podem desempenhar papéis de orientadores e de tutores. **Os orientadores** são professores vinculados ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí, todos com formação profissional na área da medicina, com aprimoramento em Ensino na Saúde, permanentemente envolvidos com atualizações pedagógicas articuladas ao Grupo Docente Estruturante do Curso, sendo que aqueles que atuam diretamente nos últimos dois anos do curso devem pertencer às especialidades do internato. Também são orientadores os professores que acompanham o trabalho de conclusão de curso dos alunos e que são definidos por meio de afinidades teóricas, práticas, pessoais e disponibilidades.

Os professores tutores são professores vinculados ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí, todos com formação profissional na área da medicina, preferencialmente em Grandes Áreas ou

Residência/Especialização em áreas como Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família e afins, preparados para trabalhar com metodologias ativas e problematizadoras, especificamente selecionados para exercerem tal função que compreende a promoção do diálogo com os módulos de cada período tendo como referência a comunidade, a construção dos problemas emergentes, o acompanhamento das abordagens e conhecimento do tema/problema da e a supervisão pedagógica dos membros do grupo. O tutor também é responsável pelas ações desenvolvidas nos serviços de saúde com os alunos.

Os **preceptores** são profissionais médicos, que necessariamente devem trabalhar nos Sistema de Saúde (rede-escola), ou seja, na Secretaria Municipal ou Estadual da Saúde, ao qual a Universidade é conveniada, independente do vínculo institucional, podendo ser também professores do quadro de servidores da UFPI. O preceptor acompanha os estudantes nas atividades de atenção à saúde nos serviços da saúde pública (rede-escola) e participa de encontros para reflexão da prática dos estudantes juntamente com os professores orientadores em estreita articulação com os tutores. Os preceptores serão selecionados conforme critérios estabelecidos no convênio/parceria. Estes necessitam ser envolvidos em processos de educação permanente que promovam a qualificação técnica e pedagógica para acompanhar o desenvolvimento de competências no estudante.

5.12 Sistemática de Avaliação

O Curso de Medicina da UFPI/Parnaíba apresenta uma formação profissional pautada em forte compromisso com as diretrizes do SUS, com as Diretrizes Curriculares Nacionais, sendo o currículo orientado pela integração das várias objetivando organizar os saberes a partir da realidade social vivenciada no cotidiano das práticas de saúde, disponibilizando ao estudante, desde o primeiro ano do curso, instrumentos para intervir na realidade.

O currículo integrado pressupõe a construção do conhecimento a partir das trocas interativas presentes nas relações interpessoais. Esta prática

curricular, ao permitir este “ir e vir” na realidade e fortalecer os laços relacionais proporciona a validação e adequação da formação profissional.

A integração do currículo se expressa em organizá-lo por competência profissional, frente ao desafio de formar profissionais que compreendam seu papel social, tenham criticidade e compromisso consigo mesmos e com o outro, e na adoção da Aprendizagem Baseada em Problemas e na Problematização fundamentada na Pedagogia Crítica, como metodologias ativas buscando a formação de profissionais reflexivos. Tal proposta suscita um processo avaliativo coerente com o currículo, uma vez que a avaliação compõe parte fundamental na construção do conhecimento do estudante.

Neste projeto a avaliação é parte indissociável do processo educativo e se compõe de dois eixos que devem dialogar ininterruptamente, a avaliação da aprendizagem e a avaliação do currículo.

5.12.1 Avaliação da aprendizagem

A avaliação é uma atividade permanente e constituinte do processo de ensino aprendizagem. Permite o acompanhamento desse processo, tornando visíveis avanços e dificuldades para promover ações no sentido de redimensionar o ato educativo. Assim, deve ser entendida como um meio para verificação dos níveis de assimilação da aprendizagem, da formação de atitudes e do desenvolvimento de habilidades que se expressam por meio da aquisição de competências. Nesse sentido, assume um caráter diagnosticador, formativo e somativo. Essas três formas de avaliação estão intimamente vinculadas para garantir a eficiência do sistema de avaliação e a eficácia do processo ensino-aprendizagem, eliminando assim o caráter excludente do processo avaliativo.

O processo de avaliação de ensino-aprendizagem conforme o disposto na Resolução nº 177/12 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Federal do Piauí, a qual estabelece que o aproveitamento acadêmico é avaliado através do acompanhamento contínuo de desempenho do aluno e do resultado obtido nas verificações parciais e no exame final, expressos por nota, obedecendo a uma escala de 0,0 (zero) a 10,0 (dez). A assiduidade é

aferida através de frequência às atividades didáticas programadas para o período letivo.

A modalidade, o número e a periodicidade das verificações parciais são explicitados no Plano de Ensino, de acordo com a especificidade de cada módulo. Esse plano contendo, no mínimo, a ementa, os objetivos, conteúdo programático, procedimento de ensino, sistemática de avaliação e bibliografia, é entregue aos alunos no início de cada período letivo.

O número de verificações parciais é proporcional à carga horária do módulo, sendo no mínimo de: duas, quando a carga horária é igual ou inferior a 45 horas; três, nos módulos com carga horária entre 60 e 75 horas; quatro, quando a carga horária do módulo é superior a 75 horas.

A aprovação nos módulos ocorre quando o aluno obtém frequência igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) da carga horária do módulo e uma média igual ou superior a 7,0 (sete) nas verificações parciais. Caso o aluno não consiga essa média nas verificações parciais, mas possua a frequência já citada, ele é submetido a exame final, desde que tenha uma média mínima de 4,0 (quatro). Neste caso, será aprovado se a média resultante da nota do exame final com a média das verificações parciais for igual ou superior a 6,0 (seis).

Na avaliação do estudante cujo currículo é orientado por competência profissional, deve ser verificado o desempenho esperado para cada módulo educacional. O docente deve avaliar como o estudante mobiliza articuladamente os recursos cognitivos, psicomotores e afetivos desenvolvidos nas atividades de ensino-aprendizagem, em situações reais ou simuladas do mundo do trabalho. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) exigem que dentro de seu âmbito profissional os graduandos de medicina devem desenvolver competências relativas à: Atenção à saúde (individual e coletiva), Tomada de decisões, Comunicação, Administração e Gerenciamento, e Educação Permanente.

Elemento indispensável tanto na ABP quanto na problematização, a avaliação do estudante deve se constituir como um meio adequado para compatibilizar a responsabilidade institucional de certificar a qualificação de seus graduandos com a necessária liberdade que deve ser assegurada aos estudantes, na ABP e na problematização, para selecionar os aspectos ou tópicos

relacionados ao problema que ele se propõe a estudar. Nesta perspectiva, a proposta é que a avaliação seja formativa.

Compreendida como fonte de regulação do processo ensino aprendizagem, a avaliação formativa permite a intervenção do professor e o redirecionamento da aprendizagem em curso. Ela deve informar ao professor e ao estudante sobre o desenvolvimento da aprendizagem no decorrer das atividades escolares, permitindo a localização das fragilidades e possibilitando sua correção e recuperação. Desta maneira, a avaliação formativa influi na progressão do estudante para etapas subsequentes, pois permite que o mesmo receba a prescrição do professor e recupere o conhecimento necessário ao desenvolvimento de suas competências. A competência é inferida por meio da observação do desempenho em cada uma das tarefas propostas, organizadas e desenvolvidas em um grau crescente de domínio e autonomia ao longo do curso. Os dois eixos transversais do Curso - Atenção Primária à Saúde e Habilidades Médicas – sintetizam em ato as competências, habilidades e atitudes construídas de modo integrado nos módulos sequenciais e servirão como parâmetro avaliador de desempenho, conforme quadro abaixo.

Quadro 12- Desempenho esperado nos eixos.

HABILIDADES MÉDICAS- CUIDADOS INDIVIDUAIS EM TODOS OS CICLOS DE VIDA		
Desempenho	Tarefas	Mobilização articulada dos Recursos para execução da tarefa
	História Clínica	Estabelece uma relação ética, respeitosa e cooperativa com a pessoa/acompanhante, utilizando linguagem compreensível e postura acolhedora que favoreçam o vínculo. Identifica necessidades de saúde, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sócio culturais, favorecendo o relato do contexto de vida da pessoa/família.

Identifica as necessidades de saúde		Obtêm dados relevantes da história clínica de maneira empática e cronologicamente organizada. Esclarece dúvidas e registrar informações de forma clara e orientada às necessidades relatadas e percebidas.
	Exame Clínico	Cuida da privacidade e do conforto da pessoa; explica e orienta sobre os procedimentos a serem realizados; adota medidas de biossegurança. Age de forma empática e com segurança em situações de recusa ou de falha na utilização de equipamentos, buscando alternativas. Mostra destreza e técnica adequada no exame clínico e na tradução e interpretação dos sinais identificáveis.
	Hipóteses Diagnósticas	Integra e organiza os dados obtidos na história e exame clínicos, elaborando hipóteses diagnósticas fundamentadas na aplicação do raciocínio clínico-epidemiológico do processo saúde-doença, considerando também os problemas que requerem intervenção de educação em saúde. Informa suas hipóteses e a investigação necessária para a formulação do problema, de forma ética, empática e compreensível à pessoa/acompanhante.
	Investigação Diagnóstica	Solicita e interpreta recursos complementares para confirmar ou afastar as hipóteses elaboradas (exames, visita domiciliária, obtenção de dados com familiares/cuidadores/outros profissionais); justifica suas decisões baseando-se em

		princípios éticos e em evidências, considerando a relação custo/efetividade, o acesso e o financiamento dos recursos.
Elabora, executa e avalia o plano de cuidado	Plano de cuidado	Elabora e executa um plano de cuidado e terapêutico, que inclua as ações de educação em saúde, considerando princípios éticos, as evidências encontradas na literatura, o contexto de vida da pessoa/família o grau de autonomia destes e a situação epidemiológica do município; envolve outros membros da equipe ou recursos comunitários quando necessário; contempla ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; considera o acesso e o grau de resolubilidade dos diferentes serviços de atenção à saúde ao referenciar/contrareferenciar a pessoa.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE- DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO COM INDIVÍDUOS E COLETIVOS SOCIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE		
Desempenho	Tarefas	Mobilização articulada dos Recursos para execução da tarefa
Identifica as necessidades de saúde	Inquérito populacional/ investigação	Coleta dados primários (por amostra) e utiliza dados secundários para análise e priorizaçãodas necessidades coletivas de saúde, incluindo as necessidades de educação em saúde. Na coleta de

	epidemiológica	dados primários, estabelece uma relação ética, respeitosa e cooperativa com o entrevistado, utilizando linguagem compreensível e postura acolhedora que favoreçam o vínculo.
Formula e processa o problema	Diagnóstico situacional	Utiliza as ferramentas do planejamento estratégico situacional para explicar o problema, identifica nós críticos e elabora alternativas de intervenção sobre o(s) problema(s) selecionado(s), considerando-se o contexto e as distintas explicações dos atores envolvidos. Aplica o diagnóstico da situação dos serviços de saúde e sua organização
Elabora, executa e avalia o plano de intervenção	Plano de intervenção	Elabora e executa ações, considerando a organização do sistema em redes de atenção e cuidado, critérios éticos e de viabilidade, factibilidade (recursos e parcerias) e vulnerabilidade do plano, com avaliação contínua, prestação de contas e ajuste do plano, conforme as condições do contexto.
Organiza e elabora o trabalho em saúde junto à equipe na rede de serviços	Operacionalização do Plano na Rede de Serviços	Participa da cogestão do processo de trabalho de modo a produzir bens/serviços necessários à saúde da população, compreendendo a equipe constituída de sujeitos com

		autonomia/liberdade e compromisso/responsabilidade na tomada de decisão.
Planeja o processo de trabalho junto à equipe	Plano de Intervenção	Participa da elaboração e execução do plano de trabalho no espaço coletivo da organização, na lógica da vigilância à saúde, considerando princípios éticos, envolvendo recursos e respeitando aspectos legais.
Avalia o trabalho em saúde	Sistematização das informações em saúde	Avalia criticamente o processo, produto e resultados das ações desenvolvidas, utilizando indicadores de qualidade do serviço de saúde do qual participa para a tomada de decisão; propõe ações de melhoria; faz e recebe críticas respeitosamente.

Com vistas a sistematização e formalização do processo de avaliação do estudante, esta deve ser realizada por meio de uma composição de documentos institucionais (instrumentos e registros) que possibilitam a observação e a análise do desempenho deste nas atividades de ensino-aprendizagem. Para formalizar o sistema de avaliação do curso de medicina da UFPI/PHB, serão utilizados instrumentos que servirão para coletar dados e registrar informações do processo ensino-aprendizagem do estudante nos módulos educacionais.

Estes instrumentos serão construídos para cada processo de aprendizagem realizada nos domínios cognitivos, psico-motor e afetivo (subjetivo) com o Núcleo Docente Estruturante do Curso tendo como referência a avaliação das competências requeridas inferidas por meio do desenvolvimento das habilidades necessárias ao cumprimento das tarefas no âmbito individual, coletivo

e dos serviços de saúde, considerando seu desempenho, avaliando-as na dimensão individual e no trabalho em equipe/grupo.

Dentre estes instrumentos encontram-se exercício de Avaliação Cognitiva (AC), da Avaliação da Prática Profissional (APP), da Avaliação Baseada em Problemas (ABP), Avaliação do Desenvolvimento da Problematização (ADP); Avaliação da Atuação em Equipe e (AAE) e Portfólio Reflexivo.

As informações coletadas nesses documentos contribuem para a melhoria do processo ensino-aprendizagem, revelando as fortalezas e as áreas que necessitam atenção e melhoria.

5.12.2 Avaliação do PPC

A avaliação do Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Medicina da UFPI tem a finalidade de indicar alternativas de ação com vistas à melhoria qualitativa do currículo e deve se constituir em um trabalho rotineiro de análise crítica de todo o processo de desenvolvimento do curso. Observando a relação entre os princípios norteadores do Projeto Pedagógico, objetivos, perfil do egresso, competências, conteúdos, estrutura curricular, etc. Nesse sentido, algumas estratégias devem ser desenvolvidas, tais como:

- Realização de fóruns abertos de avaliação, envolvendo a comunidade acadêmica;
- Avaliação do desempenho acadêmico, semestral por meios de questionários de avaliação e autoavaliação para professores e alunos, os dados obtidos serão analisados e discutidos em seminários, sendo utilizados para corrigir as falhas detectadas;
- Realização de reuniões pedagógicas com objetivos de discutir problemas pertinentes ao currículo do curso e somar esforços para enfrentamento dos desafios do ensino superior, na área de saúde.
- Avaliação do PPC após a conclusão de duas turmas, em períodos consecutivos, objetivando detectar o grau de satisfação dos egressos e do mercado de trabalho com relação à otimização do currículo.

Caberá ao Núcleo Docente Estruturante (NDE) planejar, organizar e coordenar ações para a implantação, desenvolvimento e avaliação desse currículo, assim como, sistematizar resultados e propor novos encaminhamentos.

5.12.3 Matriz Curricular

A matriz curricular do Curso está organizada na forma de períodos semestrais, onde estão relacionados os módulos educacionais, cargas horárias e pré-requisitos.

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
I	Habilidades Médicas I	0.8.0	120	-----
	Atenção Primária à Saúde I	0.4.0	60	-----
	Estudos Tutoriais I	0.1.0	15	-----
	Bases dos Processos Biológicos I	10.5..0	225	-----
	Bases dos Processos Psicossociais I	3.0.0	45	-----
	Seminário de Introdução ao Curso	1.0.0	15	-----
Créditos totais do semestre		14.18.0	480	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
II	Habilidades Médicas II	0.8.0	120	Habilidades Médicas I
	Atenção Primária à Saúde II	0.4.0	60	Atenção Primária à Saúde I
	Estudos Tutoriais II	0.1.0	15	Estudos Tutoriais I
	Bases dos Processos Biológicos II	4.3.0	105	Bases dos Processos Biológicos I
	Bases dos Processos Psicossociais II	2.0.0	30	Bases dos Processos Psicossociais I
	Bases dos Processos de Agressão, Defesa e Proteção	2.4.0	90	Habilidades Médicas I
	Optativa I	4.0.0	60	
Créditos totais do semestre		12.20.0	480	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
III	Habilidades Médicas III	0.8.0	120	Habilidades Médicas II
	Atenção Primária à Saúde III	0.4.0	60	Atenção Primária à Saúde II
	Estudos Tutoriais III	0.1.0	15	Estudos Tutoriais II
	Bases dos Processos Biológicos III	4.3.0	105	Bases dos Processos Biológicos II
	Bases dos Processos de Agressão, Defesa e Proteção II	4.3.0	105	Bases dos Processos de Agressão, Defesa e Proteção I
	Bases dos Processos Psicossociais III	2.0.0	30	Bases dos Processos Psicossociais II
	Bases da Prática Médica I	2.1.0	45	Habilidades Médicas II
Créditos totais do semestre		12.20.0	480	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
IV	Habilidades Médicas IV	0.8.0	120	Habilidades Médicas III
	Atenção Primária à Saúde IV	0.4.0	60	Atenção Primária a Saúde III
	Estudos Tutoriais IV	0.1.0	15	Estudos Tutoriais III

	Bases dos Processos de Agressão, Defesa e Proteção III	3.3.0	90	Bases dos Processos de Agressão, Defesa e Proteção II
	Bases da Prática Médica II	3.3.0	90	Bases da Prática Médica I
	Optativa II	2.2.0	60	-----
	Bases dos Processos Psicossociais IV	3.0.0	45	Bases dos Processos Psicossociais III
Créditos totais do semestre		11.21.0	480	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
V	Habilidades Médicas V	0.8.0	120	Habilidades Médicas IV
	Atenção Primária à Saúde V	0.4.0	60	Atenção Primária em Saúde IV
	Estudos Tutoriais V	0.1.0	15	Estudos Tutoriais IV
	Bases dos Processos de Agressão, Defesa e Proteção IV	3.5.0	120	Bases dos Processos de Agressão, Defesa e Proteção IV
	Bases da Prática Médica III	5.6.0	165	Bases da Prática Médica III
Créditos totais do semestre		8.24.0	480	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
VI	Habilidades Médicas VI	0.8.0	120	Habilidades Médicas V
	Atenção Primária à Saúde VI	0.4.0	60	Atenção Primária à Saúde V
	Estudos Tutoriais VI	0.1.0	15	Estudos Tutoriais V
	Bases dos Processos de Agressão Defesa e Proteção V	3.5.0	120	Bases dos Processos de Agressão Defesa e Proteção I V
	Bases da Prática Médica IV	5.6.0	165	Bases da Prática Médica III
Créditos totais do semestre		8.24.0	480	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
VII	Habilidades Médicas VII	0.8.0	120	Habilidades Médicas VI Atenção Primária em Saúde VI
	Atenção Primária à Saúde VII	0.4.0	60	Atenção Primária em Saúde VI
	Estudos Tutoriais VII	0.1.0	15	Estudos Tutoriais VI
	Bases da Prática Médica V	9.10.0	285	Bases da Prática Médica IV
Créditos totais do semestre		9.23.0	480	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
VIII	Habilidades Médicas VIII	0.4.0	60	Habilidades Médicas VII
	Atenção Primária à Saúde VIII	0.4.0	60	Atenção Primária em Saúde VII
	Estudos Tutoriais VIII	0.1.0	15	Estudos Tutoriais VII
	Bases da Prática Médica VI	11.12.0	345	Bases da Prática Médica V
Créditos totais do semestre		11.21.0	480	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
IX	Internato em Clínica Médica	0.0.10	150	Todas os Módulos do 1º ao 8º período
	Internato em Urgência e Emergência	0.0.10	150	
	Internato em Clínica Cirúrgica	0.0.10	150	
	Internato em Clínica Pediátrica	0.0.10	150	
	Internato em Clínica Toco-Ginecológica	0.0.10	150	
	Internato em Atenção Primária à Saúde (APS)	0.0.10	150	
Créditos totais do semestre		0.0.60	900	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
X	Internato em Clínica Médica	0.0.10	150	Todos os Módulos

	Internato em Urgência e Emergência	0.0.10	150	do 1º ao 8º período
	Internato em Clínica Cirúrgica	0.0.10	150	
	Internato em Clínica Pediátrica	0.0.10	150	
	Internato em Clínica Toco-Ginecológica	0.0.10	150	
	Internato em Atenção Primária à Saúde (APS)	0.0.10	150	
Créditos totais do semestre		0.0.60	900	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
XI	Internato em Clínica Médica	0.0.10	150	Todas os Módulos do 1º ao 8º período
	Internato em Urgência e Emergência	0.0.10	150	
	Internato em Clínica Cirúrgica	0.0.10	150	
	Internato em Clínica Pediátrica	0.0.10	150	
	Internato em Clínica Toco-Ginecológica	0.0.10	150	
	Internato em Atenção Primária à Saúde (APS)	0.0.10	150	
Créditos totais do semestre		0.0.60	900	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
XII	Internato em Clínica Médica	0.0.10	150	Todas os Módulos do 1º ao 8º período
	Internato em Urgência e Emergência	0.0.10	150	
	Internato em Clínica Cirúrgica	0.0.10	150	
	Internato em Clínica Pediátrica	0.0.10	150	
	Internato em Clínica Toco-Ginecológica	0.0.10	150	
	Internato em Atenção Primária à Saúde (APS)	0.0.10	150	
	TCC	1.3.4	60	
Créditos totais do semestre		0.0.64	960	

Resumo da Carga Horária Total do Curso:

Módulos teórico-práticos	3.720h ou 248 créditos
Módulo integrador:	
• Seminário de Introdução ao Curso	150h ou 10 créditos
• Atividades Complementares	60h ou 4 créditos
• TCC	120h ou 8 créditos
• Optativas	3.600h ou 240 créditos
• Estágio Obrigatório (Internato)	7.650 horas
TOTAL	

MÓDULO INTEGRADOR OPTATIVO: Campo de ação Acadêmico optativos

Nomenclatura	C.H
--------------	-----

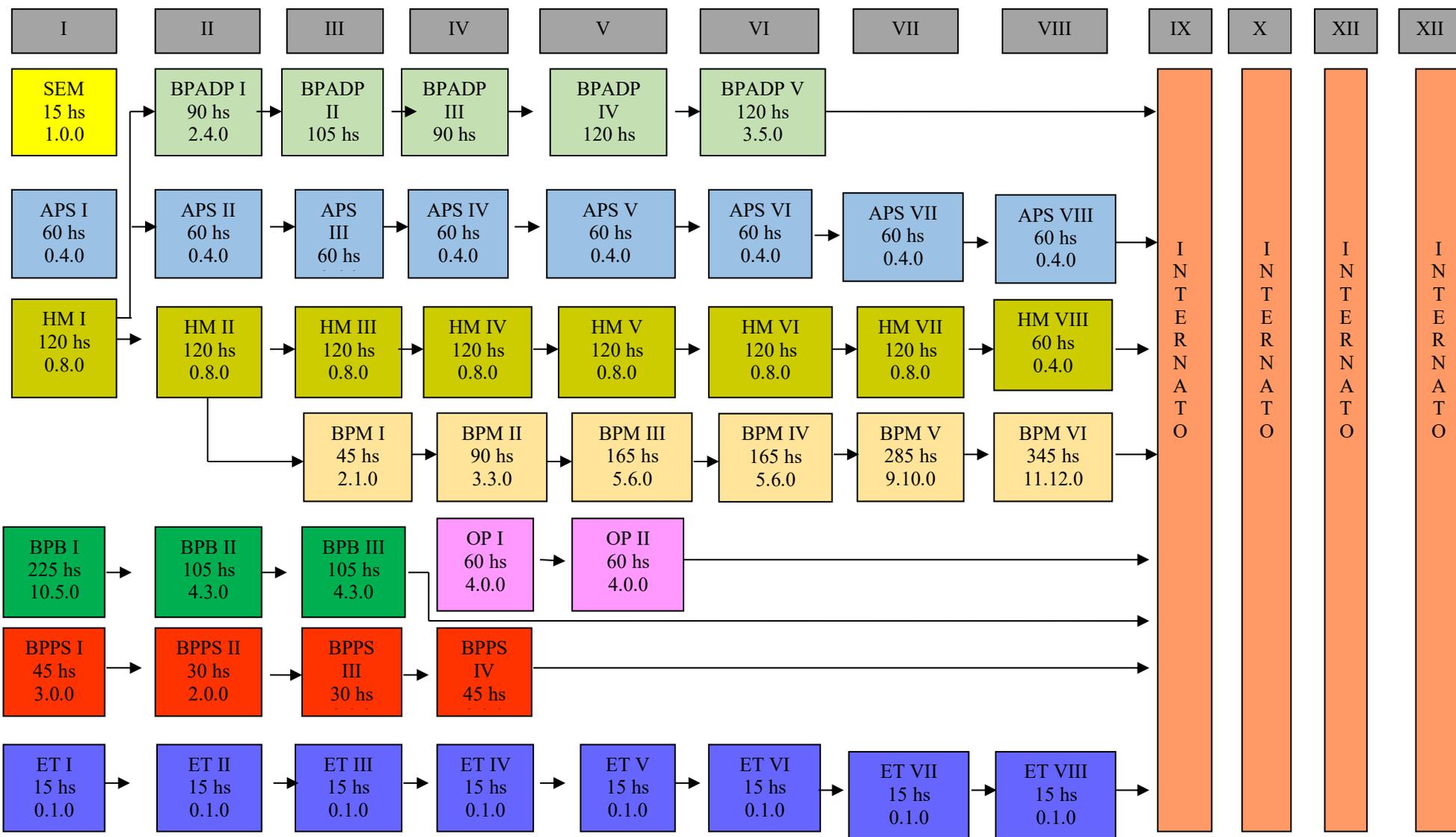
1. Dependência Química	1.3.0	60
2. Imaginologia	2.2.0	60
3. Informática para medicina	3.1.0	60
4. Nutrição Aplicada a Medicina	2.2.0	60
5. Prática Laboratorial	1.3.0	60
6. LIBRAS	2.2.0	60
7. Acupuntura	1.3.0	60
8. Imunologia	1.3.0	60
9. Tecnologias de comunicação e informação	3.1.0	60
10. Relações étnico-raciais	3.1.0	60
11. Meio Ambiente	2.2.0	60

5.13 DESENHO DO CURRÍCULO POR MÓDULOS E PERÍODOS

PERÍODOS	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	TOTAL
MÓDULOS													
Bases dos Processos Biológicos (BPB)	15	07	07										29
Bases dos Processos de Agressão, Defesa e Proteção (BPADP)		6	7	6	8	8							35
Bases dos Processos Psicossociais	3	2	2	3									10

(BPPS)													
Bases da Prática Médica (BPM)			3	6	11	11	19	23					73
Habilidades Médicas (HM)	8	8	8	8	8	8	8	4					60
Atenção Primária em Saúde (APS)	4	4	4	4	4	4	4	4					32
Estudos Tutoriais (ET)	1	1	1	1	1	1	1	1					8
Optativas (OP)		4		4									8
Seminário de Introdução ao Curso (SM)	1												1
TOTAL	32	32	32	32	32	32	32	32					256

5.14 FLUXOGRAMA CURRICULAR



 Bases dos Processos Biológicos (BPB)
 Bases dos Processos de Agressão, Defesa e Proteção (BPADP)
 Bases dos Processos Psicossociais (BPPS)
 Bases da Prática Médica (BPM)
 Habilidades Médicas (HM)

 Atenção Primária em Saúde (APS)
 Estudos Tutoriais (ET)
 Optativas (OP)
 Seminário de Introdução ao Curso (SM)

5.15 Horários da Semana Padrão

Os módulos Sequenciais e Transversais estão distribuídas em horários durante a semana como apresentado abaixo. Seguem uma organização lógica de trabalho e períodos de descanso para outras atividades do graduando. Todos os períodos da tarde das quintas-feiras e terças-feiras foram preservados sem atividade didática para o aluno poder gerenciar essas horas como lhe aprouver.

Período I

manhã	APS	BPPS	BPB	BPB	BPB
	APS	BPPS/SM	BPB	BPB	BPB
tarde	HM		HM		BPB
	HM		HM		BPB/ET

Período II

manhã	APS	OP	BPB	BPADP	BPADP
	APS	BPB	BPB	BPADP	BPPS
tarde	HM		HM		OP
	HM		HM		BPB/ET

Período III

manhã	APS	BPB	BPB	BPADP	BPADP
	APS	BPB	BPADP	BPADP	BPPS
tarde	HM		HM	BPB	BPM
	HM		HM	BPB	BPM/ET

Período IV

manhã	APS	BPPS	BPM	BPADP	BPADP
	APS	BPM	BPM	OP	BPA DP
tarde	HM		HM		OP
	HM		HM		BPADP/ET

Período V

manhã	APS	BPADP	BPADP	BPM	BPM
	APS	BPADP	BPADP	BPM	BPM
tarde	HM		HM		BPM
	HM		HM		BPM/ET

Período VI

manhã	APS	BPADP	BPDAP	BPM	BPM
	APS	BPADP	BPDAP	BPM	BPM
tarde	HM	HM	BPM		BPM
	HM	HM	BPM		BPPS/ET

Período VII

manhã	APS	BPM	BPM	BPM	BPM
	APS	BPM	BPM	BPM	BPM
tarde	HM		HM		BPM
	HM		HM		BPM/ET

Período VIII

manhã	APS	BPM	BPM	BPM	BPM
	APS	BPM	BPM	BPM	BPM
tarde	HM		BPM		BPM
	HM		BPM		/ET

APS – Atenção Primária em Saúde; BPM – Bases das Práticas Médicas; BPADP – Bases dos Processos, de Agressão, Defesa e Proteção; HM – Habilidades Médicas; BPPS – Bases dos Processos Psicossociais; OP – Optativa; ET- Estudos Tutoriais; SM- Seminário de Introdução ao Curso

5.16 Estágio Obrigatório

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, em seu Artigo 24, definem que a formação em Medicina “incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento 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 n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013.

§ 1º A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da 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 incluirá, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, sendo que as atividades eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderão ser superiores a 20% (vinte por cento) do total por estágio em cada uma destas áreas” (CNE. Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina, 2014).

Define ainda no § 10 do mesmo Artigo que “para o estágio obrigatório em regime de internato do curso de Graduação em Medicina, assim caracterizado no projeto pedagógico do curso, a jornada semanal de prática compreenderá

períodos de plantão que poderá atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 44 (quarenta e quatro) horas semanais” (idem).

O Estágio Curricular é uma atividade acadêmica que irá propiciar ao aluno uma experiência profissional específica e que deverá contribuir, de forma eficaz para a sua absorção pelo mercado de trabalho. Inserem-se nessa atividade as experiências realizadas em ambiente de trabalho, o cumprimento de tarefas com prazos estabelecidos, o trabalho em ambiente hierarquizado e com componentes cooperativistas ou corporativistas, dentre outros.

O estágio supervisionado é obrigatório e será realizado em regime de tempo integral em instituições de saúde conveniadas com a UFPI. O estágio não obrigatório pode ser efetuado em empresas ou instituições de pesquisa. Considerando que as atividades complementares agregam o segundo, estabelecemos apenas a regulamentação do obrigatório

O estágio, tendo como objetivo:

- Garantir a relação teoria e prática do processo ensino-aprendizagem;
- Vivenciar a prática profissional e as tendências do mercado;
- Experienciar uma nova modalidade de aprendizagens interdisciplinares;
- Oportunizar o desenvolvimento de competências e habilidades de liderança (atuar de forma participativa, crítica, reflexiva, criativa, compartilhada, sinérgica e com segurança);
- Promover a participação no gerenciamento da assistência à saúde prestada ao paciente, à família e comunidade (negociar, inovar, ousar, estudar, visão holística, visão crítica, desenvolver estratégias nas ações, ter consciência sócio-político-cultural, interagir permanentemente com o cliente, família e comunidade).

O estágio obrigatório do referido curso, também é denominado de internato possui uma regulamentação específica, que deverá ser normatizada pelo NDE, antes do início do internato no período IX, aprovada no colegiado do curso e encaminhada a CAMEN para aprovação final.

O Estágio Curricular Obrigatório de Formação em Serviço caracteriza-se pelo desenvolvimento das atividades de ensino e aprendizagem e ocorre no final do curso, a partir do nono semestre letivo, em instituições conveniadas, mediante supervisão direta dos preceptores do campo de atuação e professores orientadores do Curso de Medicina da UFPI. Estas atividades perfazem um total de **3.600 horas**. Considerando que o estágio será realizado essencialmente nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, o aluno deverá fazer em cada uma destas áreas, o total de **900 horas**.

5.17 Atividades Complementares

O novo paradigma de formação profissional exige do aluno a aprendizagem de buscar continuamente sua autoformação, na perspectiva de que enquanto profissional possa ser responsável pelo aprofundamento contínuo de sua formação. Por meio das Atividades Complementares, não se estabelecerem diretrizes que permitam ao estudante trilhar sua própria trajetória acadêmica, preservando sua identidade e sua vocação. Tais atividades ampliam o espaço de participação do aluno no processo de ensino e de aprendizagem, no qual deve ser sujeito da relação pedagógica, consoante a tendência da legislação e das políticas educacionais no sentido de flexibilizar os cursos, dando oportunidade ao aluno de buscar uma formação de acordo com suas aptidões. Assim as atividades complementares constituem uma prática relevante para o aprendizado desta busca permanente de conhecimento, além de proporcionar autonomia e flexibilidade para o aluno integralizar o curso.

No âmbito da UFPI, conforme a Resolução N°. 177/12 do CEPEX/UFPI estas atividades complementares terão uma carga horária de 150 horas e podem incluir a participação em congressos, seminários, eventos, iniciação científica, intercâmbios com outras instituições de ensino e outras atividades acadêmicas. Ressalte-se que tais atividades devam ser estimuladas pela coordenação do curso.

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Medicina. A cada final de período, em data definida pela coordenação do curso, o aluno deverá entregar os certificados das atividades

realizadas para que sejam registradas pelo coordenador ou o coordenador adjunto e devidamente computadas. Estas atividades deverão ser encaminhadas à DAA para que possam constar no histórico acadêmico do aluno. No curso de Medicina estas atividades são pontuadas conforme as especificações que se seguem:

Quadro 13 - Atividades Complementares		
PRIMEIRO GRUPO – ENSINO		
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO (C/H)
Monitoria reconhecida pela Pró-Reitoria Acadêmica (remunerada e não remunerada)	Um semestre de exercício de monitoria, com dedicação semanal de 12 h para o aluno e com apresentação de resultados parciais e / ou finais em forma de relatório ou de trabalho apresentado em evento científico.	30 (trinta) horas máximo de 60 (sessenta) horas
Monitoria voluntária reconhecida pela Coordenação.	Um semestre de exercício de monitoria, com dedicação semanal de 5 a 10 h para o aluno e com apresentação de resultados parciais e / ou finais em forma de relatório ou de trabalho apresentado em evento científico.	30 (trinta) horas máximo de 60 (sessenta) horas
Disciplina Eletiva	Ofertada por outro curso desta instituição ou por outras instituições de Educação Superior: apresentação de documento oficial comprobatório	60 (sessenta) horas máximo de 60 (sessenta) horas

SEGUNDO GRUPO – PESQUISA		
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO (C/H)
Iniciação científica com bolsas	Um semestre de atividades de iniciação científica com dedicação semestral de 10 a 20 h e com apresentação de resultados parciais e / ou finais em forma de relatório ou de trabalho apresentado em evento científico.	30 (trinta) horas máximo de 60 (sessenta) horas
Iniciação científica voluntária	Um semestre de atividades de iniciação científica com dedicação semestral de 10 a 20 h e com apresentação de resultados parciais e / ou finais em forma de relatório ou de trabalho apresentado em evento científico	30 (trinta) horas máximo de 60 (sessenta) horas
Participação em eventos nacionais como autor e	Participação em eventos nacionais diretamente relacionados às atividades acadêmicas da área de medicina e áreas afins com apresentação de trabalho e	20 (vinte) horas máximo de 60 (sessenta) horas

apresentador	publicação nos anais do evento	
Participação em eventos nacionais como organizador	Participação da equipe de organização de eventos nacionais diretamente relacionados às atividades acadêmicas da área de medicina e áreas afins devidamente, comprovado.	07 (sete) horas máximo de 60 (sessenta) horas
Participação em eventos nacionais como co-autor	Participação em eventos nacionais diretamente relacionados às atividades acadêmicas e profissionais da área de medicina e áreas afins, com coautoria de trabalho apresentado e publicação nos anais do evento.	10 (dez) horas máximo de 60 (sessenta) horas
Participação em eventos nacionais como ouvinte	Participação em eventos nacionais diretamente relacionados às atividades acadêmicas e profissionais da área de medicina e áreas afins, como ouvinte.	03 (três) horas máximo de 60 (sessenta) horas
Participação em eventos locais / regionais (autor e apresentador)	Participação em eventos locais / regionais diretamente relacionados às atividades acadêmicas da área de mecânica e áreas afins, com apresentação de trabalho e publicação nos anais do evento.	10 (dez) horas máximo de 60 (sessenta) horas
Participação em eventos locais / regionais como organizador	Participação da equipe de organização de eventos locais / regionais diretamente relacionados às atividades acadêmicas da área de medicina e áreas afins, devidamente comprovado.	05 (cinco) horas máximo de 60 (sessenta) horas
Participação em eventos locais / regionais como co-autor	Participação em eventos nacionais diretamente relacionados às atividades acadêmicas e profissionais da área de medicina e áreas afins, com coautoria de trabalho apresentado e publicação nos anais do evento.	10 (dez) horas máximo de 60 (sessenta) horas
Participação em eventos locais / regionais como ouvinte	Participação em eventos locais / regionais diretamente relacionados às atividades acadêmicas e profissionais da área de medicina e áreas afins, como ouvinte.	05 (cinco) horas máximo de 60 (sessenta) horas
Publicações em anais de eventos nacionais	Publicação em anais de congressos e similares, comprovados com documentação pertinente (declaração, cópia dos anais).	30 (trinta) horas máximo de 90 (noventa) horas
Publicações em anais de eventos locais e/ ou regionais	Publicação em anais de congressos e similares, comprovados com documentação pertinente (declaração, cópia dos anais).	30 (trinta) horas máximo de 90 (noventa) horas
Publicações em periódicos nacionais	Publicações em periódicos especializados comprovados com apresentação de documento pertinente (declaração, cópia	30 (trinta) horas máximo de 60 (sessenta) horas

dos periódicos)

TERCEIRO GRUPO – EXTENSÃO		
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO (C/H)
Projeto de extensão com bolsa	Um semestre de participação em projeto de extensão com dedicação semanal de 12 a 20 h e com apresentação de resultados parciais e / ou finais através de relatório e / ou em eventos científico.	30 (trinta) horas máximo de 90 (noventa) horas
Projeto de extensão voluntário	Um semestre de participação em projeto de extensão com dedicação semanal de 06 a 20 h e com apresentação de resultados parciais e / ou finais através de relatório e / ou em eventos científico.	30 (trinta) horas máximo de 90 (noventa) horas
Representação estudantil	Participação como representante estudantil no Colegiado do Curso, nas Plenárias Departamentais, Conselhos de Centro, centro acadêmico ou nos Colegiados Superiores com apresentação de documento comprobatório de participação na reunião.	01 (um) horas por reunião máximo de 10 (dez) horas
Representação estudantil – Diretoria	Participação anual como membro de diretoria de entidade de representação político – estudantil.	20 (vinte) horas / ano de participação máximo de 40 (quarenta) horas
Viagens de estudos nacional ou internacional	Viagens na área de Medicina que resultem em relatório circunstanciado, validado e aprovada por um professor responsável, consultado previamente.	10 (dez) horas máximo de 30 (trinta) horas
Viagens de estudos regional ou local	Viagens na área de Medicina que resultem em relatório circunstanciado, validado e aprovada por um professor responsável, consultado previamente.	05 (cinco) horas máximo de 30 (trinta) horas
Visitas técnicas	Visitas técnicas na área de Medicina que resultem em relatório circunstanciado, validado e aprovada por um prof. responsável, consultado previamente.	03 (trinta) horas máximo de 30 (sessenta) horas

Atividades Artístico-culturais e esportivas e produções técnico-científicas	Participação em grupos de artes, tais como, teatro, dança, coral, poesia, música e produção e elaboração de vídeos, softwares, exposições e programas radiofônicos.	30 (trinta) horas máximo de 90 (noventa) horas.
Acompanhamento de obra	Acompanhamento sistemático da execução de projeto de Medicina, envolvendo entre 05 e 10 h semanais durante pelo menos dois meses, que resultem em relatório circunstanciado, validado e aprovado pelo Prof. Coord. do projeto.	10 (dez) horas máximo de 90 (noventa) horas
Palestras	Participação em palestras sobre conteúdo relacionado à profissão de médico e áreas correlatas, na condição de ouvinte e cuja participação esteja devidamente documentada para efeito de comprovação.	01 (um) horas máximo de 30 (trinta) horas
Outras atividades de extensão	Quaisquer atividades não previstas neste quadro, mas contempladas na resolução e atividades realizada em caráter contínuo, na área de medicina, às quais o aluno tenha se dedicado pelo, período mínimo de 03 mês e com jornada mínima de 20 h semanais. Estas atividades devem ser reconhecidas pelo Colegiado o curso mediante documento comprobatório. Estágio não supervisionado	15 (quinze) horas máximo de 90 (noventa) horas

Essas atividades quando desenvolvidas pelo aluno serão integralizadas ao currículo a cada período de 15 horas, que corresponde a um (01) crédito acadêmico, até o limite de 08 (oito) créditos. A consignação é feita atendendo o que dispõe a Resolução N° 177/2012 (CEPEX/UFPI) sobre as Atividades Complementares nos Cursos de Graduação da UFPI.

É relevante assinalar, que essas atividades enquanto desenvolvidas pelo aluno, devem ter afinidades com áreas de Medicina e/ou incorporar valores de cidadania ao estudante.

5.18 Trabalho de Conclusão de Curso

O TCC no Curso de Medicina constitui atividade acadêmica de sistematização do conhecimento sobre um objeto de estudo pertinente às temáticas afins do curso, próprias à formação nesse nível de ensino, desenvolvido mediante acompanhamento e avaliação docente. Tem a finalidade de estimular a curiosidade e o espírito questionador do aluno, fundamental para o seu desenvolvimento profissional.

Caracteriza-se por ser um trabalho de iniciação à pesquisa, elaborado pelo aluno, sistemático e completo, apresentado dentro de normas técnico-científicas, que aborda um tema específico ou particular da Ciência Médica. Deve constituir-se em um trabalho com profundidade compatível com o nível de graduação, desenvolvido sob a orientação de um professor, sendo obrigatória a defesa pública perante banca examinadora. Seu resultado deve ser uma contribuição, mesmo que simples, à Ciência e à Sociedade. Para os projetos de pesquisa que envolvam seres humanos é imprescindível a aprovação prévia no Comitê de Ética da UFPI e ou comitês das instituições pesquisadas, segundo a natureza do estudo.

O Colegiado de Curso junto com NDE aprovará regulamentação específica para o TCC e encaminhará à Câmara de Ensino – CAMEN para aprovação.

5.19 Ementário, Objetivo e Bibliografia dos Módulos do Curso de Medicina

O ementário e as bibliografias que seguem são relativos aos módulos oferecidas pelo curso de Medicina, no entanto, no decorrer do curso em decorrência do processo avaliativo, algumas ementas, bibliografias poderão ser modificadas para adequar o currículo à realidade, assim como também alguns dos campos de atuação acadêmico do módulo optativo poderão ser ou não oferecidos e acrescentados outros. Esta decisão irá depender da avaliação do currículo feito pelo NDE e colegiado do curso.

Período I

SEMINÁRIO DE INTRODUÇÃO AO CURSO		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
1.0.0	15h	Não tem
EMENTA: Projeto Pedagógico do Curso. Redes locais de saúde como Cenários de prática. Possibilidades de inserção do aluno em projetos de pesquisa e extensão. Mercado de trabalho.		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
UFPI. Projeto Pedagógico do curso de Medicina, 2014. UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) 2010-2014 . Teresina: EDUFPI, 2010. 232p. UFPI. <i>Resolução CEPEX nº 177/12. Normas de funcionamento dos cursos de graduação da Universidade Federal do Piauí</i> , de 05 de novembro de 2013. Disponível em: < http://www.ufpi.br/arquivos/File/normas%20da%20graduacao%20APROVADO%20CEPEX%20(2).pdf >. Acesso em: 05 de janeiro de 2013.		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
UFPI. Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão . <i>Resolução Nº 017/2011</i> . Guia Acadêmico do aluno 2011. Disponível em: http://www.ufpi.br/arquivos/File/GUIA%202011.pdf . Acesso em: 18/09/2013. UFPI. <i>Resolução CONSUN/UFPI nº 032/05. Estatuto da Universidade Federal do Piauí</i> , de 10/10/2005. Disponível em: http://www.ufpi.br/arquivos/File/estatutos_e_regimentos/estatuto_ufpi.pdf . Acesso em: 18/09/2013. UFPI. <i>Relatório de Autoavaliação da UFPI</i> , 2012. Disponível em: http://www.ufpi.br/subsiteFiles/cpa/arquivos/files/Relat%C3%B3rio%20CPA%202012_final.pdf Acesso em: 18/09/2013. UFPI. <i>Resolução Conjunta nº 002/2010 – Conselho Diretor/Conselho Universitário</i> , de 26 de maio de 2010. Projeto de Desenvolvimento Institucional 2010/2014. Disponível em: http://www.ufpi.br/arquivos/File/PDI.pdf . Acesso em: 18/09/2013. UFPI. Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão . <i>Resolução nº 152/99</i> . Regulamenta o programa de monitoria, 1999.		

BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS I		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
10.5.0	225h	Não tem
<p>EMENTA:</p> <p>Bases biológicas da constituição do ser humano: Estudo das estruturas anatômicas que compõem os sistemas esquelético, articular, muscular e nervoso. Estudo das estruturas histológicas que compõem os sistemas esquelético, articular, muscular e nervoso. Fisiologia geral dos sistemas: muscular, esquelético, articular e nervoso. Composição química do organismo</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - *BEAR, M. F.; CONNORS, B. W; PARADISO, M. A. Neurociências – Desvendando o sistema nervoso. 3ª ed. Artmed, 2008. - DANGELO, J. G. Anatomia humana sistêmica e segmentar. 3ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. - GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro. 10ª ed. Elsevier, 2002. - *JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. Histologia Básica. 12ª. ed. Guanabara Koogan. 2013. - *LEHNINGER, A. L.; NELSON, D. L.; COX, M. M. Princípios de bioquímica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. - LENT, Cem bilhões de neurônios? 2ª ed. Atheneu, 2010. - *MACHADO, Angelo B.M.; HAERTEL, Lúcia Machado. Neuroanatomia funcional. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2006. - NETTER, F. H. Atlas de anatomia humana. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed. 2008. - SILVERTHORN, Fisiologia humana: uma abordagem integrada, 2ª ed. Artmed, 2003. - YONG, B.; LOWE, S. L.; STEVENS, A.; HEATH, J. W. Wheather Histologia Funcional: texto e atlas em cores. 5ª. Edição. Elsevier. 2007 		
<p>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ABRAHAMS, P. H. Atlas clínico de anatomia humana. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. - AIRES, M. M. Fisiologia - 4ª Ed. Guanabara Koogan, 2013. - CHAMPE, P. C. Bioquímica ilustrada. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. - KERR, J.B. Atlas de Histologia Funcional. 1ª. Ed.. Artes Médicas. 2000. - KOEPPEN, B. M.; STANTON, B. A. Berne & Levy - Fisiologia. 5ª ed. Elsevier, 		

2006.

- MARZZOCO, A.; TORRES, B. B. **Bioquímica básica**. 3ª Ed. Guanabara Koogan, 2007.
- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. **Anatomia Orientada para a Clínica**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.
- ROSS, M.H.; PAWLINA, W. **Histologia – texto e atlas**. 6ª. Ed. Guanabara Koogan. 2012.
- SOBOTTA, J. **Atlas de Anatomia Humana: Sobotta**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo Humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 8ª Edição. São Paulo, Editora Artmed, 2012.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE I		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.4.0	60h	Não tem
<p>EMENTA: Determinação social da saúde. Território e saúde. A historicidade do conceito de saúde/doença os modelos de atenção à saúde e a emergência da Atenção Primária em Saúde. Trabalho em Equipe na Estratégia de Saúde da Família. Instrumentos de conhecimento da saúde na comunidade. Metodologia Científica</p>		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
LIVRO-TEXTO BÁSICO		
<p>AGUIAR, ZN (org.) Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.</p> <p>BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIA DE SAÚDE. Atenção Primária e Promoção da Saúde, Brasília: CONASS, 2011(coleção para entender a gestão do SUS 2011).</p> <p>BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIA DE SAÚDE. Legislação Estruturante do SUS, Brasília: CONASS, 2011(coleção para entender a gestão do SUS 2011).</p> <p>CAMPOS, GW.S.; MINAYO, M.C.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR, M; CARVALHO, Y. (org). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: HUCITC/FIOCRUZ, 2006.</p> <p>PAIM, J.S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para sua compreensão e crítica. EDUFBA/FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2008</p>		

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

ACOSTA AR, VITAL E FMA, (Org). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 5. ed. Cortez: São Paulo, 2010.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):753-762, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). **SUS: avanços e desafios**. Brasília: Conass, 2006. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf>, acesso em 31/01/2007). Acesso em: 20/dez/2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIA DE SAÚDE. **Vigilância em Saúde**, Brasília: CONASS, 2011(coleção para entender a gestão do SUS 2011).

CAMPOS, GWS. Reforma Política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva** 12(2):301-306.2007.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.

CECÍLIO, L. C. de O. & MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R; FERLA, A. A. & MATTOS, R. A. (Orgs.) **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro, Caxias do Sul: Cepsc, IMS, Uerj, Educus, 2006.

CANESQUI, A. M. (org). **Ciências Sociais e a Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CORTES SV (org). **Participação e saúde no Brasil**. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2009.

MARTINS CM, STAUFFER AB. **Educação em saúde**. FIOCRUZ/Escola Politécnica Joaquim Venâncio. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

*20 ANOS DE SUS. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro. V.33, n.81, p.27-37, jan/abr.2009.

BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS I

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
3.0.0	45 h	Não tem

EMENTA:

Cultura e concepções de saúde. Práticas populares em saúde. Ética, Alteridade e diferença na prática médica. Modos de produção de saúde e itinerários terapêuticos. Pesquisa qualitativa em saúde: principais métodos, instrumentos e análises de dados.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2006, 406 p.

ROCHA, E. G. **O que é etnocentrismo**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

BRASIL, O racismo como determinante social em saúde. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2011.

BRASIL, Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. , Ministério da Saúde: Brasília, 2012. CAMPOS, G.W.S. et al (orgs). **Tratado em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

COSTA, F. B. Homens invisíveis: relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo, 2004.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MINNAERT, A. C. S. T. A. A feira sob um olhar etnográfico. In: FREITAS, M. S. S.; FONTES, G.A.V.; and OLIVEIRA, N. orgs. **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura** [online]. Salvador: EDUFBA, 2008. 422 p. ISBN 978-85-232-0543-0.

PUSSETTI, C. G; PEREIRA, L. S. **Os saberes da cura: antropologia da doença e práticas terapêuticas**. ed. 1, Lisboa, 2009.

--

HABILIDADES MÉDICAS I		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120	Não tem
<p>EMENTA: Habilidades de comunicação interpessoal e grupal. Princípios básicos da relação médico-paciente. Introdução à consulta médica e suas fases. Habilidades técnicas da higienização básica das mãos, aferição dos sinais vitais; verificação de índices antropométricos; aferição capilar da glicemia e acesso venoso periférico. Habilidades de estudo. Princípios de conduta estudantil e ética médica. Habilidades de apresentações médicas eficientes. Exame físico geral e exame físico do aparelho locomotor e do sistema nervoso.</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</p> <p>MELLO FILHO, J.; BURD, M. Psicossomática hoje. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.</p> <p>PORTO, C.C. (Ed.); PORTO, A. I. (Ed.). Semiologia Médica: habilidades para o exame clínico. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>LEITE, A.J.M. (Org.); CAPRARA, A.(Org.); COELHO FILHO, J.M(Org.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier, 2007.</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</p> <p>MARZZOCO, A., TORRES, B. B. Bioquímica Básica. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 2007.</p> <p>SMITH, Collen. Bioquímica Médica Básica de Marks: uma abordagem clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2007.</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília:[s.n.].</p> <p>HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença. Tradução de Claudia Buchweitz; Pedro M Garcez. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.</p> <p>SGRECCIA, E.. Manual de Bioética. Tradução de Orlando Soares Moreira. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009. v.1. ISBN:978-85-15-01285-5.</p> <p>SWARTZ, M.H. Tratado de Semiologia Médica: história e exame clínico. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.</p> <p>STEWART, M. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Tradução de Anelise Teixeira Burmeister. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED,</p>		

2010.

ESTUDOS TUTORIAIS I

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.1.0	15	Não tem

EMENTA:

O território, a Unidade de Saúde e a Comunidade.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (ORG). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro IMS/UERJ – ABRASCO, 2001

MINAYO, M.C.S Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G.W.S et al. (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p.189-218.)

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

CECÍLIO, L. C. de O. & MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R; FERLA, A. A. & MATTOS, R. A. (Orgs.) **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro, Caxias do Sul: Cepsc, IMS, Uerj, Educs, 2006.

COSTA, J. S. D. da. & VICTORA, C. G. O que é “um problema de saúde pública”? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 9(1): 144-146, 2006.

TESTA, M. O diagnóstico de saúde. In: RIVERA, F. J. U. (Org.) **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992a.
SAMAJA, J. A **Reprodução Social e a Saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das ‘relações’ entre saúde e condições de vida**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

PERÍODO II

BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS II		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
4.3.0	105h	BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS I
<p>EMENTA:</p> <p>Bases biológicas da constituição do ser humano:</p> <p>I. Estudo das estruturas anatômicas e histológicas que compõem os sistemas respiratório, cardiocirculatório e urinário.</p> <p>II. Fisiologia geral dos sistemas: respiratório, cardiocirculatório e urinário.</p> <p>III. Metabolismo do organismo</p>		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
<p>GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro. 10ª ed. Elsevier, 2002.</p> <p>- SILVERTHORN, Fisiologia humana: uma abordagem integrada, 2ª ed. Artmed, 2003.</p> <p>- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. Anatomia Orientada para a Clínica. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>- SOBOTTA, J. Atlas de Anatomia Humana: Sobotta. 23ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.</p> <p>- JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. Histologia Básica. 12ª. ed. Guanabara Koogan. 2013.</p> <p>- LEHNINGER, A. L.; NELSON, D. L.; COX, M. M. Princípios de bioquímica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.</p>		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		

-	M.; STANTON, B. A. Berne & Levy - Fisiologia . 5ª ed. Elsevier, 2006.	KOEPPEN, B.
-	Fisiologia - 4ª Ed. Guanabara Koogan, 2013.	AIRES, M. M.
-	G. Anatomia humana sistêmica e segmentar . 3ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.	DANGELO, J.
-	J.; DERRICKSON, B. Corpo Humano: fundamentos de anatomia e fisiologia . 8ª Edição. São Paulo, Editora Artmed, 2012.	TORTORA, G.
-	H. Atlas clínico de anatomia humana . 6ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.	ABRAHAMS, P.
-	Atlas de anatomia humana . 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.	NETTER, F. H.
-	Atlas de Histologia Funcional . 1ª. Ed.. Artes Médicas. 2000.	KERR, J.B.
-	LOWE, S. L.; STEVENS, A.; HEATH, J. W. WheatherHistologia Funcional: texto e atlas em cores . 5ª. Edição. Elsevier. 2007.	YONG, B.;
-	PAWLINA, W. Histologia – texto e atlas . 6ª. Ed. Guanabara Koogan. 2012.	ROSS, M.H.;
-	Bioquímica ilustrada . 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.	CHAMPE, P. C.
-	A.; TORRES, B. B. Bioquímica básica .3ª Ed. Guanabara Koogan, 2007.	MARZZOCO,

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE II		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.4.0	60h	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE I
<p>EMENTA: Atenção Primária à Saúde (APS): atributos primários e secundários. Marcos históricos das Políticas de Saúde no Brasil. Reforma Sanitária. A organização do Sistema Único do Saúde (SUS) as Redes de Atenção os modelos de atenção às condições agudas e crônicas e os níveis de atenção à saúde. Concepções de Promoção à Saúde e prevenção. Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde. Participação popular e Controle Social. Pesquisa Quantitativa em saúde. Métodos científicos, caracterização e instrumentalização: leitura, documentação, trabalho científico. Metodologia da pesquisa científica: elaboração de projetos de pesquisa. Testes e</p>		

medidas em pesquisa em saúde.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

GIOVANELLA, L. (org.). **Política e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária em Saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. UNESCO/MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília 2002.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. CONASS. **Atenção Primária e Promoção de Saúde** (Coleção para entender a gestão do SUS), Brasília: MS, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Médicos e a Saúde Coletiva no Brasil**. Brasília: CFM, 1998.

PASCHE, DF; CRUZ, IBM. (Org). **A Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos**. Ed Unijuí, Unijuí-RS, 2006

SOUSA, MF. **Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção Básica**. Ed UNB, Brasília, 2007

VASCONCELOS, EM. **A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. HUCITEC: São Paulo, 2001

BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO E DEFESA I

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
2.4.0	90h	BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS I

EMENTA: Organização cromossômica do genoma. Composição química, estrutura molecular e propriedades físicas do DNA e RNA. Mutação e reparo. Mecanismos de controle da transcrição e síntese de proteínas. Código Genético. Regulação da expressão gênica. Gene e tecnologias do DNA recombinante. Base cromossômica da hereditariedade. Citogenética humana e aberrações cromossômicas numéricas e estruturais. Distúrbios clínicos dos cromossomos sexuais. Cariótipo humano. Padrões de herança monogênica e multifatorial. Variação na expressão dos genes. Análise de heredogramas. Erros inatos do metabolismo. Aplicação da genética médica e tratamento das doenças genéticas. Aconselhamento genético. Hereditariedade e ambiente. Estudo dos micro-organismos em geral, enfocando principalmente as bactérias, vírus e fungos de interesse médico, sob os aspectos taxonômicos,

morfologicos e biologicos. Procedimentos usuais de controle da populacao microbiana. Relacao parasita-hospedeiro. Sensibilidade e resistencia dos micro-organismos aos farmacos.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

ALBERTS, B.; BRAY, D.; HOPKIN, K.; JOHNSON, A.; LEWIS, J.; RAFF, M; ROBERTS, K; WALTER, P. Fundamentos da Biologia Celular. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BORGES-OSORIO, M. R.; ROBINSON, W. M. Genética Humana. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. Microbiologia. 10.ed. Sao Paulo: Artmed, 2012.

TRABULSI, L. R.; ALTERTHUM, F. Microbiologia. 5. ed. Sao Paulo: Atheneu, 2008.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

BORGES-OSORIO, M. R.; ROBINSON, W. M. Genética Humana. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NUSSBAUM, R. L.; MCLNNE, R. R.; WILLARD, H. F. Thompson & Thompson Genética Médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2008.

PASTERNAK, J. J. Uma Introdução à Genética Molecular Humana - Mecanismos das Doenças Hereditárias. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SNUSTAD, D. P.; SIMMONS, M. J. Fundamentos de Genética. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ALBERTS, B.; JOHNSON, A.; LEWIS, J.; RAFF, M; ROBERTS, K; WALTER, P. Biologia Molecular da Célula. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. Biologia Celular e Molecular. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SCHAEFER, G. B.; THOMPSON JR, J. N. Genética Médica: Uma Abordagem Integrada. 1. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

STRACHAN, T; READ, A. Genética Molecular Humana. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M.A. Microbiologia Medica. 5. ed. Sao Paulo: Elsevier, 2008.

SIDRIM, J. J. C.; ROCHA, M. F. G. Micologia Medica a Luz de Autores Contemporaneos. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SANTOS, N. S. O.; ROMANOS, M. T. V.; WIGG, M. D. Introducao a Virologia Humana. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

JAWETZ, E.; MELNICH, J. L; ADELBERG. E. Microbiologia Medica. 24. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PELCZAR JUNIOR, M. J. Microbiologia: conceitos e aplicacoes. 2. ed. Sao Paulo: Makron Books, 2005.

TLACAZ, C. S.; MARTINS, J. E. Micologia Medica. 8. ed. Sao Paulo: Sarvier, 2001.

HABILIDADES MÉDICAS II		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120h	Habilidades Médicas I
EMENTA: Habilidades de comunicação. Relação Médico Paciente. Princípios de conduta estudantil e ética médica. Coleta e interpretação da anamnese. Realização sistematizada do exame físico geral e dos sistemas respiratório, cardiovascular, renal. Conhecimento dos sinais e sintomas mais comuns na prática clínica. Conceito das doenças mais prevalentes de cada sistema. Noções de exame complementares como: eletrocardiograma, sumário de urina, gasometria e radiografia do tórax. Formas farmacêuticas e via de administração. Introdução à farmacocinética		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
PORTO, C.C. (Ed.); PORTO, A.L.(Ed.). Semiologia médica: habilidades para o exame clínico . 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.		
LÓPEZ, M, LAURENTYS-MEDEIROS, J. Semiologia Médica: As bases do diagnóstico clínico . 6. ed.Rio de Janeiro: Revinter, 2009;		
BRUNTON, L.L.; CHABNER, B.A.; KNOLLMANN, B.C. GOODMAN & GILMAN. As bases farmacológicas da terapêutica. 12 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
RUBIN, EMANUEL (Ed.). Rubin patologia: bases clinicopatológicas da medicina . 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1625 p.		
SGRECCIA, E. Manual de bioética: aspectos médico-sociais . São Paulo: Loyola, 1997.		
CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1246/88		
HARTMANN, H.R. Lições de estética filosófica: uma pedagogia da sensibilidade e expressão . Londrina: Ed. UEL, 2001.		
SWARTZ, MARK H. Tratado de semiologia médica: história e exame clínico . 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.		

FRIEDMANN, A.A.; GRINDLER, J.; OLIVEIRA, C.A.R. **Diagnóstico diferencial no eletrocardiograma**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2007.

LEITE, A.J.M; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (ORGs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

BURTIS, CARL A; ASHWOOD, EDWARD R; BRUNS, DAVID E. TIETZ. **Fundamentos de química clínica**. Tradutor et al: Alexandre Vianna Aldighieri Soares et al. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2010.

BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS II		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
2.0.0	30 h	BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS I
Sociedade, grupos e instituições. Medicina social. Biopolítica e biopoder. Corpo e saúde. Normal e patológico. Subjetividade e saúde. Medicalização do viver. Mercantilização da saúde. Pesquisa qualitativa em saúde: principais métodos, instrumentos e análises de dados.		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
BAUMAN, Z. Vida para o consumo: a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. FOUCAULT, M. O nascimento da biopolítica. Curso dado no College de Francew. São Paulo: Martins Fontes, 2008, 474 p. GANCUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
AGROSINO, M. Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed, 2009. BAREMBLITT, G. Sociedade e instituições. In Compêndio de análise institucional e outras correntes. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Rocord: Rosa dos Tempos, 1998. p. 27 – 38. COSTA, F. B. Homens invisíveis: relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo, 2004. PELBART, P. P. Vida capital: ensaios de biopolítica. 1ª. ed. São Paulo: Iluminuras, 2011. p. 55 – 59. ROSE, N. A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013. p. 23 – 67.		

--

ESTUDOS TUTORIAIS II		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.1.0	15h	Estudos Tutoriais I
<p>EMENTA: Itinerários e estratégias de cuidado aos agravos agudos e crônicos desenvolvidas diante do adoecimento .</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</p> <p>CECÍLIO, L. C; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (org). Os mapas do cuidado: o agir leigo em saúde. 1 ed. HUCITEC/FAPESP, São Paulo, 2014. AQUINO, R. C. A.; RODRIGUES, M. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso. Rev.Saúde.Com, 2016. RUBEN ARTUR LEMKE, ROSANE AZEVEDO NEVES DA SILVA. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. Revista Psicologia & Sociedade. Revista Psicologia & Sociedade. 25 (n.spe.2):9-20, 2013</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</p> <p>BRASIL. CONASS. Atenção Primária e Promoção de Saúde (Coleção para entender a gestão do SUS), Brasília: MS, 2011. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Médicos e a Saúde Coletiva no Brasil.Brasília: CFM, 1998. PASCHE, DF; CRUZ, IBM. (Org). A Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos. Ed Unijuí, Unijuí-RS, 2006 SOUSA, MF. Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção Básica. Ed UNB, Brasília, 2007 VASCONCELOS, EM. A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. HUCITEC: São Paulo, 2001</p>		

PERÍODO III

BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS III		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
4.3.0	105h	BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS II

<p>EMENTA: Bases biológicas da constituição do ser humano:</p> <p>I. Estudo das estruturas anatômicas e histológicas que compõem os sistemas: endócrino, digestório e reprodutor.</p> <p>II. Fisiologia geral dos sistemas endócrino, digestório e reprodutor.</p> <p>III. Desenvolvimento embrionário humano</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</p>		
<p>GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro. 10ª ed. Elsevier, 2002.</p> <p>SILVERTHORN, Fisiologia humana: uma abordagem integrada, 2ª ed. Artmed, 2003.</p> <p>SOBOTTA, J. Atlas de Anatomia Humana: Sobotta. 23ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012</p> <p>JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. Histologia Básica. 12ª. ed. Guanabara Koogan. 2013.</p> <p>MOORE K. L.; PERSAUD T. V. N. Embriologia Clínica. 7. ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2004.</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</p>		
<p>KOEPPEN, B. M.; STANTON, B. A. Berne & Levy - Fisiologia. 5ª ed. Elsevier, 2006.</p> <p>AIRES, M. M. Fisiologia - 4ª Ed. Guanabara Koogan, 2013.</p> <p>.DANGELO, J. G. Anatomia humana sistêmica e segmentar. 3ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.</p> <p>TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. Corpo Humano: fundamentos de anatomia e fisiologia. 8ª Edição. São Paulo, Editora Artmed, 2012.</p> <p>MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. Anatomia Orientada para a Clínica. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>ABRAHAMS, P. H. Atlas clínico de anatomia humana. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.</p> <p>NETTER, F. H. Atlas de anatomia humana. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.</p> <p>KERR, J.B. Atlas de Histologia Funcional. 1ª. Ed.. Artes Médicas. 2000.</p> <p>YONG, B.; LOWE, S. L.; STEVENS, A.; HEATH, J. W. Wheather Histologia Funcional: texto e atlas em cores. 5ª. Edição. Elsevier. 2007.</p> <p>ROSS, M.H.; PAWLINA, W. Histologia – texto e atlas. 6ª. Ed. Guanabara Koogan. 2012.</p> <p>SADLER, T. W. Langman: embriologia médica. 9. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005. 282 p.</p> <p>MOORE, Keith L; PERSAUD, M. D; VUGMAN, Fernando Simão (Trad.). Embriologia básica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.</p>		

<p>BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO E DEFESA II</p>		
<p>Créditos</p>	<p>Carga Horária:</p>	<p>Pré-requisito(s):</p>

4.3.0	105h	BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO E DEFESA I
<p>EMENTA: Taxonomia, morfologia e ciclo evolutivo dos principais artrópodes, protozoários e helmintos. Mecanismos de transmissão, patogenia, sintomatologia, epidemiologia, diagnóstico e controle das principais doenças causadas por parasitas e micro-organismos que acometem os diferentes sistemas do corpo humano.</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</p>		
<p>CIMERMAM, B. Parasitologia Humana e seus Fundamentos Gerais. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.</p> <p>MURRAY, P.R.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M.A. Microbiologia Médica. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006</p> <p>SANTOS, N. S. O.; ROMANOS, M. T. V.; WIGG, M. D. Introdução à Virologia Humana. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</p>		
<p>NEVES, D. P. Parasitologia Humana. 12. ed. Atheneu. São Paulo, 2011.</p> <p>REY, L. Parasitologia Médica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.</p> <p>FERREIRA, M.U. Parasitologia Contemporânea. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.</p> <p>NEVES, D.P.; FILIPPIS, T. Parasitologia Básica. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.</p> <p>NEVES, D.P. Parasitologia Dinâmica. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.</p> <p>REY, L. Parasitologia: Parasitos e Doenças Parasitárias do Homem nas Américas e África. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.</p> <p>REY, L. Bases da Parasitologia Médica. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.</p> <p>SPICER, W.J. Bacteriologia, Micologia e Parasitologia Clínicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.</p> <p>SIDRIM, J. J. C.; ROCHA, M. F. G. Micologia Médica à Luz de Autores Contemporâneos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.</p> <p>TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. Microbiologia. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.</p> <p>COURA, J.R. Síntese das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.</p> <p>LACAZ, C.S.; HEINS-VACCARI, E.M.; MARTINS, J.E.C.; PORTO, E. Tratado de Micologia Médica. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002.</p> <p>LEVINSON, W.; JAWETZ, E. Microbiologia Médica e Imunologia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.</p> <p>PELCZAR JUNIOR, M. J. Microbiologia: conceitos e aplicações. 2. ed. São Paulo:</p>		

Makron Books, 2005.

TRABULSI, L.R.; ALTERTHUM, F. **Microbiologia**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

VERMELHO, A.B. **Práticas de Microbiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE III

Créditos

Carga Horária:

Pré-requisito(s):

0.4.0

60h

Atenção Primária à Saúde II

Introdução à epidemiologia descritiva e indicadores epidemiológicos. Delineamentos epidemiológicos. Vigilância em saúde no nível local do território. Aplicação da epidemiologia e vigilância em atenção primária.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. São Paulo: Santos, 2007. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9788572888394_por.pdf>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=376>>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica: Vigilância em Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcad21.pdf>>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Gestão da Vigilância em Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_de_gestao_web.pdf>.

CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARTINS CM, STAUFFER AB. **Educação em saúde**. FIOCRUZ/Escola Politécnica Joaquim Venâncio. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

PELICIONI, M.C.F.; MIALHE, F.L. (org). **Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2012.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 176 pp.

LIMA, E. P. **Epidemiologia e Estatística: Integrando Ensino, Pesquisa, Serviço e Comunidade**. Revista Brasileira de Educação Médica. 34 (2) : 324–328; 2010.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

PAES-SOUSA, R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1411-1421, set./out. 2002.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

HABILIDADES MÉDICAS III		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120h	Habilidades Médicas II
<p>EMENTA: Aspectos gerais da fisiopatologia dos sistemas endócrino, reprodutor e digestório, correlacionando seus sinais e sintomas (exame clínico). Coleta e interpretação da anamnese básica, identificação, queixa principal, história da doença atual, antecedentes e revisão dos sistemas. Técnica da relação médica-paciente. Conhecimento dos sinais e sintomas mais comuns na prática clínica. Noções de exame complementar. Procedimentos básicos, sondagem transuretral e nasogástrica.</p>		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
<p>LAURENTYS-MEDEIROS, J.; LÓPEZ, M. Semiologia Médica - As bases do diagnóstico clínico. 5ed. São Paulo: Revinter, 2004. PORTO, C.S; Semiologia Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2009. BEVILACQUA, FERNANDO;BOUSSOUSSAN, EDDY; JANSEN, JOSÉ MANOEL; CASTRO, FERNANDO ESPÍNILA. Fisiopatologia Clínica. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 1995.</p>		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
<p>VIEIRA, R. Semiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. BATES, B. Semiologia Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. HOLBE, H.W. Tratado de Ginecologia. 20° ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. EPSTEIN, O.; PERKIN, G.D.; COOKSON, J.; DE BONO, D.P. Exame Clínico. 3° ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.</p>		

BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS III		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
2.0.0	30 h	BPPS II

EMENTA:

Trabalho médico. Cuidado e humanização. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Família. Itinerários terapêuticos. Pesquisa qualitativa em saúde: principais métodos, instrumentos e análises de dados.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

AYRES, J. R. C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

AZEVEDO, Y. N.; SCHRAIBER, LB. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. **Salud Colectiva**. 2016;12(1):9-21.

BASTOS, Liliane Cabral. Diante do sofrimento do outro: narrativas de profissionais de saúde em reuniões de trabalho. **Calidoscópico**. v. 6, n. 2, p. 76-85, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPI-C-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224 p. : il.

FONSECA, Cláudia. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade** v.14, n.2, p.50-59, 2005.

SCHRAIBER, LB. No Encontro da Técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. Interface (Botucatu. Impresso), **Botucatu** - SP, v. 1, n.1, p. 123-140, 1997

BASES DA PRÁTICA MÉDICA I**Créditos****Carga Horária:****Pré-requisito(s):**

2.1.0	45h	BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS II HABILIDADES MÉDICAS II
<p>EMENTA: Estudo dos princípios da farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos, bem como da base para suas interações e variações nas suas respostas. Farmacologia do Sistema Nervoso Autônomo. Bases da técnica cirúrgica: conceito; histórico; divisão; nomenclatura. Ambiente cirúrgico, sala cirúrgica, equipe cirúrgica. Técnica asséptica – antissepsia e esterilização; preparo da equipe. Ferimentos das partes moles e cicatrização; curativos; antibióticos; fases da cicatrização. Infecção em cirurgia.</p>		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
<p>BRUNTON, L.L.; CHABNER, B.A.; KNOLLMANN, B.C. GOODMAN & GILMAN. As bases farmacológicas da terapêutica. 12 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.</p> <p>KATZUNG, B.G.; MASTERS, S.B.; TREVOR, A.J. Farmacologia Básica e Clínica. 12a. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2014.</p> <p>GOLAN, D.; TASHJIAN, A.H.; ARMSTRONG, E.J.; ARMSTRONG, A.W. Princípios de Farmacologia a Base Fisiopatológica da Farmacoterapia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.</p> <p>SILVA, Penildon. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2010.</p> <p>GOFFI, FS: Técnica Cirúrgica - bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. Ed. Atheneu, 4a edição, 2007.</p> <p>MARQUES, R.G. Técnica operatória e cirúrgica experimental . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.</p>		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
<p>RANG, H. P., DALE, M. M., RITTER, J. M., GARDEN. P. Farmacologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.</p> <p>Townsend,C.; Beauchamp, R. D. ; Evers, B. M. ; Mattox, K. L. Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 19a Edição. Elsevier Brasil, 2014</p> <p>MAGALHÃES, H.P. Técnica cirúrgica e cirurgia experimental. São Paulo: Sarvier, 1996.</p> <p>MONTEIRO, ELC; MATOS E. Técnica Cirúrgica. Guanabara Koogan. 1ª edição 2006</p> <p>TAVARES W. Manual de Antibióticos e Quimioterápicos Anti-infecciosos. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.</p>		

ESTUDOS TUTORIAIS III		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.1.0	15h	ET II
<p>EMENTA: As interações profissionais e usuários na condução dos processos de saúde/doença. A prescrição, as orientações dos serviços e os modos de viver das pessoas</p>		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
<p>PINHEIRO, ROSENI; MATTOS, RUBEN ARAUJO DE (org). Construção social da demanda. Direito à saúde, trabalho em equipe participação e espaços públicos. Rio de Janeiro, IMS/UERJ-CEPES-ABRASCO,2005. MARTINS CM, STAUFFER AB. Educação em saúde. FIOCRUZ/Escola Politécnica Joaquim Venâncio. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007. PELICIONI, M.C.F.; MIALHE,F.L. (org). Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012.</p>		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
<p>AZEVEDO, Y. N.; SCHRAIBER , LB. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. Salud Colectiva. 2016;12(1):9-21. LAURENTYS-MEDEIROS, J.; LÓPEZ, M. Semiologia Médica - As bases do diagnóstico clínico. 5ed. São Paulo: Revinter, 2004. SCHRAMM, J.M.A.;OLIVEIRA, AF; LEITE, I.C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A.M.J.; PORTELA, M.C.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva; 9(4):897-908, 2004. RIBEIRO, P. C., PEDROSA, J.I.S., NOGUEIRA, L. T., SOUSA, M. F. Ferramentas para o diagnóstico comunitária de saúde na Estratégia Saúde da Família. Tempus: Actas de Saúde Coletiva. , v.6, p.160 - 173, 2012.</p>		

PERÍODO IV

BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO E DEFESA III		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
3.3.0	90h	BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO E DEFESA II
<p>EMENTA: Introdução ao estudo da imunologia. Células e órgãos que compõem o sistema imune. Reações antígeno-anticorpo. Vacinas. Complemento e vias de ativação. Complexo de principal de histocompatibilidade. Tipagem do sistema HLA. Reconhecimento, maturação, ativação e regulação dos linfócitos. Mecanismos efetores das respostas imunes. Introdução ao estudo dos processos gerais da patologia. Adaptações do crescimento</p>		

e diferenciação celular. Conhecimento dos processos de lesão celular (reversível e irreversível), morte celular e apoptose. Padrões morfológicos da morte celular. Acúmulos intracelulares e extracelulares. Calcificação patológica. Processos inflamatórios e alterações que nele ocorrem. Padrões morfológicos da inflamação. Processos de reparo e regeneração tecidual.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

ABBAS, A.K.; LICHTMAN, A.; PILLAI, H. *Imunologia Celular e Molecular*. 8ª. Ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2015.

BRASILEIRO FILHO G: **Bogliolo: Patologia**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1472 p.

MONTENEGRO, M. R.; FRANCO, M. **Patologia Processos Gerais**. 4. Ed. São Paulo: Atheneu, 1999. 320 p.

JANEWAY, C. A.; TRAVERS, P.; WALPORT, M.; CAPRA, J.D.: *Imunobiologia: O sistema imune na saúde e na doença*. 6ª. Ed. Porto Alegre, Artmed, 2007

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

VOLTARELLI, J.C.; DONADI, E.A. *Imunologia Clínica na Prática Médica*. São Paulo, Atheneu, 2009..

DIAS DA SILVA, W.; MOTA, I. BIER, O. **Imunologia Básica e Aplicada**. 5ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003.

DOAN, T.; MELVOLD, R.; VISELLI, S.; WALTENBAUGH, C. **Imunologia Ilustrada**. Artmed, 2008.

MURPHY, K.; TRAVERS, P.; WALPORT, M. **Imunobiologia de Janeway**. 7ª. Ed. Porto Alegre, Artmed, 2010.

KUMAR, V; ASTER, J.C; ABBAS, A. **Robbins e Cotran: Patologia – Bases patológicas das doenças**. 9. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 1440 p.

ABBAS, A. K; FAUSTO, N.; KUMAR, V.; COTRAN, R. S; ASTER, J. C; ROBBINS, S. L.: **Robbins e Cotran: Patologia – Bases patológicas das doenças**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1458 p.

BRASILEIRO FILHO G.: **Bogliolo: Patologia**. 8. Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. 1524 p

MONTENEGRO, M. R.; BACCHI, C. E.; BRITO, T. **Patologia Processos Gerais**. 5. Ed. São Paulo: Atheneu, 2010

RUBIN, EMANUEL et al. **Patologia: bases clinicopatológicas da Medicina**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2006.

REISNER, HOWARD M. **Patologia: uma abordagem por estudos de caso**. Porto Alegre. AMGH, 2016.

BASES DA PRÁTICA MÉDICA II		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
3.3.0	90h	BASES DA PRÁTICA MÉDICA I
<p>EMENTA: Princípios da terapia antimicrobiana. Farmacologia clínica dos antimicrobianos, antifúngicos, antiprotozoários, anti-helmínticos e antivirais. Farmacologia da Inflamação. Antiinflamatórios não esteroides (AINEs) e esteroides. Farmacoterapia da Asma. Introdução a Farmacologia do Sistema Nervoso Central. Barbitúricos e Benzodiazepínicos. Bases da técnica cirúrgica: Técnica operatória – Conceituação e Nomenclaturas. Resposta Neuro-Endócrina e Metabólica ao Trauma. Infecção em Cirurgias. Avaliação e preparação do paciente no período pré-operatório. Fundamentos da anestesia local, regional e geral. Intubação traqueal e traqueostomia. Acesso Venoso Central. Preparação para o ato operatório: Material cirúrgico, Equipe cirúrgica. Preparação para o ato operatório: Posicionamento da paciente e da equipe cirúrgica; Local da operação. Ato operatório: diérese, hemostasia e síntese. Fios para sutura, Nós cirúrgicos, Suturas. Ato operatório: Dinâmica operatória. Vias de acesso cirúrgico. Fundamentos da cirurgia ambulatorial. Laboratório em cirurgia experimental.</p>		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
<p>FUCHS, F.D.; WANNMACHER, L. Farmacologia Clínica - Fundamentos da Terapêutica Racional. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. BRUNTON, L.L.; CHABNER, B.A.; KNOLLMANN, B.C. GOODMAN & GILMAN. As bases farmacológicas da terapêutica. 12 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012. KATZUNG, B.G.; MASTERS, S.B.; TREVOR, A.J. Farmacologia Básica e Clínica. 12a. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2014. GOLAN, D.; TASHJIAN, A.H.; ARMSTRONG, E.J.; ARMSTRONG, A.W. Princípios de Farmacologia a Base Fisiopatológica da Farmacoterapia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. GOFFI, FS: Técnica Cirúrgica - bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. Ed. Atheneu, 4a edição, 2007. MARQUES, R.G. Técnica operatória e cirúrgica experimental . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.</p>		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
<p>1. RANG, H. P., DALE, M. M., RITTER, J. M., GARDEN. P. Farmacologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 2. TAVARES, W. Antibióticos e quimioterápicos para o clínico: edição revista e atualizada – 3 ed., São Paulo: Atheneu, 2014.</p> <p>SABISTON Jr, D.C. Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical</p>		

Practice. 4.th. Philadelphia: Saunders, 2004.

MAGALHÃES, H.P. Técnica cirúrgica e cirurgia experimental. São Paulo: Sarvier, 1996.

MONTEIRO, ELC; MATOS E. Técnica Cirúrgica. Guanabara Koogan. 1ª edição 2006

Townsend,C.; Beauchamp, R. D. ; Evers, B. M. ; Mattox, K. L. Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 19a Edição. Elsevier Brasil, 2014

BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS IV

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
3.0.0	45h	BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS III

EMENTA:

A vivência do adoecimento e estratégias de enfrentamento. Concepções de clínica. Clínica ampliada. Saúde, subjetividade e envelhecimento. A pessoa diante da finitude. Cuidados paliativos. Perda e processo de luto. Pesquisa qualitativa em saúde: principais métodos, instrumentos e análises de dados.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (org.) Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. A humanização e cuidados paliativos. PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana (Orgs.) 6ª. ed. São Paulo: Loyola, 2014.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica.** Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1990.

PESSOTTI, I. **A formação humanística do médico.** Medicina (Ribeirão Preto), v.29, n.4, p.440-8, 1996.

BAUDRILLARD, J. A troca simbólica e a morte. São Paulo: Loyola, 1997.

BEAUVOIR, Simone de. A velhice. V. 1 e 2. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

CASSELATO, G.; MAZORRA, L.; FRANCO, M.H.P.; TINOCO, V., Luto complicado:

considerações para a prática IN: SANTOS, Franklin Santana. A arte de morrer: visões plurais. Volume 2. Bragança Paulista: Comenius, 2009.

DEBERT, G. G.; GOLDSTEIN, D. M. (Org.). Políticas do Corpo e o Curso da Vida. 1 ed. São Paulo: Sumaré, v. 1, p. 301-317, 2000.

DUNNINGHAM, W.A. Refletindo sobre a morte com acadêmicos de medicina. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. V.18 n. 1, p.34-57, 2014.

EIZIRIK, C L; POLANCZYK, GV; EIZIRIK, M. O médico, o estudante de Medicina e a morte. Revista AMRIGS. v.44 n.1, p.50-55, 2000. ELIAS, Norbert. A solidão dos moribundos seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro/RJ: Jorge Zahar, 2001

FRAGA, F; BOAS, R F; MENDONÇA, A R. Significado, para os médicos, da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos. Revista Bioética V.20 n.3, p.514-19, 2012.

SANTOS, A.A.A. CASTRO, A.L.S. VERAS, M.C.B. LOPES, D.C. NERI, A.L. GOLDFARB, D.C ET AL., Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2008.

MARTA, G N; ET AL. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. Revista Brasileira de Educação Médica. V.3 n.3, p.416-427, 2009.

MENESES, R. A. Tecnologia e “Morte Natural”: o Morrer na Contemporaneidade. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, v.13 n.2, p. 129- 147, 2003.

SIBILIA, Paula. O corpo velho como uma imagem com falhas: a moral da pele lisa e a censura midiática da velhice. Comunicação, Mídia e Consumo, v. 9 n 26, p. 83-114, 2012.

TOLSTOI, L. A Morte de Ivan Ilitch. Porto Alegre: L &PM Pocket, 2010. (Obra original publicada em 1886).

QUIRINO, G G. O médico diante da morte na urgência e emergência: reflexões sobre o “ser” médico. [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal; 2007.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE IV

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.4.0	60h	Atenção Primária em Saúde III

EMENTA:

Vivência nos Serviços de Saúde do Município, principalmente na Unidades de saúde da Família, estabelecendo correlação entre o aprendizado teórico do curso, a situação real dos serviços de saúde e a comunidade, através de visitas domiciliares,

ações de educação em saúde para indivíduos e grupos e promoção da saúde.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

GUSSO, G; LOPES, J M C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática**. 2 ed. Artmed. 2012. 2 vol.

ALMA-ATA. **Cuidados Primários de saúde**: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília: Unicef, 1979.

MEHRY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

DESLANDES, S.F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PELICIONI, M.C.F.; MIALHE, F.L. (org). **Educação e Promoção da Saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica em Saúde**. Brasília, 2006.

CAMPOS, G.W.S.; GERREIRO, A.V.P. **Manual de práticas da atenção básica**. Saúl ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

COSTA, E.M.A. e CARBONE, M. H. **Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional**. Brasília, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso**, 8. ed. rev. Brasília, 2010.

HABILIDADES MÉDICAS IV

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120	Habilidades Médicas III

EMENTA:

Coleta e interpretação da anamnese pediátrica bem como realização sistematizada do exame físico do recém-nascido, pré-escolar, escolar e adolescente. Programa Nacional de Imunização, Vacinação Básica. Atenção integral à saúde do adolescente. Habilidade de comunicar, avaliar, examinar, diagnosticar e reconhecer os sinais e sintomas mais frequentes na infância e na adolescência. Propedêutica da

Pele e Anexos cutâneos. Prevenção, diagnóstico e tratamento das principais doenças dermatológicas.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

PORTO, C. C. Exame clínico: bases para a prática médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CANGIANI, LM ET AL. Tratado de anestesiologia SAESP, 8. ed. São Paulo: Atheneu, 2017

MARCONDES, E; et al. Pediatria Básica. 9ª Edição. São Paulo: Sarvier, 2005

PERNETA, C. Semiologia Pediátrica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1980.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

NELSON. Tratado de Pediatria. 18ª Edição. Elsevier, 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Série Cadernos de Atenção Básica Nº 11. Normas e Manuais Técnicos Nº 173, Brasília, DF. 2002

Brasil. Ministério da Saúde. Imunobiológicos e suas indicações, Brasília, DF. 2006

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Adolescente: competências e habilidades, Brasília, DF. 2008

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, Brasília, DF. 2010

11. AZULAY R. D.; AZULAY D. R., **Dermatologia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2017.

12. SAMPAIO, Sebastião A. P.; CASTRO, Raunundo M.; RIVITTI, Evandro A. Dermatologia básica. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007

ESTUDOS TUTORIAIS IV

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.1.0	15	ETIII

EMENTA:

Problematização: os aspectos invisíveis do adoecer na família, na vida da pessoa e na sociedade.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

MALTA, D. ; CEZARIO, A. C.; MOURA, L. *et al.* Building surveillance and prevention for chronic non communicable diseases in the national Unified Health System. **Epidemiol. Serv. Saúde**,. 2006, vol.15, no.3, p.47-65.

DUARTE T. P; ANDRADE A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia** 2003, 8(1), 155-163

SEBASTIANI, Ricardo Werner; MAIA, Eulália Maria Chaves. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo , v. 20, supl. 1, 2005 .

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

PESSOTTI, I. **A formação humanística do médico**. Medicina (Ribeirão Preto), v.29, n.4, p.440-8, 1996.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004

Lamego, D. T. C; Deslandes, S. F;. Moreira , M. E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência & Saúde Coletiva** 10 (3):660-675, 2005

JANEWAY, C. A.; TRAVERS, P.; WALPORT, M.; CAPRA, J.D.: **Imunobiologia: O sistema imunológico na saúde e na doença**. 7ª. ed. Porto Alegre, Artmed, 2010

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(1):19-30, jan, 2006

PERÍODO V

BASES DA PRÁTICA MÉDICA III

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
5. 6.0	165h	BASES DA PRÁTICA MÉDICA II

EMENTA:

Estudo de temáticas e práticas que articulam a produção do conhecimento na área de Obstetrícia e Psiquiatria com treinamento em serviço, supervisionado, para adquirir conhecimentos básicos das patologias mentais e femininas no período gestacional. Atendimentos ambulatorial, emergencial e de enfermagem, com toda sua dimensão.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
<p>SADOCK, B.J.; SAADOCK, V.A. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Proto Alegre: Artmed, 2007.</p> <p>01. Zugaib. Obstetrícia. Editora Revinter, 3ª edição, 2016.</p> <p>02. Netto HC & Sá RAM. Obstetrícia Básica. Atheneu, 2ª edição, 2007.</p>		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
<p>03. Correa MD, Melo VH, Aguiar RAP, Correa Jr. MD. Noções Práticas de Obstetrícia. Cooperativa Editora e Cultura Médica, 13ª edição, 2004.</p> <p>04. Cunningham FG et al. Williams Obstetrics – McGraw-Hill, 22ª edição, 2005. 05. Rezende J. Obstetrícia. Guanabara Koogan. 10ª edição, 2005.</p> <p>05. Miguel EC, Gentil V e Gattaz WF. Psiquiatria Clínica. Manole, 1ª edição, 2011.</p> <p>06. Hales RE. Tratado de Psiquiatria Clínica. Artmed, 4ª edição, 2006.</p> <p>07. Fontana AM. Manual de clínica em psiquiatria. Atheneu, 1ª edição, 2005.</p> <p>08. Dalgalarrodo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Artes Médicas, 1ª edição, 2000.</p> <p>09. APA. DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Publishing, 5ª ed, 2013.</p> <p>10. 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.</p> <p>11. Kaplan, H. I., Grebb, J. A., & Sadock, B. J. Compêndio de Psiquiatria. 9ª. edição, 2007. Editora Artmed</p> <p>12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.</p>		

BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO E DEFESA IV		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
3.5.0	120h	BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO E

DEFESA III

EMENTA:

Testes imunológicos utilizados para diagnóstico de doenças infecciosas. Imunologia e patologia das principais doenças infecciosas e parasitárias. Hipersensibilidade. Doenças autoimunes. Imunidade e patologia dos transplantes. Imunidade contra tumores. Métodos de diagnóstico em patologia. Funcionamento de um serviço de anatomia patológica. Importância das necropsias para o aprendizado médico. Conceitos gerais das neoplasias. Aspectos morfológicos e moleculares das neoplasias. Principais doenças do sistema imune. Imunodeficiências e principais aspectos patológicos e imunológicos das doenças nutricionais. Distúrbios hemodinâmicos, doença tromboembólica e choque.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

- ABBAS, A.K.; LICHTMAN, A.; PILLAI, H. **Imunologia Celular e Molecular**. 8ª. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2015.
- JANEWAY, C. A.; TRAVERS, P.; WALPORT, M.; CAPRA, J.D.: **Imunobiologia: O sistema imune na saúde e na doença**. 6ª. ed. Porto Alegre, Artmed, 2007.
- VOLTARELLI, J.C.; DONADI, E.A. **Imunologia Clínica na Prática Médica**. São Paulo, Atheneu, 2009
- BRASILEIRO FILHO G: **Bogliolo: Patologia**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1472 p.
- MONTENEGRO, M. R.; FRANCO, M. **Patologia Processos Gerais**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1999. 320 p.
- KUMAR, V; ASTER, J.C; ABBAS, A. **Robbins e Cotran: Patologia - Bases patológicas das doenças**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 1440 p.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

- DIAS DA SILVA, W.; MOTA, I. BIER, O. **Imunologia Básica e Aplicada**. 5ª. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003.
- DOAN, T.; MELVOLD, R.; VISELLI, S.; WALTENBAUGH, C. **Imunologia Ilustrada**. Artmed, 2008.
 - MURPHY, K.; TRAVERS, P.; WALPORT, M. **Imunobiologia de Janeway**. 7ª. ed. Porto Alegre, Artmed, 2010.
- ABBAS, A. K; FAUSTO, N.; KUMAR, V.; COTRAN, R. S; ASTER, J. C; ROBBINS, S. L.: **Robbins e Cotran: Patologia - Bases patológicas das doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1458 p.
- BRASILEIRO FILHO G.: **Bogliolo: Patologia**. 8. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. 1524 p

- MONTENEGRO, M. R.; BACCHI, C. E.; BRITO, T. *Patologia Processos Gerais*. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2010
- RUBIN, EMANUEL et al. *Patologia: bases clinicopatológicas da Medicina*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2006.
- REISNER, HOWARD M. *Patologia: uma abordagem por estudos de caso*. Porto Alegre. AMGH, 2016.

ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE V

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.4.0	60h	Atenção Primária à Saúde IV

EMENTA:

Política de Saúde Mental no Brasil, Atenção Psicossocial e Psiquiatria comunitária. Noções em psiquiatria forense e legislação mental. Alcoolismo e dependência de outras drogas (PSIQUIATRIA). Vivência nos Serviços de Saúde do Município, principalmente nos Núcleos de Apoio à da Família, Centros de Atenção Psicossocial, Centro de Testagem e Aconselhamento HIV/AIDS, e demais Programas de Saúde, estabelecendo correlações entre o aprendizado teórico do curso, a situação real dos serviços de saúde e a comunidade.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj, 2001.

CAMPOS, G. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. Hucitec, 2010.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

SADOCK, B.J.; SAADOCK, V.A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clinica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PESSINI, L.; BERTACHINI L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

BRASIL. CONASS. **Atenção Primária e Promoção de Saúde** (Coleção para entender a gestão do SUS), Brasília: MS, 2011.

SILVA, J.A.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CARVALHO, Sergio Resende; FERIGATO, Sabrina; BARROS, Maria Elisabeth. **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: HUCITEC, 2009.

--

HABILIDADES MÉDICAS V

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120h	Habilidades Médicas IV, Atenção Primária à Saúde IV

EMENTA:
 História natural, epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico diferencial, laboratorial, tratamento e complicações das doenças de maior prevalência, do aparelho digestório e endócrino-metabólicas. Métodos complementares de diagnóstico e terapêutica.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

GOLDMAN LEE; AUSIELLO, DENNIS LLO, DENNIS. Cecil - Tratado de Medicina Interna - 23ª Ed. Elsevier.
 BRAUNWALD, EUGENE; FAUCI, ANTHONY S.; KASPER, DENNIS L;
 HAUSER, STEPHEN L; LONGO, DAN L; JAMESON, J. LARRY. Medicina Interna de Harrison - 18ª Ed. 2013. Amgh Editora
 RIELLA, M. C. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólitos - 5ª Ed. Guanabara Koogan.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

EPSTEIN, O.; PERKIN, G.D.; COOKSON, J.; DE BONO, D.P. **Exame clínico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

VIEIRA, R. **Semiologia Médica** 12ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1982.

RAMOS JÚNIOR, J. **Semiotécnica da observação clínica: fisiopatologia dos sintomas e sinais com a colaboração de Gelson Kalil e José Carlos Ramos de Oliveira Roque**.

LOPEZ, M.; LAURENTNTYS, M.J. **Semiologia Médica: As Bases do Diagnóstico Clínico**. 4 ed. São Paulo: Revinter, 1999.

DANTAS, DRG. **Manual Prático de Semiologia Clínica**, 1996.

ESTUDOS TUTORIAIS V

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.1.0	15h	Não tem
<p>EMENTA: Problematização: o doente, a doença e as redes de atenção</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</p>		
<p>CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000 (Campo Teórico).</p> <p>MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.</p> <p>CONASS/PROGESTORES. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Nota Técnica nº 23, 2013</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</p>		
<p>HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da Atenção e Integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cadernos de Saúde Pública, V. 20, Sup. 2, 2004.</p> <p>EDGREN, L. The meaning of integrated care: a systems approach. International Journal of Integrated Care, v. 08, n. 23, p. 1-6, 2008.</p> <p>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Saúde: direito de todos: 2007-2011. Brasília: Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2008.</p> <p>CEBES. Revista Saúde em Debate.v.22; n.81, 2009</p> <p>BONETTI, A. . O ser doente: uma reflexão à luz de Georges Canguilhem. Revista Pensar a Prática, v. 7, n. 1, 2004</p>		

PERÍODO VI

BASES DA PRÁTICA MÉDICA IV		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
5.6.0	165h	BASES DA PRÁTICA MÉDICA III
<p>EMENTA: Doenças mais prevalentes nas áreas de Ginecologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia com treinamento em serviço, supervisionado, para adquirir conhecimentos básicos das patologias oftalmológicas, otorrinolaringológicas e ginecológicas. Atendimentos ambulatorial, emergencial e de enfermaria, com toda sua dimensão.</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</p>		

- 01 KANSKI, J.J. Oftalmologia Clínica: uma abordagem sistematica. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- 02 KANSKI, J.J.; BOLTON, A. Atlas de Oftalmologia Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2002.
CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA Série Oftalmologia Brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2012.
- 03 SPALTON, D.J. et al. Atlas de Oftalmologia Clínica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. VAUGHAN, D.; ASBURY, T.; RIORDAN-EVA, P. Oftalmologia Geral. 15ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003.
- 04 MACHADO. Endocrinologia Ginecológica. Medbook, 3ª edição, 2015.
- 05 GIRÃO MJBC, LIMA GR. Ginecologia. Manole, 1ª edição, 2009.
- 06 ELIAS S. Mastologia: Condutas Atuais. Manole, 1ª edição, 2016.
- 07 CALDAS S, MELLO JFM, MARTINS RHG, COSTA SS. Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial. Roca. Volume I, II, III e IV. 2ª edição, 2011.
- 08 Tratado De Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial da ABORL-CCF - 3ª Ed. 2017 ELSEVIER
09. Miniti, A; Butugan, O; Bento, RF. Otorrinolaringologia Clínica e Cirurgia. 2ª Edição
Atheneu Rio
10. Fukuda, Y. Guia de Otorrinolaringologia. 1ª edição. 2003. MANOLE

BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO E DEFESA V		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
3.5.0	120h	BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO E DEFESA IV
<p>EMENTA: Introdução à medicina do trabalho, conceitos, ambiente de trabalho e saúde, acidentes de trabalho, anamnese ocupacional, toxicologia ambiental e ocupacional, monitoramento clínico e epidemiológico das substâncias químicas e noções de biossegurança.</p> <p>Introdução à medicina legal, perícias médicas, documentos médico-legais, psicologia e psiquiatria forense, tópicos em patologia forense, tanatologia forense, impeditivos médico-legais do</p>		

matrimônio, investigação de paternidade, traumatologia e sexologia forense.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Normas Regulamentadoras**. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/seguranca-e-saude-no-trabalho/normatizacao/normas-regulamentadoras>

CROCE, D. Manual de medicina legal. 8.ed. São Paulo: Saraiva. 2012.

HARRISON, R.; LADOU, J. **Current: Medicina Ocupacional e Ambiental** – diagnóstico e tratamento. 5ªed. Porto Alegre; Editora McGraw Hill, 2016.

MENDES, R. (org.) **Patologia do Trabalho**. 3ª ed. São Paulo; Editora Atheneu, 2013.

WOELFERT, A.J. Introdução a Medicina Legal. Canoas-RS: Ed ULBRA, 2003.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

ALCANTARA, H.R. Perícia Medica Judicial. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 1980.

ALCANTARA, H.R. Deontologia e Diceologia. S. Paulo: ANDREI, 1979.

BITTAR, N. Medicina legal descomplicada. 2.ed. São Paulo: Rideel, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho**. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Normas e Manuais Técnicos nº114. Brasília, 2001. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf DOUGLAS, W.; GRECO, R.; CALHAU, L.B.; KRYMCHANTOWSKI, A.; ANCILLOTTI, R. Medicina legal. Niteroi: Impetus, 2011.

FRANÇA, G. V. Medicina legal. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SAWAYA, M.C.T.; ROLIM, M.R.S. Manual prático de medicina legal no laboratório. 2.ed. Curitiba: Juruá, 2009.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VI

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.4.0	60h	Atenção Primária à Saúde V

EMENTA:

Saúde da mulher. Incidência e prevalência de câncer feminino. Programas de Prevenção. Vivência nos serviços de Saúde do Município, pericialmente voltado para a política de promoção da equidade, acolhimento das populações socialmente vulneráveis (negros, índios, população de rua, população de campo e floresta, população LGBT) estratégias de inclusão social pelo acesso e atenção integral. Análise de dados epidemiológicos

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 29, Volume 2)</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 13).</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)</p>		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
<p>Semiologia Médica - Celmo Celso Porto - 6ª Edição. Editora Guanabara e Koogan. 2009</p> <p>MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org). Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: IPEA, 2011.</p> <p>RIVERA, F.J.U. Análise estratégica em saúde e a gestão pela escuta. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.</p> <p>BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2 ed. Brasília, 2013</p> <p>BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais. Brasília, 2012</p> <p>BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, 2013</p>		

HABILIDADES MÉDICAS VI		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120h	Habilidades Médicas V Atenção Primária à Saúde V

EMENTA:

Propedêutica, patologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento das doenças neurológicas de maior prevalência
Geriatrics, Gerontology, Epidemiology of aging, aging of the CNS, Dementias, Depression, Parkinson, Geriatric syndromes, prevention of accidents, vaccination of the elderly, statute of the elderly.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

BALLINGER, A.; PATCHETT, S. **Manual de Fundamentos de Clínica Médica**. 3 ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2001.

GODMAN, C. **Tratado de Medicina Interna**. 21ª ed., Guanabara: 2001.

TANAGHO, E.M.; MCANINCH, J.W. **Urologia geral de Smith**. 17.ed. porto Alegre: Artmed, 2010.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

TOY, E.C.; PATLAN JUNIOR, J.T. **Lange: casos clínicos em medicina interna**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

TARANTINO, A.B. **Doenças Pulmonares**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

RIELLA, M.C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2003.

HACHUL, M.; ORTIZ, W. **Sistema urinário: bases da medicina integrada**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

LAWRY. L. **Exame músculo esquelético sistemático**. 1.ed. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill, 2012.

NOVAS SUGESTÕES DE BIBLIOGRAFIA

1. NITRINI et al. Neurologia que todo médico deve saber (6 exemplares)
2. CAMBIER et al. Neurologia (12 exemplares)
3. SAMUELS. Manual de Neurologia: diagnóstico de tratamento (6 exemplares)
4. ACOSTA et al. Neurologia (4 exemplares)
5. SANVITO. Síndromes neurológicas (6 exemplares)
6. SILVA-NETO. Cefaleia: aspectos históricos (3 exemplares)
7. SILVA-NETO. Dor ocular: diagnóstico diferencial (3 exemplares)

8. SILVA-NETO. Odores e cefaleia: dores que vêm pelo olfato (3 exemplares)

OBS: A bibliotecária sugeriu que meus livros constassem na bibliografia complementar, pois o MEC valoriza quando um professor é autor de livros.

FREITAS et al. Tratado de geriatria e gerontologia (8 exemplares)

SUGESTÃO DE COMPRA

1. ROWLAND et al. Merrit – Tratado de Neurologia. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

2. ADAMS et al. Neurologia. 6 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998.

3. Mutarelli. Propedêutica neurológica: do sintoma ao diagnóstico. São Paulo: Sarvier, 2014.

4. Brito et al. Tratado de medicina e urgência no idoso. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ESTUDOS TUTORIAIS VI

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.1.0	15h	Não tem

EMENTA:

Problematização: o acolhimento e o cuidado à saúde dos grupos populacionais

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 2 ed. Brasília, 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, 2006.

CAIAFFA, W. T. et al. Saúde urbana: "a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, Dec. 2008

KASSOUF, A.L.. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 43, n. 1, Mar. 2005.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

BERARDINELLI, L. M.M; SANTOS, I; SANTOS, M. L.S. C.; CLOS, A. C. PEDROSA, G. S; CHAVES, A.C. S. Cronicidade e vulnerabilidade em saúde de grupos populacionais: implicações para o cuidado / **Rev. enferm. UERJ**;18(4):553-558,. 2010

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, 2013

ZIMMERMAN, C; KISS, L; HOSSAIN, M; WATTS, Ce. Trafficking in persons: a health concern?. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2009, vol.14, n.4 pp. 1029-1035

BRANDÃO, E. R; HEILBORN, M.L.Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7):1421-1430, jul, 2006

PERÍODO VII

BASES DA PRÁTICA MÉDICA V		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
9.10.0	285h	BASES DA PRÁTICA MÉDICA IV
EMENTA:		
<p>Estudo de temáticas e práticas que articulam a produção do conhecimento na área de pediatria, traumatologia-ortopedia, reumatologia e oncologia com treinamento em serviço, supervisionado, para adquirir conhecimentos básicos das patologias pediátricas, oncológicas e traumatológicas e reumáticas. Atendimentos ambulatorial, emergencial e de enfermagem, com toda sua dimensão.</p>		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
<p>MARCONDES, E. <i>Pediatria Básica</i>. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2005. 3 volumes. LANDIN, F.L.P.; CATRIB, A.M.F.; COLLARES, P.M.C. <i>Promoção da Saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos</i>. Saberes Ed. Campinas, 2012. SIZINIO, H. <i>Ortopedia e traumatologia: princípios e prática</i>. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009 NELSON, W.; et al. <i>Nelson tratado de pediatria</i>. 17.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2 volumes.</p>		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
<p>BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento</i>. Brasília:</p>		

BURTIS C.A., ASHWOOD E.R. e BRUINS D.- **TIETZ, Fundamentos de Química Clínica**, 6a edição, Ed. Elsevier, 2008.

NELSON, W.; et al. **Nelson tratado de pediatria**. 17.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2 volumes.

STOPFKUCHEN, H. **Primeiro atendimento a emergências em pediatria. Primeiras medidas terapêuticas antes da hospitalização**. São Paulo: Atheneu, 1999.

GAJARDO, J.R.; MONTE, O.; MONTOR, W.R. **Fundamentos Teóricos e Práticos em Bioquímica, SP**. Atheneu, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015**

ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE VII		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.4.0	60h	Atenção Primaria à Saúde VI
EMENTA: Saúde da criança no território, assistência integral à saúde da criança e do adolescente. Higiene e prevenção de acidentes na infância. Crescimento e desenvolvimento infantil. Exames Laboratoriais.		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
MARCONDES, E. Pediatria Básica . 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2005. 3 volumes.		
LANDIN, F.L.P.; CATRIB, A.M.F.; COLLARES, P.M.C. Promoção da Saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos . Saberes Ed. Campinas, 2012.		
BURTIS C.A., ASHWOOD E.R. e BRUINS D. TIETZ, Fundamentos de Química Clínica , 6a edição, Ed. Elsevier, 2008.		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
SMITH, C., MARKS, A. D., LIEBERMAN, M. Bioquímica Médica Básica de Marks 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 980p.		
BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola . – Brasília : Ministério da Saúde,		

2009.

NOVACZYK, A.B; GAÍVA, M. A.M;.as tecnologias inter-relacionais na assistência à criança na atenção básica: análise de documentos oficiais.**Cienc Cuid Saude** 2010 Jul/Set; 9(3):560-568

MALTA DC ET AL .Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobreatendimentos de emergência por causas externas – Brasil, 2009.**Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9):2247-2258, 2012

MOREIRA, E.; WATANABE, T. (Org).**Ambiente, Trabalho e Saúde**. João Pessoa:Universitária UFPB, 2006.

HABILIDADES MÉDICAS VII

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120h	Habilidades Médicas VI Atenção Primária à Saúde VI

EMENTA:

Endocrinologia: Obesidade, Diabetes mellitus, Doenças da hipófise, Doenças da tireóide, Doenças das paratireóides, Doenças das supra-renais, Distúrbios do metabolismo do cálcio, Osteoporose, Dislipidemias e Disfunções gonadais. Urgência e Emergência: ATLS – Suporte de Vida Avançado no Trauma, Hemorragia Digestiva Alta, Abdômen Agudo, Trauma torácico, Vias aéreas cirúrgicas.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

Endocrinologia VILAR, L. Endocrinologia Clínica. Ed. Guanabara Koogan S/A.5ª edição 2013.

CHACRA, A. R. Guia de endocrinologia. Barueri: Manole, 2009.

PETROIANU, Andy. Clínica Cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões – CBC. Atheneu.2010.

Atls Student Course Manual: Advanced Trauma Life Support.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

JANNINI, P.; JANNINI FILHO, P. **Interpretação Clínica do Hemograma**: São Paulo: Sarvier, 1995.

JEVON, P.; EWENS, B. **Monitoramento do paciente crítico**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRITO, F.C.; GIACAGLIA, M.P.N. **Tratado de medicina e urgência do idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ESTUDOS TUTORIAIS VII

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
----------	----------------	-------------------

0.1.0	15h	Não tem
-------	-----	---------

EMENTA:

Problematização: doenças prevalentes nas crianças no território: como enfrentar?

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

MINAS GERAIS.SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Atenção à Saúde da Criança. MARIA REGINA VIANA ET AL(org). BeloHorizonte: SAS/DNAS, 2004..

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**, Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

SOUSA, F G. M.; ERDMANN, A. L; MOCHEL, E.G.Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde.**Revista Gaucha de Enfermagem**.v. 31, n. 4 (2010)

LEAO, C.D. A; CALDEIRA, A.P.; OLIVEIRA, M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 3, Sept. 2011 .

NOVACZYK, A.B; GAÍVA, M. A.M;.as tecnologias inter-relacionais na assistência à criança na atenção básica: análise de documentos oficiais.**Cienc Cuid Saude**, 2010 Jul/Set; 9(3):560-568

PERÍODO VIII

BASES DA PRÁTICA MÉDICA VI		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
11.12.0	345h	BASES DA PRÁTICA MÉDICA V
<p>EMENTA: Propedêutica, etiologia, mecanismos fisiopatológicos, quadro clínico, diagnóstico e tratamento das doenças hematológicas, reumatológicas, dermatológicas e urológicas. Exames complementares em reumatologia, hematologia. Desenvolvimento do raciocínio clínico empregado no diagnóstico diferencial das principais manifestações clínicas das doenças hematológicas. Doenças infectocontagiosas mais prevalentes.</p>		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
<p>TANAGHO, E.M.; MCANINCH, J.W. Urologia geral de Smith. 17.ed. porto Alegre: Artmed, 2010.</p> <p>AZULAY R. D.; AZULAY D. R., Dermatologia. 6 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2013.</p> <p>Guia para o Controle da Hanseníase - Ministério da Saúde, 2012.</p> <p>RAPAPORT, S.I. Introdução à Hematologia. 2. ed. São Paulo: Roca, 1990.</p> <p>LORENZI, T. Manual de Hematologia – propedêutica e clínica. 3ª ed., Atheneu: 2003.</p> <p>MOREIRA, C. & CARVALHO, M. A. P. Noções práticas de reumatologia. Belo Horizonte, Health, 1996</p>		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
<ul style="list-style-type: none"> • ZAGGO. Fundamentos de Hematologia. 19ª ed., Atheneu: 2001. • JANNINI, P.; JANNINI FILHO, P. Interpretação Clínica do Hemograma: São Paulo: Sarvier, 1995. • HOFFBRAND, A.V.; MOSS, P.A.H. Fundamentos em hematologia. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. • SKARE, T. L. Reumatologia: princípios e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 		

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VIII		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):

0.4.0	60h	Atenção Primária à Saúde VII
<p>EMENTA: Saúde do Idoso: programas de prevenção e promoção da saúde na AB. Prevenção de acidentes, vacinação do idoso, estatuto do idoso. Saúde do Homem. (repetido com HMVI)</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</p>		
<p>FREITAS, E.V.; PI, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2008</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</p>		
<p>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, 2006.</p> <p>HACHUL, M.; ORTIZ, W. Sistema urinário: bases da medicina integrada. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.</p> <p>SCHIER J. Tecnologia de educação em saúde: O Grupo Aqui e Agora. Porto Alegre: Sulina, 2004.</p> <p>ALMEIDA, M.H.M. Validação do C.I.C.Ac. Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o AUTOCUIDADO. São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].</p> <p>FERRÍGNO, J.C. Co-educação entre gerações. São Paulo: SESC, 2003.</p>		

HABILIDADES MÉDICAS VIII		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.4.0	60 hs	Habilidades Médicas VII
<p>EMENTA: Doenças infecto parasitárias. Infectologia clínica, toxicologia, acidentes com animais peçonhentos. Tuberculose. Hepatites virais. Infecções sexualmente transmissíveis. Hanseníase.</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</p>		

FOCACCIA, Roberto (Ed.). Veronesi-Focaccia tratado de infectologia. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Atheneu, 2009 cm. 2 v.

TAVARES, Walter. Antibióticos e quimioterápicos para o clínico. 3. ed. São Paulo,SP: Atheneu, 2014. 655 p.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto Carneiro (Ed.). Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo, SP: Atheneu, 2012. 1186 p.

OLIVEIRA, F.S.C. **Conhecimento botânico tradicional em comunidades do semi-árido piauiense.** [Dissertação] PRODEMA/UFPI; TROPEN. Teresina, 2008

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea,** Brasília : Ministério da Saúde, 2011

ESTUDOS TUTORIAIS VIII

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.1.0	15h	Não tem

EMENTA:

Proposição/desenvolvimento de projetos de intervenção no serviço de saúde e da comunidade, com abordagem das práticas integrativas e complementares.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica,** Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CAMAROTTI, M. H.; FREIRE, T; BARRETO, A. (orgs). **Terapia Comunitária Integrativa Sem Fronteiras.** Ed Khron, 2013

MCWHINNEY, Ian R; FREEMAN, Thomas. **Manual de Medicina de Família e Comunidade.** Tradução de Anelise Teixeira Burmeister. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea,** Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

ALVES, M.C.; SEMINOTTI, N. **Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro.** Rev Saúde Pública 2009;43(Supl. 1):85-91

MORAES, A.F. **Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, Dec. 2008 .

CHIAVERINI, D. H. ET AL. (ORG). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. . Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva Brasília, DF, 2011:

OLIVEIRA, F.S.C. **Conhecimento botânico tradicional em comunidades do semi-árido piauiense**. [Dissertação] PRODEMA/UFPI; TROPEN. Teresina, 2008

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea, Brasília : Ministério da Saúde, 2011

PERÍODO IX

TCC I		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
1.1.0	30h	Todos os Módulos do 1º ao 7º período
EMENTA: Recursos teóricos e práticos para a efetiva redação e apresentação do trabalho de conclusão do curso, delineamento experimental do projeto (quando pertinente). Análise amostral, amostragem, início das coletas de dados, e envio do projeto/proposta ao comitê de ética.		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa . 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. MARTINS, G.A. Manual para elaboração de monografias e dissertações . 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000. BELL, J. Projeto de pesquisa: guia para iniciantes em educação, saúde e ciências sociais . 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
ANDRADE, M.M. Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas . 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. MOTTA-ROTH, Desirré. (Org.). Redação acadêmica: princípios básicos . Santa Maria: Imprensa Universitária, 2001. SQUARISI, D.; SALVADOR, A. Escrever melhor: guia para passar os textos a limpo . São Paulo: Contexto, 2008 KERSCHER, M.A; KERSCHER, S.A. Monografia: como fazer . Rio de Janeiro: Thex, 1999. MARCANTONIO, A.T.; SANTOS, M.M.; LEHFELD, N.A.S. Elaboração e divulgação do trabalho científico . São Paulo: Atlas, 1993.		

TCC II PERÍODO X		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.2.0	30h	TCC I
EMENTA: Coleta dos dados da pesquisa, análise dos dados coletados, análise estatística (quando pertinente), confecção de gráficos e tabelas de resultados e confecção dos resultados e discussões, elaboração do relatório final da pesquisa (Versão escrita do TCC). Apresentação do trabalho.		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa . 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. MARTINS, G.A. Manual para elaboração de monografias e dissertações . 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000. BELL, J. Projeto de pesquisa: guia para iniciantes em educação, saúde e ciências sociais . 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
ANDRADE, M.M. Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas . 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. MOTTA-ROTH, Desirré. (Org.). Redação acadêmica: princípios básicos . Santa Maria: Imprensa Universitária, 2001. SQUARISI, D.; SALVADOR, A. Escrever melhor: guia para passar os textos a limpo . São Paulo: Contexto, 2008 KERSCHER, M.A; KERSCHER, S.A. Monografia: como fazer . Rio de Janeiro: Thex, 1999. MARCANTONIO, A.T.; SANTOS, M.M.; LEHFELD, N.A.S. Elaboração e divulgação do trabalho científico . São Paulo: Atlas, 1993.		

PERÍODOS IX, X, XI, XII

INTERNATO EM CLÍNICA MÉDICA		
PERÍODO: 9º/10º/11º/12º		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.0.40	600h	Todos os Módulos do 1º ao 8º período
EMENTA: Cardiologia: insuficiência cardíaca; hipertensão arterial; doença arterial coronária; febre reumática e doenças orovalvares; doenças do pericárdio, do miocárdio e do endocárdio; arritmias. Angiologia: insuficiência venosa crônica; trombose venosa profunda; varizes; linfedemas; síndrome isquemia aguda e crônica; aneurismas. Imunologia: constituição e funcionamento do sistema imunitário; reatividade celular e humoral; principais doenças alérgicas; reações adversas a drogas (alérgicas e		

pseudo-alérgicas).

Nefrologia: equilíbrio hidro-salínico e ácido-básico; os mecanismos imunológicos de agressão renal; glomerulopatias; síndrome da insuficiência renal aguda e crônica; doenças congênitas e tubulopatias; síndrome hêpato-renal; iatrogenia.

Gastroenterologia: doença do refluxo gastro-esofageano; tumores: do esôfago, do estômago, do cólon, do fígado e vias biliares, do pâncreas; doença ulcerosa péptica, doença intestinal inflamatória e diverticular, hepatites; cirroses; doenças da vias biliares; doenças do pâncreas.

Endocrinologia e Nutrição: padrões de alimentação normal e seus desvios; parâmetros de avaliação do estado nutricional; distúrbios nutricionais: anorexia, obesidade e desnutrição protéico-calórica; *diabetes mellitus*; doenças da hipófise, da tireóide e paratireóides, da supra renal; distúrbios do metabolismo do cálcio; osteoporose; dislipidemias; disfunções gonadais.

Geriatría: atenção à saúde do idoso, doenças crônicas e prevalentes na terceira idade; problemas nutricionais e endocrinológicos na terceira idade.

Neurologia: síndromes piramidal e extrapiramidal; síndromes corticais, cerebelares, medulares; síndromes de hipertensão intracraniana; acidentes vasculares cerebrais; epilepsias; miopatias e miastenia *gravis*; afecções desmielinizantes; demências; tumores cerebrais; mono e polineuropatias; meningoencefalites; morte cerebral; neuro-AIDS.

Pneumologia: pneumonias; supurações bronco-alveolares; micoses pulmonares; afecções pulmonares na AIDS; pneumopatias intersticiais; afecções pulmonares nas colagenoses; doenças ocupacionais respiratórias; asma brônquica; doença pulmonar obstrutiva crônica; câncer de pulmão, do mediastino e da pleura; tuberculose pulmonar e extrapulmonar; sarcoidose; trombo-embolismo.

Hematologia: componentes e derivados sanguíneos: métodos de obtenção e utilização clínica; noções de imuno-hematologia; reações transfusionais; síndrome anêmica e hemolítica; hemostasia: fisiologia; púrpuras hereditárias e adquiridas; coagulopatias hereditárias e adquiridas; leucemias, linfomas e mieloma.

Reumatologia: ósteo-artropatias metabólicas; artrites infecciosas; osteoartrites; reumatismos de partes moles; colagenoses; espondiloartropatias soro negativas; angeistesnecrosantes. Urgências e emergências em Clínica Médica

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

SILVA, L.C.C.; et al. **Pneumologia: princípios e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

BETHLEM, N. **Pneumologia.** 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1995.

CAMBIER, J.; MASSON, M. & DEHEN, H. **Manual de neurologia.** 9. ed. Rio de Janeiro, Medsi, 1999.

W MARTINS, HS; NETO, AS; VELASCO, IT. **Emergências clínicas.** Ed. Manole, 2008.

CHEITLIN, M. D.; SOKOLOW, M. & MCILROY, M. B. **Cardiologia clínica.** 6. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1996.

DANI, R. **Gastroenterologia essencial.** 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001.

HOFFBRAND, A.V.; MOSS, P.A.H. **Fundamentos em hematologia.** 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

JEVON, P.; EWENS, B. **Monitoramento do paciente crítico.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELLO, N. A. **Angiologia.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1999.

MERRITT, H. H. **Tratado de neurologia**. 9. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997.

MOREIRA, C. & CARVALHO, M. A. P. **Noções práticas de reumatologia**. Belo Horizonte, Health, 1996.

PORTO, C. C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.

RAPAPORT, S. I. **Introdução à hematologia**. 2. ed. São Paulo, Roca, 1990.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

SCHOR, N. & SROUGI, M. **Nefrologia, urologia clínica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

SKARE, T. L. **Reumatologia: princípios e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

TARANTINO, A. B. **Doenças pulmonares**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

VAISSMAN, M. **Endocrinologia clínica**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1998.

VASCONCELLOS, D. **Gastroenterologia prática**. 5. ed. São Paulo: Sarvier, 1998.

VILAR, L.; CASTELLAR, E. & MOURA, E. **Endocrinologia clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

INTERNATO EM CLÍNICA CIRÚRGICA

PERÍODOS: 9º/10º/11º/12º

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.0.40	600h	Todos os Módulos do 1º ao 8º período

EMENTA:
 Patologias urológicas mais comuns na prática ambulatorial: Afecção da Genitália Externa Masculina, Infecção Urinária, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Urgências Urológicas, Litíase Urinária, Incontinência Urinária, Disfunção Erétil e Hiperplasia Prostática Benigna. Urgências e emergências em Clínica Cirúrgica

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

SCHWARTZ, S. **Princípios de cirurgia**. 6. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1996.

SCHOR, N. & SROUGI, M. **Nefrologia: urologia clínica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

SABISTON, JR., D. C. **Atlas de Cirurgia Geral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

BARASH, P.G., et al. **Manual de Anestesiologia Clínica**: São Paulo: McGraw-Hill Interamericana, 2002.

BOGOSSIAN, L. **Choque**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1991.

GUIMARÃES, H.P.; LOPES, R.D.; LOPES, A.C (Eds.). **Tratado de medicina de urgência e emergência pronto-socorro e UTI**. São Paulo: Atheneu, 2010. v.2.

SAAD JUNIOR, R. et al (Ed.). **Tratado de cirurgia do CBC**. São Paulo: Atheneu,

2009.

FALCÃO, L.F.R; (Org.); ITAMOTO, C.H (Coord.); KOSUGI, E.M. (Coord.). **Manual de Otorrinolaringologia**. São Paulo: Roca, 2009.

W KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. Ed. Atheneu, v.2, 3ª Ed, 3.124p., 2006.

INTERNATO CLÍNICA PEDIÁTRICA

PERÍODO: 9º/10º/11º/12º

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.0.40	600h	Todos os Módulos do 1º ao 8º período

EMENTA:

Aleitamento materno; atendimento ao recém-nascido normal, prática de imunizações; atendimento ambulatorial, acompanhamento de crianças internadas, atendimentos de urgência e de emergência, controle da diarreia; terapia de reidratação oral, assistência à criança na comunidade, orientação higiênica, acompanhamento pré e pós-operatório; interpretação de exame diagnósticos; discussão diagnóstica, terapêutica; biossegurança. Familiarizar o aluno com os diversos setores de atendimento pediátricos nas ações de promoção proteção e recuperação da saúde da criança. Urgências e emergências em Pediatria

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

MARCONDES, E.. **Pediatria Básica**: 8. ed. São Paulo: Sarvier,1999.

NELSON, W.E. **Tratado de Pediatria**. 15 ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1997.

CLOHETY, J.P. **Manual de Neonatologia**. 3 ed. Rio de Janeiro:Médica científica, 1993.

NELSON, W.E; BEHRMAN, R.E; KLIEGMAN R.; ARVIN, A.M: **Tratado de Pediatria**. 15. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

FIGUEIRA, F. FERREIRA, O. SCHWAMBACH; A., JOÃO G. **Pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Médici, 1996.

ENNIO, C.J.E.; VIANA M.B.Mota; JOAQUIM, A.C. **Pediatria Ambulatorial**, 3. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

MARCONDES, E.: **Pediatria Básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1999.

PERNETA, C. **Semiologia Pediátrica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1980.

AKRE,J. **Alimentação Infantil-Bases Fisiológicas**. Organização da Saúde, Genebra.

INTERNATO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

PERÍODOS: 9º,10º,11º ,12º

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.0.40	600h	Todos os Módulos do 1º ao 8º período

EMENTA:

Saúde da Família - Práticas de Saúde da Família. Organização, Administração, Gerenciamento e Financiamento Saúde da Família - Práticas de Saúde da Família. Organização, Administração, Gerenciamento e Financiamento. Temas Emergentes na Atenção Primária em Saúde: NASF, Saúde Mental na Atenção Primária, Violência e Saúde, Urgências e emergência nas Unidades Básicas de Saúde

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

SOUTH-PAUL, Jeannette E; MATHENY SAMUEL C; LEWIS, Evelyn L. **Current. Diagnóstico e Tratamento: Medicina de Família e Comunidade**. Tradução de Marcio Moacyr de Vasconcelos. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

MCWHINNEY, Ian R; FREEMAN, Thomas. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. Tradução de Anelise Teixeira Burmeister. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

RAKEL, Robert E. **Textbook of family medicine**. 7. ed. Philadelphia: Elsevier;Saunders, 2007.

DUNCAN, Bruce B et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

CECÍLIO, L.C.O (org) et al.; **"Inventando a Mudança na Saúde"**. S. Paulo: HUCITEC, 1994.

SILVA JR., A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

Fleury, S.; "A Questão Democrática na Saúde". In: **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos,1997.

NUNES TA, MELO MCB, SOUZA C. orgs. **Urgência e Emergência Pré-hospitalar**. Editora Folium: Belo Horizonte, 2 ed, 2010.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

MERHY,E.E.; MAGALHÃES JR, H.M.; RIMOLO, J. FRANCO, T.B.; **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

DOMINGUEZ, B.N.R., **"Programa de Saúde da Família - como fazer"**. S. Paulo: Parma Ltda,1998.

MENDES, E.V. (org.) et al. **"Distrito Sanitário - o processo social de mudança das**

práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde". São Paulo: Hucitec, 1994.
 MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
 BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica em Saúde** (todos os números disponíveis em www.saude.gov.br/dab).
 TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde humana**. Petrópolis: Vozes, 2003.

INTERNATO CLÍNICA TOCO-GINECOLÓGICA

PERÍODOS: 9º/10º/11º/12º

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.0.40	600h	Todos os Módulos do 1º ao 8º período

EMENTA:

Atos médicos relacionados à ginecologia e às patologias clínicas, e obstétricas do ciclo grávido-puerperal, desenvolvidos em pré-natal de baixo, médio e alto risco, centro obstétrico, centro cirúrgico, planejamento familiar, admissão, ala de fisiologia obstétrica, ala de patologia obstétrica, ultrassonografia e monitoragem fetal. Urgências e emergência em Toco-ginecologia

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

NETTO, H.C. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. 890 p
 FREITAS, F.; et al. **Rotinas em Ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006. 496 p.
 NOVAK, E.R. **Novak - Tratado de Ginecologia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1338 p.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

FREDERICKSON, H.L.; WILKINS-HAUG, L. **Segredos em Ginecologia e Obstetrícia**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 438 p.
 HALBE, H.W. **Tratado de Ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. 3 volumes.
 OLIVEIRA, H.C.; FEBRASGO, D.E. - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Tratado de Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 913 p.
 REZENDE, J.D.E.. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 1.514 p.
 REZENDE, J.D.E.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 670 p.
 FREDERICKSON, H.L.; WILKINS-HAUG, L. **Segredos em Ginecologia e Obstetrícia**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 438 p.
 HALBE, H.W. **Tratado de Ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. 3 volumes.
 W HIGA EMS; ATALLAH NA. **Medicina de Urgência**. Ed. Manole, 2ª edição, 2008.
 COUTO RC, BOTONI FA, SERUFO JC et al. **Ratton - Emergências médicas e terapia intensiva**. Medsi, 949 p, 2008.

INTERNATO EM SAÚDE MENTAL E SAUDE COLETIVA		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.0.40	600hs	Todos os Módulos do 1º ao 8º período
<p>EMENTA: Organização, Administração, Gerenciamento e Financiamento dos SUS. Saúde Mental na Atenção Primária. Rede de Atenção Psicossocial. Diagnóstico, tratamento e manejo das principais síndromes psiquiátricas. Matriciamento e Projeto Terapêutico Singular. Planejamento e avaliação de políticas e programas de saúde. Monitoramento e regulação dos sistemas de saúde. Determinação social da saúde/doença. Participação social em saúde. Investigação de problemas na área de saúde coletiva. Desenvolvimento e avaliação de projetos de intervenção em saúde coletiva. Urgências e emergências em situações de calamidades públicas. Serviço Móvel de Urgência</p>		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
<p>HORTALE,V.A.; MOREIRA, C.O.F.; BODSTEIN, R.C.A.; RAMOS, C.L. (org). 1 ed. Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010</p> <p>GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO,A.I. (org). 1 ed. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. FIOCRUZ/CEBES, Rio de Janeiro, 2008</p> <p>MENDES, E.V. Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. 1 ed. Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2002.</p> <p>DALGALARRONDO, P Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre,. 2000. Editora Artes Médicas do Sul. 2. Kaplan, H.I; Sadock, B.J. Compêndio de Psiquiatria- .. São Paulo: Casa do Psicólogo. Vol. I - Temas gerais. (1999) / Vol. II - Aspectos psicossociais e organizacionais (2004)/ Vol. II - Aspectos.</p> <p>SADOCK, Benjamin J., SADOCK, Virgínia A. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. CAIXETA, Leonardo. Demências. São Paulo: Lemos, 2004. ORTIZ, Karin Z. (org.) Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição. 2ª ed.</p> <p>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de</p>		

Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34, 2013. 176 p)

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

CECÍLIO, L. CCARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (org). **Os mapas do cuidado: o agir leigo em saúde**. 1 ed. HUCITEC/FAPESP, São Paulo, 2014.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. (org). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Medbook. Rio de Janeiro, 2010

FLEURY, S.; LOBATO, L.C.V. (org). **Participação, democracia e saúde**. 1 ed. CEBES, Rio de Janeiro, 2009.

NUNES TA, MELO MCB, SOUZA C. orgs. **Urgência e Emergência Pré-hospitalar**. Editora Folium: Belo Horizonte, 2 ed, 2010.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS **Advanced Trauma Life Support Manual**.. American College of Surgeons. Committee on Trauma. 8a ed. 2008.

MÓDULO INTEGRADOR OPTATIVO:

DEPENDÊNCIA QUÍMICA PERÍODO:			CÓDIGO
CH 60h	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem	
<p>Política de Drogas no Brasil. Paradigma da Abstinência e Paradigma da Redução de Danos. Questão da droga no Brasil. Abordagem de portadores de dependência química. Epidemiologia. Drogas: benzodiazepínicos, tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, crack e drogas emergentes. Diagnóstico, Instrumentos de Avaliação e Busca Ativa. Terapêutica farmacológica, psicoterapia individual e de grupo estratégias de prevenção. Manejo da Fissura. Reabilitação e Reinserção Psicossocial.</p>			
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA SEVERIANO, C. J. S., BARCELOS, I. I., MORAIS, J.G., FOLLY, N.S.G., MORAIS, U.R.P. Dependência Química: As Comunidades Terapêuticas de Reabilitação. Projeto de Pesquisa. Faculdade Pitágoras, 2007.</p> <p>RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed.</p> <p>KALINA, E., & Kovadloff, S. Drogadição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.</p>			

TANCREDI, F.B. As Toxicomanias do ponto de vista da Medicina e da Saúde Pública. In **Drogas e Drogados**: o indivíduo, a família e a sociedade. São Paulo: EPU, 1982.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

TANNHAUSER, M; TANNHAUSER, SL; BARROS, HMT; RHODEN, C; FERIGOLO, M. **Conversando Sobre Drogas**.s/d.

FERIGOLO, M; RHODEN, C; GOMEZ, R; TRAPP, MA; BARROS, HMT. **Centros de Atendimento da Dependência Química**. Porto Alegre: Gráfica e Editora Brasul,Ltda, 2001.

SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte: Ed PUC.

IMUNOLOGIA		CÓDIGO
PERÍODO:		
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
60h	1.3.0	
EMENTA:		
Aspectos moleculares e celulares dos mecanismos imunológicos envolvidos nas imunodeficiências, hipersensibilidades, doenças auto-imunes, tolerância e rejeição de transplantes.		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
ALICH V, VAZ C. Imunologia . Rio de Janeiro: Revinter, 2001		
JANEWAY CA, TRAVERS P. Imunobiologia : O Sistema Imunológico na Saúde e na Doença . 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.		
ABBAS AK, ANDREW H. POBER JS. ROIT, Ivan M.; BROSTOFF, Jonathan; MALE, David. Imunologia . 6. ed. São Paulo: Manole, 2003.		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
JANEWAY JUNIOR, Charles A.; TRAVERS, Paul; WALPORT, Mark; SHLOMCHIK, Mark J. Immunobiology : the immune system in the health and disease. 5. th ed. New York: Garland, 2001.		
MALE, David K. Imunologia : um resumo ilustrado. 3. ed. São Paulo: Manole, 1988		

PRÁTICA LABORATORIAL		CÓDIGO
PERÍODO:		
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
60h	2.2.0	
EMENTA:		
Prática de laboratório: organização e padronização laboratorial, coleta de materiais biológicos; determinações bioquímicas, microbiológica, hematológicas, imunológica, colorações, reações, precipitação, aglutinação, análises e interpretação.		

BIBLIOGRAFIABÁSICA:

BALLINGER, A. **Manual de Fundamentos de Clínica Médica**. São Paulo: Sontoz, 1997.

HOCHESTEIN, E. **Manual de Exame do Paciente**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1885.

MILLER, O. **Laboratório para o Clínico**. São Paulo: Atheneu, 1999.

MOURA, R. A. **Técnica de Laboratório**. São Paulo: Atheneu, 1999.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

MOURA, R. A. **Técnica de Laboratório**. São Paulo: Atheneu, 1999.

RAVEL, R. **Laboratório Clínico**. Aplicações Clínicas de Dados Laboratoriais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ACUPUNTURA		CÓDIGO
PERÍODO:		
CH 60h	CRÉDITOS 1.3.0	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
EMENTA: A medicina Ocidental e a Medicina Tradicional Chinesa (MTC). As bases fisiológicas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). O reconhecimento da Acupuntura pela Ciência Oficial. O diagnóstico e tratamento pela acupuntura e outras modalidades da MTC. A pesquisa clínica, as principais indicações da Acupuntura e seus efeitos adversos.		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
GOULDEN E.A. The treatment of sciatica by galvanic acupuncture . British Medical journal, 1921,1:523-524		
CHIANG, C. Y.; CHANG, C. T.; CHU, H. L; YANG, L. F. Peripheral afferent pathway for acupunctur analgesia . ScientiaSinica, 1973, 16:210-217.		
CHAN S H. What is being stimulated in acupunctur : evaluation of the existence of a specific substrate. NeurosciBiobehav. Rev. 1984 Spring;8(1):25-33.		
MELSZACK, R.; STILLWELL D. M; FOX, E. J. Trigger points and acupunctur points for pain : correlations and implications, 1977. Pain 3:3-23.		
WANG, K.M; YAO, S. M; XIAN Y L; HOU, Z. A study on the receptive field of acupoints and the relationship between characteristics of needle sensation and groups of afferent fibres . ScientiaSinica, 1985. 28:963-971		
LEVINE, J. D.; GORMLEY, J. FIELDS, H. L. Observations on the analgesic effects of needle puncture (acupunctur) , 1976, Pain 2:14W159		
NURMIKKO, T.; BOWSHER, D. Somatosensory findings in postherpetic neuralgia . Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1990,53:135-141.		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
HAN J. S., DING, X. Z.; FAN, S. G. Cholecystokinin octapeptide (CCK-8): Antagonism to eletroacupunctur analgesia and a possible role in eletroacupunctur tolerance , 1986, Pain 27:101-115.		
MAYER, D. J.; PRICE, D. D; RAFII. Antagonism of acupunctur analgesia in man by the narcotic antagonist naloxone . Brain Research, 1977, 121;368-372.		

IMAGIMOLOGIA

PERÍODO:

CÓDIGO

CH 60h	CRÉDITOS 2.2.0	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
<p>EMENTA: Diversos compartimentos da economia humana, a saber: sistema nervoso central, cabeça e pescoço, aparelho cardiorespiratório e tórax, abdome e trato gastrointestinal e genito-unirário, e sistema músculoesquelético, partindo de informações clínicas que justifiquem as indicações dos diversos métodos de diagnóstico por imagem, passando pela representação gráfica dos aspectos anatômicos e patológicos observados nos mesmos métodos, e terminando na avaliação dos resultados da utilização destes instrumentos sobre as condutas e a própria história natural das doenças.</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA: STIMAC. Introdução ao Diagnóstico por Imagens. Guanabara Koogan, 1994. PAUL e JUHL. Interpretação Radiológica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. ARMSTRONG e WASTIE. A Concise Text Book of Radiology. London:Arnald, 2000.</p>		
INFORMÁTICA PARA MEDICINA		CÓDIGO
PERÍODO:		
CH 60h	CRÉDITOS 3.1.0	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
<p>EMENTA: A evolução dos computadores, conceitos de hardware e software, sistemas operacionais, linguagens de programação, operação de microcomputador (sistemas operacionais, editor de texto, banco de dados e planilha eletrônica). Internet. Segurança da Informação. Transferência de Arquivos. Correio Eletrônico.</p>		
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA: O'BRIEN, James A. Sistemas de Informações e as Decisões Gerenciais na Era da Internet. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2004. NORTON, Peter. Introdução à Informática. São Paulo: Makron Books. 1997. CORNACHIONE Jr, Edgar B. Informática Aplicada às Áreas de Contabilidade, Administração e Economia. 3. ed. São Paulo: Atlas S. A., 2001. COMPLEMENTAR KISCHNHEVSKY, Mauricio; SILVEIRA FILHO, Otto Teixeira da. Introdução à informática. 3. ed. Rio de Janeiro: CECIERJ, 2004.</p>		

NUTRIÇÃO APLICADA À MEDICINA		CÓDIGO
PERÍODO:		
CH 60h	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem

EMENTA:

Nutrientes: conceito, classificação, funções e biodisponibilidade. Recomendações nutricionais. Componentes da alimentação equilibrada para a promoção da saúde nos diferentes ciclos vitais. Bases científicas para o estabelecimento das necessidades nutricionais e dos valores de referência para adultos e crianças.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

BLACKBURN, G. L.; BISTRAN, B. R.; MAINI, M. D.; BENOTTI, P.; BOTHE, M. D.; GIBBONS, G. & SMITH, M. D. **Nutrition and metabolic assessment of the hospitalized patient.** J. Parent. Ent. Nutr., 1: 11-22, 1977.

GALEAZZI, MAM (org). **A segurança alimentar e a cidadania:** a contribuição das universidades paulistas. Campinas, Mercado de Letras, 1996.

HALPERN, A. & cols. **Obesidade.** São Paulo: Lemos Editorial, 1998. 354p.

MONTEIRO, C.A. (org). **Velhos e novos males da saúde no Brasil:** a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. revisada e aumentada São Paulo: Hucitec-NUPENS/USP, 2000. 435p.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

SACHS, A.; NAJAS, M.S. & TUDISCO, E.S. **Nutrição nas dislipidemias:** o papel dos componentes dietéticos. Rev. SocCardiol Estado de São Paulo, 5 (4):10-6, 1995 (supl A).

SHILS, M.E; OLSON, J.A & SHIKE, M. **Modern Nutrition in health and disease.** 8. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1994.

WAITZBERG, D. L. (org.). **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica.** 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

LIBRAS		CÓDIGO
PERÍODO:		
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
60h	2.2.0	
EMENTA:		
Familiarização do licenciando com o mundo da surdez. O sujeito surdo em um mundo ouvinte. Apresentação e desenvolvimento da língua brasileira de sinais. Libras como língua legítima da comunidade surda e os sinais como alternativa natural para a expressão lingüística. A língua portuguesa como uma segunda língua.		
BIBLIOGRAFIA BÁSICA:		
AHLGREEN, I. & HYLSTENSTAM, K. (eds). Bilingualism in deaf education. Hamburg: signum-verl., 1994.		
Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade, (1944: Salamanca). Declaração de Salamanca, e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. 2. ed. Brasília: CORDE., 1997.		
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:		
QUADROS, R.M. Aquisição de L1 e L2: o contexto da pessoa surda. Anais do		

Seminário Desafios e Possibilidades na Educação Bilíngue para Surdos. Rio de Janeiro: INES, 1997.
 SKLIAR, C. (org.). **A surdez**: um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Editora Mediação, 1998.

RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS, GÊNERO E DIVERSIDADE			CÓDIGO
PERÍODO:			
CH 60h	CRÉDITOS 2.2.0	PRÉ-REQUISITOS: Não tem	
<p>EMENTA: Educação e Diversidade Cultural. O racismo, o preconceito e a discriminação racial e suas manifestações no currículo da escola. As diretrizes curriculares para a educação das relações étnico-raciais. Diferenças de gênero e Diversidade na sala de aula.</p>			
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA: ABRAMOVAY, Miriam; GARCIA, Mary Castro (Coord.). Relações raciais na escola: reprodução de desigualdades em nome da igualdade. Brasília-DF: UNESCO; INEP; Observatório de Violências nas Escolas, 2006. 370 p. APPLE, Michael W. Ideologia e currículo. São Paulo: Brasiliense, 1982. BANKS, James A. Multicultural Education characteristics and goals. In: BANKS, James A.; BANKS, Cherry A. McGee. Multicultural Education: issues and perspectives. Third ed. Boston: Allyn & Bacon, 1997. p. 03-31. BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília-DF: Ministério da Educação e do Desporto (MEC), 1996. _____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: pluralidade cultural, orientação sexual. Brasília-DF, 1997. _____. Ministério da Justiça. Relatório do Comitê Nacional para preparação da participação brasileira na III Conferência Mundial das Nações Unidas contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata. Durban, 31 ago./7 set. 2001. _____. Lei n.º 10.639 de 9 de janeiro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, 10 jan. 2003. _____. Ministério da Educação. SEPIR. INEP. Diretrizes Curriculares para a educação das relações étnico-raciais e para o ensino de História e Cultura afro-brasileira e africana. Brasília-DF, 2004. _____. Ministério da Educação / Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade Ministério da Educação. Orientações e Ações para a Educação das Relações Étnico-Raciais. Brasília: SECAD, 2006. _____. Lei n.º 11.645/2008 de 10 de março de 2008. Diário Oficial da União, Brasília, 11 mar. 2008. ROCHA, Rosa Margarida de Carvalho; TRINDADE, Azoilda Loretto da (Orgs.). Ensino Fundamental. Orientações e Ações para a Educação das Relações Étnico-Raciais. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2006.</p>			
<p>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR: AQUINO, J. G. (Org.). Diferenças e preconceitos na escola: alternativas teóricas e práticas. 2. ed. São Paulo: Summus. 1998.</p>			

BHABHA, H. **O local da cultura**. Trad.: Ávila, Myriam e outros. Belo Horizonte: Editora da UFMG. 2001.

GOMES, N. L.; SILVA, P. B. G. e (Organizadoras). **Experiências étnico-culturais para a formação de professores**. Belo Horizonte: Autêntica. 2002.

MEYER, D. E. Alguns são mais iguais que os outros: Etnia, raça e nação em ação no currículo escolar. In: **A escola cidadã no contexto da globalização**. 4. ed. Organizador: Silva, Luiz Heron da. São Paulo: Vozes. 2000.

PERRRENOUD, P. A. **Pedagogia na escola das diferenças**: fragmentos de uma sociologia do fracasso. 2. ed. Trad.: Schilling, Cláudia. Porto Alegre: Artmed. 2001.

SANTOS, Isabel Aparecida dos Santos. "A responsabilidade da escola na eliminação do preconceito racial". In: CAVALLEIRO, E. (org.). **Racismo e anti-racismo**. Repensando nossa escola. São Paulo: Selo Negro, 2001. pp.97-114.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO			CÓDIGO
PERÍODO:			
CH 60 h	CRÉDITOS 3.1.0	PRÉ-REQUISITOS: Não tem	
<p>EMENTA:</p> <p>Cenários e desafios envolvendo as tecnologias da informação e comunicação (TICs) na atualidade. Aplicabilidade das TICs na área médica em todos os seus aspectos.</p>			
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</p> <p>VELOSO, R. Tecnologias da informação e comunicação. SP:Saraiva, 2012.</p> <p>LATHI, B. P. Sistemas de Comunicações Analógicos e Digitais Modernos – 4. ed. 2012.</p> <p>AKABANE, G. K. Gestão Estratégica da Tecnologia da Informação - Conceitos, Metodologias, Planejamento E Avaliações - 2012</p> <p>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</p> <p>LE MOS, André. Cibercultura: tecnologia e vida social na cultura contemporânea. Porto Alegre: Sulina, 2010.</p> <p>FERNANDES, R.N. L. Professores e computadores : navegar e preciso. Porto Alegre: Mediação, 2004.</p> <p>LEVY, P. As Tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática. Rio de Janeiro: Coleção Trans, 2005.</p> <p>Redes de Computadores - Uma Abordagem de Sistemas – 5. ed - 2013</p>			

MEIO AMBIENTE			CÓDIGO
PERÍODO:			
CH 60h	CRÉDITOS 2.2.0	PRÉ-REQUISITOS: Não tem	
<p>EMENTA: Dimensões da Sustentabilidade. Educação Ambiental: Metodologia e Práticas. Estudos de Caso. Consciência crítica e criativa sobre as questões ambientais. Uso racional dos recursos naturais em benefício das gerações atuais e futuras. Desenvolvimento turístico sustentável. Impactos ambientais. Monitoramento de impactos. Qualidade de vida.</p>			
<p>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</p> <p>ENCINAS, Cristiane Gantus. <i>Educação ambiental e projetos de transformação</i>.</p>			

Ribeirão Preto: Tecmedd, 2004.

ACSELRAD, H. *Ecologia direito do cidadão*: coletânea de textos. Rio de Janeiro: J.B., 1993.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia legal Direito do Meio Ambiente e Participação Popular/Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais e Renováveis Brasileiros: IBMA, 1994.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

OPAS. Guia para o manejo interno de resíduos sólidos em estabelecimento de saúde – Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997.

RÊGO, RCE, CALDART, V. ORLANDIN, SM. **Manual de gerenciamento de resíduo sólidos de serviços de saúde**. São Paulo: CLR Baleiro, 2001.

SISINNO, C L S (org.). **Resíduos sólidos, ambiente e saúde**: uma visão multidisciplinar. / Organizado por Cristina Lúcia Silveira Sisinno. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil < **Efeitos da poluição atmosférica na saúde infantil**: um estudo ecológico no Vale do Paraíba>. Rev. Brás. Saúde Mater. Infant. Out/Dez. 2004.

<A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspecto históricos, conceituais e metodológicos>. Revista Ciência & Saúde Coletiva Rio de Janeiro: 1998. e < Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho>. Revista Brasileira de Epidemiologia: 2003.

5.20 Apoio ao Discente

A política de atendimento aos discentes, executada pela UFPI, interliga um conjunto de ações nas áreas de: ensino (através da Pró-Reitoria de Ensino de Graduação – PREG: monitoria), pesquisa/iniciação científica (Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG): iniciação científica subsidiada e voluntária), extensão (Pró-Reitoria de Extensão (PREX): bolsas de extensão) e assistência estudantil propriamente dita, através da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis e Comunitários (PRAEC), que desenvolve ações afirmativas de acesso e inclusão social que buscam garantir a igualdade de oportunidades aos estudantes, através da promoção das condições básicas para sua permanência na instituição. Através da PRAEC, a UFPI oferece aos seus alunos:

Bolsa Residência Universitária - moradia e alimentação ao estudante em situação de vulnerabilidade social e econômica, proveniente do interior do Piauí ou de outros estados, garantindo a sua permanência na Instituição e conclusão do Curso no tempo regulamentar;

Bolsa de Apoio Acadêmico - benefício financeiro concedido ao estudante em dificuldade socioeconômica, tendo como contrapartida a prestação de serviços administrativos nos diversos setores desta instituição, ou em projetos de extensão e de pesquisa;

Bolsa Alimentação - acesso do estudante em situação de vulnerabilidade socioeconômica ao Restaurante Universitário, com isenção total da taxa;

Projeto Inclusão Social - integra a política de inclusão social e apoio ao estudante com deficiência, facilitando a sua permanência na instituição e melhorando, conseqüentemente, a sua qualidade de vida. Uma das atividades deste projeto é a concessão de bolsa especial destinada aos universitários que tenham disponibilidade para auxiliar e acompanhar, nas atividades acadêmicas, os colegas com deficiência (visual, auditiva e outras).

Atendimento Odontológico - benefício gratuito para toda a comunidade universitária, com atendimento clínico na área de diagnóstico (clínico e radiológico), restauração, prevenção e profilaxia, na Clínica Odontológica da PRAEC, no *Campus* sede;

Atendimento Psicossocial e Pedagógico - com a finalidade de apoiar o estudante e o servidor, contribuindo para a superação de dificuldades sociais, psicológicas e pedagógicas;

Auxílio ao Estudante Estrangeiro - através de atendimento psicossocial, pedagógico, odontológico e bolsa-alimentação.

No dia a dia de cada curso, o corpo discente recebe apoio permanente da Coordenação para assuntos da área acadêmica e também com o corpo docente do curso, que é capacitado para o esclarecimento de dúvidas relacionadas aos conteúdos de cada módulo, orientação direcionada à realização de pesquisa e de atividades extracurriculares. E conta com Biblioteca interligada ao sistema de bibliotecas da UFPI, laboratórios de informática e internet (fixa e móvel), com acesso ao portal de periódicos da CAPES.

6. CORPO DOCENTE

6.1 Atuação do Núcleo Docente Estruturante – NDE

O Núcleo Docente Estruturante - NDE - do Curso de Medicina do *Campus* de Parnaíba será implantado ao iniciar o curso em consonância com a Resolução nº 278/11 do Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão, de 15 de setembro de 2011, Os NDEs dos cursos da UFPI possuem as seguintes atribuições: I - Contribuir para a consolidação do perfil profissional do egresso do curso, em observância ao que preconizam o PPC e Diretrizes Curriculares Nacionais da área; II - Zelar pela integração curricular interdisciplinar entre diferentes atividades de ensino constantes no currículo; III – Zelar de forma permanente pelo desenvolvimento de atividades inerentes ao curso, quanto aos aspectos de sua organização didático-pedagógico atuação do corpo docente e infraestrutura adequada, de forma a auxiliar a Coordenação ou chefia de curso nos procedimentos relativos ao bom andamento dessas atividades; IV - indicar formas de incentivo ao desenvolvimento de linhas de pesquisa e extensão, oriundas de necessidades de graduação, de exigências do mercado de trabalho e afinadas com as política relativa à área de conhecimento do curso; V - Auxiliar a coordenação na busca de estratégias de cumprimento das atividades pertinentes ao estágio curricular e trabalho de conclusão de curso, quando estes forem obrigatórios para a área do curso; VI - Colaborar para a difusão, entre o alunado, da cultura avaliativa desenvolvida no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), incluindo a avaliação interna (participação no processo anual realizado pela Comissão Própria de Avaliação) e externa (Exame Nacional de Desempenho dos estudantes e processos avaliativos in loco por comissões do MEC).

De acordo com a citada Resolução, na composição do NDE: o número de docentes deve ser, no mínimo, de cinco e no máximo de oito, incluindo o Coordenador, a quem cabe a Coordenação geral do Núcleo; prioritariamente devem ser escolhidos docentes com experiência de Magistério mínima de dois anos; pelo menos 60% dos membros devem possuir titulação acadêmica obtida em programas de pós-graduação *stricto sensu*; todos os docentes deverão possuir regime de trabalho parcial ou integral, sendo, pelo menos, 20% em regime integral.

6.2 Atuação do Coordenador do Curso, sua experiência e regime de trabalho

Os coordenadores de Cursos de graduação da UFPI desenvolvem as seguintes atribuições que lhes são designadas pelo Regimento Geral (Art. 39) “I - promover as medidas necessárias à constituição do Colegiado de Curso, na forma deste Regimento Geral; II - convocar as reuniões do Colegiado de Curso e exercer sua presidência, cabendo-lhe o direito de voto, inclusive o de qualidade; III - representar o Colegiado junto aos órgãos da Universidade; IV - executar e fazer cumprir as deliberações do Colegiado; V - representar o Colegiado no Conselho Departamental; VI - cumprir as determinações dos órgãos superiores do Centro e da Universidade; VII - superintender os trabalhos da Coordenação; VIII - comunicar à Diretoria do Centro quaisquer irregularidades e solicitar medidas para corrigi-las; IX - aplicar ou propor pena disciplinar, na forma deste Regimento Geral; X - manter articulação permanente com os departamentos co-responsáveis pelo Curso; XI - propor ao Colegiado alterações do currículo do Curso a serem submetidas ao conselho Departamental e ao Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão, sucessivamente; XII - acompanhar e avaliar a execução curricular; XIII - articular-se com os Departamentos na elaboração da oferta de módulos para cada período letivo; XIV - exercer a coordenação da matrícula no âmbito do Curso, em articulação com o órgão central de controle acadêmico; XV - encaminhar à Diretoria do Centro as resoluções do Colegiado que dependam de aprovação superior; XVI - enviar, ao fim de cada período letivo, à Diretoria do Centro relatório sobre as atividades da Coordenação e do Colegiado; XVII - exercer outras atribuições que lhe sejam cometidas por este Regimento Geral e em normas complementares do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão, dentre elas, presidir também o NDE.

A atuação do atual coordenador do Curso Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa, nomeado por Ato da Reitoria da UFPI, se reflete em sua experiência em educação superior. No centro de Ciências da Saúde do *Campus* de Teresina, onde é originalmente lotado, em regime de dedicação exclusiva, já desenvolveu as seguintes atribuições:

- Coordenação da implantação do Mestrado em Saúde Coletiva atualmente denominado Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde;
- Coordenador de Planos, Projetos e Programas da Pró-Reitoria de Planejamento da UFPI;
- Professor e Orientador dos Programas de Pós-Graduação em Ciências e Saúde e em Enfermagem da UFPI;
- Coordenador do Internato em Saúde Coletiva do Curso de Medicina;
- Chefe do Departamento de Medicina Comunitária;
- Professor das Disciplinas de Graduação Iniciação as Práticas de Saúde para Medicina e Saúde Coletiva I para Nutrição;
- Coordenador do Projeto Ensino na Saúde com o apoio da CAPES.

Sua produção científica resumida é:

Artigos completos publicados em periódico	51
Artigos aceitos para publicação	1
Livros publicados	2
Capítulos de livros publicados	16
Trabalhos publicados em anais de eventos	53
Apresentações de trabalhos (Comunicação)	1
Apresentações de trabalhos (Conferência ou palestra)	8
Apresentações de trabalhos (Seminário)	4
Prefácios(Outra)	1
Demais produções bibliográficas	3

6.3 Docentes do Curso

Considerando que são os docentes que, em última instância, tornam concreto o projeto educativo da instituição e também do curso, o perfil docente almejado necessita ser explicitado de forma que os objetivos do curso e o perfil do egresso possam ser concretizados por ações, concepções, posturas e escolhas de ordem técnica, pedagógica, política e ética.

O corpo docente, a Coordenação do Curso, a Direção do *Campus* de Parnaíba e a Pró-Reitoria de Ensino de Graduação são igualmente responsáveis pela formação profissional dos egressos do curso, na medida em que compartilham posturas, concepções e objetivos educativos, atuando em um processo único no qual a formação profissional e cidadã constituem a ação impulsionadora do processo. Daí decorre a definição de um perfil pedagógico desejável para o corpo docente do Curso de Medicina, a ser contratado após a aprovação final do Projeto e liberação dos códigos de vagas pelo MEC:

- * Comprometimento ético com a profissão e com a docência.
- * Disponibilidade para desenvolver trabalhos em equipes, preferencialmente em equipes multidisciplinares, compreendendo as relações entre as áreas de saber do curso e de áreas afins.
- * Domínio teórico e técnico da área com a qual vai atuar no curso.
- * Ampla e crítica compreensão dos métodos que produziram o conhecimento que é objeto de sua área de atuação, de modo a introduzir o estudante nos fundamentos e métodos que produziram e produzem a ciência.
- * Em se tratando de docentes das áreas profissionalizantes do curso, além da formação acadêmica necessária, é valorizada a vinculação com o mercado de trabalho. Estar preparado para trabalhar o conhecimento científico com os estudantes em formação e influenciá-los positivamente pela cultura, ética e cidadania, incentivando o trabalho em equipe nas experiências em projetos e atividades extraclasse. Ser ético e sentir-se responsabilizado socialmente.
- * Possuir uma visão generalista da área que possibilite o diálogo com professores de outras áreas do curso
- * Apresentar formação acadêmica necessária para o exercício da docência no ensino superior, preferencialmente em nível de mestrado ou doutorado.
- * Desenvolver no Curso não apenas atividades de ensino, mas vincular-se a programas e/ou projetos de pesquisa e extensão.
- * Disponibilidade para o aprender contínuo, pela capacitação e atualização profissionais continuadas.
- * Possuir habilidades didático-pedagógicas relacionais comunicabilidade, liderança, tolerância e apreço pela diversidade.

6.3.1 Corpo docente para os dois primeiros anos do curso

O corpo docente necessário para os dois primeiros anos do curso, que é o requerido pelas normas do INEP para a fase de autorização de cursos de graduação está sumarizado no Quadro abaixo, no qual são indicados os módulos da matriz curricular (campos de conhecimento) de origem.

Quadro 14: Docentes do Curso (Dois Primeiros Anos)

ÁREAS (MÓDULOS)		QUANTIDADE DE DOCENTES
1- Bases dos Processos Biológicos	Anatomia	01
	Histologia e Embriologia	01
	Biofísica e Fisiologia	02
	Bioquímica	01
2- Bases dos Processos de Agressão, Defesa e Proteção	Genética Médica e Biologia Molecular	01
	Farmacologia	01
	Microbiologia e Imunologia Médica	01
	Parasitologia	01
3- Bases da Prática Médica	Propedêutica	02
	Clinica Cirúrgica	01
4- Atenção Primária em Saúde	Atenção Primária em Saúde I, II, III e IV	03
5- Habilidades Médicas	Ações Integradas de Saúde	04
	Metodologia Científica e Bioestatística	01
6- Bases dos Processos Psicossociais	Antropologia Social	01
	Ética, Bioética e	01

	Filosofia	
TOTAL		22

Dessas 22 vagas de docentes necessárias para o desenvolvimento do Curso em seus dois primeiros anos, 16 (dezesesseis) foram preenchidas por meio de Concurso Público em andamento de acordo com o Edital nº 17/2013-UFPI de 18 de dezembro de 2013, 01 vaga do concurso não foi preenchida, 03 docentes foram removidos de outros campi da UFPI, 01 foi transferido da Universidade de Brasília e 01 aprovado em concurso público anterior realizado para o *Campus* de Parnaíba.

7. INFRAESTRUTURA

7. 1 Estrutura física já existente no *Campus* de Parnaíba

7.1.1 Salas de aula

O *Campus* de Parnaíba conta, atualmente, com 25 salas de aula, com área de 70 m² cada uma, com capacidade para 60 alunos. As salas são climatizadas e possuem quadros de acrílico, portas contendo visor de vidro, mesa de apoio e lixeira. Atendem aos requisitos de conservação, limpeza, iluminação e acústica.

7.1.2 Gabinetes de trabalho para docentes

O *Campus* de Parnaíba possui, atualmente, 40 (quarenta) salas de trabalho (gabinetes) climatizadas para uso docente, cada uma com área de 12 m². Estas salas possuem ponto de acesso à internet com e sem fio, mesas, cadeiras e armários individuais. Nestas, há disponibilidade de computadores, adquiridos com recursos da própria instituição, para uso dos professores.

7.1.3 Laboratórios e Clínicas-Escolas

Existem, atualmente, 16 (dezesesseis) laboratórios para a realização de atividades didáticas, de pesquisa ou extensão no *Campus* de Parnaíba. São eles: Laboratórios de Anatomia, Microscopia, Limnologia, Zoologia, Botânica, Ecologia, Tecnologia do Pescado, Ciências Fisiológicas, Histologia, Bioquímica (Biotec),

Genética e Biologia Molecular, Microbiologia, Parasitologia e Urinálise, Células e Moléculas, todos climatizados e equipados de forma a atender às necessidades.

Breve descrição destes Laboratórios:

Laboratório de Microscopia: equipado com bancadas de granito, quadro branco de acrílico, torneiras e pias de apoio, vinte microscópios ópticos.

Laboratório de Anatomia: espaço para aula teórica (50 alunos), recinto para dissecação; há peças anatômicas sintéticas e um tanque para cadáveres (que serão adquiridos futuramente).

Laboratório de Ciências Fisiológicas: equipado com sala de preparação de material prático, bancadas de granito, quadro branco de acrílico, torneiras e pias de apoio, balanças antropométricas, boneco para treinamento de RCP, adipômetros, martelos para verificação de reflexos e glicosímetros.

Laboratório de Histologia: apto para realização de análises histológicas e hematológicas, bancadas de granito, quadro branco de acrílico, torneiras e pias de apoio, três braços para treinamento de punção venosa, cinco braçadeiras para punção venosa, analisador hematológico de 18 parâmetros, centrífuga de microematócrito, suportes para pipeta de Westergreen, vortex, agitador magnético, estufa, balança analítica, centrífuga, doze microscópios.

Laboratório de Genética e Biologia Molecular: equipado com sala de preparação de material prático, bancadas de granito, quadro branco de acrílico, torneiras e pias de apoio, vortex, estufa, autoclave, uma balança analítica, um deionizador, um fluxo laminar horizontal, duas centrífugas, duas fontes para eletroforese, duas cubas horizontais e duas verticais para eletroforese, pipetas automáticas, um sistema de fotodocumentação, um espectrofotômetro, duas máquinas de PCR.

Laboratório de Microbiologia: apto para realização de análises microbiológicas. Contém: refrigerador, freezer, balança analítica, centrífuga, estufa, contador de colônias, fluxo laminar, agitador de kline, microscópio, um agitador magnético, um vortex, banho-maria, bureta, pH metro, vortex, chapa aquecedora, deionizador, vidrarias e reagentes necessários para determinação analíticas. O laboratório possui sistema de climatização.

Laboratório de Parasitologia e Urinálise: apto para realização de análises parasitológicas e bioquímicas é equipado com sala de preparação de material prático, bancadas de granito, torneiras e pias de apoio, um agitador magnético,

uma estufa, doze microscópicos, quatro estereoscópios, uma balança analítica, um espectrofotômetro, uma centrífuga.

Sala de Esterilização: equipada com uma capela de exaustão de gases, torneiras e pias de apoio, um destilador, duas estufas de secagem e duas autoclaves.

Existem também espaços específicos para as práticas de Fisioterapia, sendo dois laboratórios, a Clínica Escola e a Piscina Terapêutica. Os dois laboratórios especializados de Fisioterapia contêm macas, aparelhos de fisioterapia e eletroterapia.

A Clínica Escola de Fisioterapia está equipada com aparelhos de eletroterapia, macas e mesas de diagnóstico, tabladros e colchonetes. Conta ainda com duas barras paralelas para o treinamento de marcha, uma escada em “L” para treinamento, duas escadas de Ling (espaldar), além de diversos equipamentos para treino de propriocepção como pranchas e camas elásticas.

O *Campus* dispõe também de uma Clínica-Escola de Psicologia equipada com uma sala para psicodiagnóstico, 4 salas de atendimento individual, 1 sala de atendimento à família, 3 salas de atendimento infantil, 3 salas de supervisão, 1 sala de atendimento de grupo, laboratório de informática, salas de observação, sala de estagiários e depósito e testoteca, além das áreas administrativas: coordenação, recepção e secretaria. As atividades desta Clínica serão desenvolvidas através de projetos – norteados pelas linhas de pesquisa do curso, executados por professores da UFPI, tendo como finalidade primordial o ensino e como finalidade secundária a prestação de serviços à comunidade.

As atividades internas da área de psicologia são concretizadas no atendimento a pacientes, envolvendo estudo e acompanhamento de casos e planejamento operacionais. As atividades externas são desenvolvidas em forma de atendimento, estudo, acompanhamento de casos e assessorias, em escolas, empresas, hospitais, fórum, presídios, delegacias e instituições filantrópicas de atendimentos a população de maior risco social. Estão em fase de implantação os serviços de atendimento clínico (triagem, ludoterapia, psicoterapia individual ou em grupo, psicodiagnóstico, psicomotricidade, avaliação e acompanhamento dos processos de ensino-aprendizagem e terapia familiar); orientação vocacional/profissional; consultorias, assessorias e treinamentos.

A Clínica-Escola de Psicologia oferece suporte às atividades específicas de Estágios, sendo também utilizada para a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

7.1.4 Laboratórios de Informática

Atualmente o *Campus* de Paranaíba dispõe dos Laboratórios de Informática (I, II, e III), os quais atendem a todos os cursos de graduação do *Campus*.

7.1.5 Dependências administrativas

O *Campus* Universitário de Paranaíba possui instalações administrativas pertinentes à ministração dos seus onze cursos de graduação.

7.1.6 Auditórios

No *Campus* de Paranaíba existe, atualmente, um auditório de 120 lugares e dois miniauditórios.

7.1.7 Bibliotecas

A UFPI possui um sistema de Bibliotecas gerenciado pela Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco (BCCB), sediada em Teresina, a qual é um órgão subordinado a Reitoria, que coordena, atualmente, outras 09 (nove) Bibliotecas Setoriais do Sistema de Bibliotecas da UFPI (SIBi/UFPI). Foi instituída pela Resolução nº. 26/93 do Conselho Universitário (CONSUN). Sua área total é de 4.194,81 m², e possui um acervo composto por aproximadamente 50.0000 títulos e 120.000 exemplares. É equipada com ferramenta de automação que estabelece rotinas de acesso a banco de dados via internet, através de terminais existentes em sua estrutura. Também, oferece pesquisa *on-line*, por título, autor e assunto, ao catálogo do seu acervo bibliográfico através da Internet e terminais *in loco*. As Tabelas utilizadas são: CDD - Classificação Decimal de Dewey; Catalogação de Recursos Bibliográficos AACR2R; Catalogação Simplificada; e Cutter.

A totalização do acervo de livros, multimeios e teses/dissertações das bibliotecas da UFPI, incluindo a biblioteca Setorial Prof. Cândido Athayde, sediada no *Campus* de Paraíba, é visualizada no Quadro 7

Quadro 15 - Acervo das bibliotecas da UFPI

ACERVO DAS BIBLIOTECAS DA UFPI 2012				
UNIDADE	LIVROS		MULTIMEIOS	TESES E DISSERTAÇÕES
	TÍTULOS	EXEMPLARES		
BCCB	468	934	15	48
CCS	22	35	--	12
CCN	116	501	--	13
CCA	49	101	--	16
PARNAÍBA	227	702	76	80
PICOS	544	2.497	--	--
FLORIANO	630	2.151	27	--
BOM JESUS	133	580	--	8
TOTAL GERAL	2.189	7.501	118	177

Fonte: BCCB/Relatório de Gestão, 2012.

7.1.8 Biotérios

Os protocolos dos experimentos a serem desenvolvidos no Curso, prevendo procedimentos, equipamentos, instrumentos, materiais e utilidades, serão devidamente aprovados pela comissão de ética da Instituição. Serão explicitados e desenvolvidos de maneira adequada para orientação das atividades práticas desenvolvidas nos diferentes ambientes de formação, garantindo o respeito das normas internacionalmente aceitas (códigos de Nüremberg e Helsinki).

7.1.9 Comitê de Ética em Pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI fica sediado no *Campus* de Teresina, mas atende a todos os Campi. Foi criado em 01/10/1997, com a denominação de Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí,

como órgão especializado, vinculado à Pró - Reitoria de Pesquisa e Pós - Graduação da UFPI, em cumprimento à Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. É regido por um Regimento interno, aprovado, inicialmente, em reunião do Conselho de Ensino, Pesquisa e com base na Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O CEP-UFPI tem por objetivo pronunciar-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados em seres humanos na UFPI, visando criar uma política concreta sobre as investigações propostas, nas diversas áreas do conhecimento. Suas principais atribuições são:

- revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

- emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos analisados e a data de revisão que culminará com o enquadramento do protocolo em uma das seguintes categorias:

- aprovado

- aprovado com pendência: quando o Comitê considerar o protocolo como aceitável, porém identificar determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos. Nesses casos deverá recomendar uma revisão específica ou solicitar modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida no prazo máximo de 60 dias pelos pesquisadores.

- retirado: quando, transcorrido o prazo determinado, o protocolo permanecer pendente;

- não aprovado

- aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em pesquisa – CONEP/MS, nos casos previstos no capítulo VIII, item 4, c, da Resolução n.º 196/96;

- manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

- acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios;
- desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
- receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento. Considera-se como eticamente incorreta a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou;
- requerer instauração de sindicância à direção da Instituição em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, em havendo comprovação, comunicar à comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/MS e outras instâncias;
- manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS;
- encaminhar trimestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e, imediatamente, aqueles suspensos, sempre com cópia à PRPPG;
- zelar pela correta aplicação deste Regimento e demais dispositivos legais pertinentes a pesquisa em seres humanos, na Universidade.

O CEP-UFPI é constituído por 09 (nove) membros efetivos com atividades acadêmicas que contemplem, no mínimo, as áreas do conhecimento: Ciência da Saúde, Ciências Biológicas, Ciências Exatas e da Terra, Ciências Humanas, Ciências Jurídicas e um representante dos usuários da Instituição indicado pelo Comitê. Seus membros efetivos são indicados pelos Diretores de Unidades Acadêmicas, após terem sido eleitos pelos seus pares, para mandato de 3 (três) anos, renovável. Reúne-se, ordinariamente, uma vez por mês e extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do seu Coordenador, sendo suas decisões tomadas por maioria de votos. Em processos considerados excepcionais, a critério do Coordenador, o CEP-UFPI decidirá pelo voto da maioria absoluta (metade mais um de todos os seus integrantes), circunstância que deverá constar, previamente, da agenda convocatória da respectiva sessão.

O CEP-UFPI terá sempre caráter multiprofissional e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos. Poderá, ainda, contar com consultores “ad hoc”, pessoas pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

7.1.10 Espaços de convivência

O *Campus* Universitário de Parnaíba possui diversos espaços de convivência para seus docentes e discentes, considerando-se ambientes climatizados e ao ar livre.

7.2 Referência e contrarreferência

O sistema de referência e contrarreferência a ser adotado para o Curso, assegurará a integralidade da atenção e a resolubilidade dos problemas existentes, permitindo, assim, que o aluno participe, também adequadamente, do atendimento ambulatorial e no acompanhamento do doente que seja referido ao hospital secundário e ao de alta complexidade.

Desta forma conta-se no primeiro nível de atenção com os territórios da Estratégia Saúde Família onde são desenvolvidas as atividades de educação em saúde, promoção da saúde, participação social e pesquisas de base comunitária.

Nas Unidades Básicas de Saúde, portas de entrada no sistema, são desenvolvidos processos de acolhimento e aconselhamento, além do atendimento básico e encaminhamento para unidades mais complexas ou para vinculação a programas de Saúde existente.

Em alguns municípios da região existem como referência intermediária os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) com capacidade para a realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e internações breves para observação e realização de partos. No nível secundário de atenção, predomina o setor privado conveniado, representando ambulatórios de especialidades e clínicas de internação, nos quais existe a possibilidade de desenvolvimento de Programas de Residência Médica como suporte ao Curso.

As atividades hospitalares são resolvidas nas unidades hospitalares da região (Hospital Regional Dirceu Arcoverde, Santa Casa de Misericórdia, e Hospitais Privados Conveniados) onde os alunos desenvolverão as atividades de Internato dando suporte também aos HPPS situados nos municípios da região.

7.3 Estrutura física a ser construída

Para a implantação do Curso de Medicina em Parnaíba, a partir do segundo semestre de 2014, serão realizadas as seguintes obras, que importam num investimento de quatorze milhões, oitocentos e setenta e quatro mil, trezentos e trinta reais e cinquenta e dois centavos (R\$ 14.874.330, 52):

Reforma e ampliação do Posto de Saúde da Avenida Capitão Claro, doado pela Prefeitura Municipal para o Curso (Investimento: R\$ 745.782, 80);

Edificação do Prédio da Faculdade de Medicina, com 05 pavimentos, composto por instalações administrativas, salas de aula, laboratórios, auditórios, almoxarifado, banheiros, cantinas, rampas de acesso, escadas, elevadores, sistema de ventilação, climatização e câmaras frias, gerador, sistemas de som, jardins, infraestrutura e paisagismo (Investimento: R\$ 13.979.585, 30);

Viveiro de espécimes (laboratórios, viveiros, vestiários, arsenais, áreas de circulação normal e de desinfecção e limpeza (Investimento: R\$ 148.962,43);
As especificações das obras estão detalhadas nos Anexos (fls 205 a 215).

7.4 Cenários de Prática do curso

Na perspectiva de atingir os objetivos de uma formação generalista, humanista que responda às necessidades contemporâneas da população e do mercado de trabalho médico os cenários de prática serão diversificados, abrangendo os serviços de saúde organizados em redes de complexidade crescente.

7.4.1 A Rede de Atenção à Saúde no Território da Planície Litorânea

O território Planície Litorânea, cujo principal município é Parnaíba, é constituído por 11 outros municípios e dispõe de uma rede de estabelecimentos de saúde conforme o Quadro 15.

Quadro 16 - Estabelecimentos de saúde dos municípios do TD da Planície Litorânea, julho 2012.

ESTABELECEMENTOS	TOTAL
Central de Regulação de S. Saúde	1
Centro de Atenção Hemoterápica/ Hematológica	0
Centro de Atenção Psicossocial	3
Centro de Apoio a Saúde da Família	0
Centro de Parto Normal	0
Centro de Saúde/U Básica de Saúde	0
Clinica Especializada/AmbEspec	25
Consultório Isolado	33
Cooperativa	1
Farmácia Medic Excepcional/FP	0
Hospital Dia	2
Hospital Especializado	0
Hospital Geral	10
LACEN (Central de Saúde Pública)-	0
Policlínica	2
Posto de Saúde	28
Pronto Socorro Especializado	0
Pronto Socorro Geral	1
Secretaria de Saúde	0
Unid Mista atend 24h:	1
Unidade de Saúde Indígena	0
Unid de Ser de Apoio Diag e Terap	25
Unidade de Vigilância em Saúde	14
Unidade Móvel Fluvial	0
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	0
Unidade Móvel Terrestre	0
Tipo de estabelecimento não informado	0
Total	

Fonte: www.datasus.saude.gov.br, atualização maio/2010 acessado em 07/09/2012.

A maioria dos estabelecimentos de saúde encontra-se localizado em Parnaíba que concentra 23 clínicas/ambulatórios especializados, 33 consultórios isolados, 2 hospitais dia, 7 hospitais gerais, 2 policlínicas, 1 pronto socorro geral e 23 unidades de serviços de apoio de diagnose e terapia.

A maioria dos municípios disponibiliza serviços de atenção básica por meio das Unidades Básicas de Saúde compondo uma rede de atenção primária que se articula com os hospitais gerais de municípios como Luís Correia, Buriti

dos Lopes e Cocal, além dos hospitais gerais de Parnaíba, que são referência para ações mais complexas.

Quadro 17 – Número de Unidades Básicas De Saúde (UBS) por Município do Território da Planície Litorânea

MUNICÍPIOS	UBS
Cajueiro da Praia	3
Ilha Grande	6
Luís Correia	12
Parnaíba	31
Bom Princípio do Piauí	2
Buriti dos Lopes	11
Caraúbas do Piauí	3
Caxingó	4
Cocal	8
Cocal dos Alves	2
Murici dos Portelas	3
Total	85

Fonte: MS/DAB/PMAQ

Esta rede de atenção básica ainda encontra-se articulada no nível local a programas de outros setores que se integram nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e que acontecem em espaços como escolas, parques, academias de saúde e comunidades.

7.4.2 Rede de Média e Alta Complexidade

Seguindo a lógica do sistema de saúde brasileiro em que o setor privado atua como complementar é na rede de média e alta complexidade que este setor mais se expressa. Para o TD Planície Litorânea a rede de assistência de média e alta complexidade é constituída por 25 clínicas/ambulatórios especializados, 33 consultórios isolados, 10 hospitais gerais e 25 unidades de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Dessas unidades o setor privado gerencia 22 clínicas/ambulatórios especializados, 33 consultórios isolados e 2 hospitais gerais e 100% dos serviços de diagnose e terapia. Os outros estabelecimentos hospitalares são 2 filantrópicos, sendo 01 deles a Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, e 5 públicos sendo 1 destes de administração estadual e referência regional de alta complexidade, o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde.

7.4.3 A Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba

A Santa Casa de Misericórdia foi fundada em Parnaíba no dia 26 de abril de 1896, motivada, à época, por um surto de uma gripe chamada bubônica ou gripe espanhola que se espalhava por toda a região, disseminada em decorrência do grande número de escravos que chegavam em Parnaíba após sua libertação.

Funciona em prédio histórico localizado no centro da cidade, com amplas instalações físicas e privilegiada localização. Desde sua fundação representou durante muitos anos a única possibilidade de internação hospitalar mantida pela sociedade parnaibana, caracterizada como instituição de caridade.

Acompanhou o processo de declínio das santas casas de misericórdia e atualmente caracteriza-se como entidade filantrópica não lucrativa, cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o número 2365154, cuja oferta de leitos por especialidades encontra-se descrita no Quadro 17.

Quadro 18- Leitos disponíveis na Santa Casa de Misericórdia.de Parnaíba

ESPECIALIDADES	LEITOS	
	EXISTENTES	LEITOS SUS
ESPECIALIDADES CIRURGICAS		
CIRURGIA GERAL	25	23
GASTROENTEROLOGIA	10	8
GINECOLOGIA	10	8
NEFROLOGIAUROLOGIA	5	4
OFTALMOLOGIA	5	4
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	12	10
OTORRINOLARINGOLOGIA	8	5
TOTAL	75	62
ESPECIALIDADES CLÍNICAS	-	-
CARDIOLOGIA	15	15
CLINICA GERAL	35	32
GERIATRIA	5	5
TOTAL	55	52
COMPLEMENTAR	-	-
UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
OBSTÉTRICO	-	-
OBSTETRICIA CIRURGICA	23	20
OBSTETRICIA CLINICA	28	24
TOTAL	51	44
PEDIÁTRICO		
PEDIATRIA CLINICA	20	18
TOTAL	20	18
OUTRAS ESPECIALIDADES	-	-
34-CRONICOS	5	5
47-PSIQUIATRIA	18	18

TOTAL	23	23
TOTAL MENOS COMPLEMENTAR	224	199

Fonte: Datasus.gov.br, capturado em 12/09/2012.

7.4.4 Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA)

O Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA) foi inaugurado em maio de 1991, funcionando por meio de convênio entre a Fundação SESP (hoje FUNASA) e a Secretaria Municipal de Saúde de Parnaíba, visando desenvolver o processo de descentralização da saúde no Estado do Piauí. Após intervenção do Governo do Estado em 2003, o hospital passou por uma transição de órgão municipal para estadual, o que foi decisivo para a reestruturação dos serviços oferecidos à população, tendo sido doados ao hospital o prédio e os equipamentos para implantar e implementar serviço de UTI com 11 Leitos, reestruturação das áreas de internação, reforma do setor de nutrição e dietética, implantação de brinquedoteca hospitalar, reforma e ampliação do ambulatório obstétrico e aparelho de tomografia.

Após convênio celebrado, a Fundação Raul Furtado Bacellar (organização não governamental), foi escolhida para receber os bens doados e repassá-los para o governo do estado (SESAPI), que os encaminhou para o hospital.

Mediante sucessivas reformas administrativas e de gestão o hospital é atualmente uma instituição mais preparada e qualificada, tanto no que se refere à infraestrutura, quanto a equipamentos e recursos humanos

7.4.4.1 Organograma do HEDA

O Organograma do HEDA está apresentado na Figura11.



O HEDA caracteriza-se pelo nível de atenção hospitalar e ambulatorial, que são de alta complexidade, cuja identificação e caracterização serão descritas nos quadros abaixo:

7.4.4.2 Caracterização e Identificação institucional do HEDA

A caracterização e a identificação institucional do HEDA podem ser visualizadas nos Quadros 18 a 22.

Quadro 19- Identificação Institucional do HEDA

Nome:	CNES:	CNPJ:
HOSP DIRCEU ARCOVERDE	8015899	06553564015593
Razão Social:	CPF:	Personalidade:
HOSP DIRCEU ARCOVERDE	--	JURÍDICA
Logradouro:	Número:	Telefone:
RUA RODRIGO COIMBRA	1650	(86)3231711
Complemento: Bairro: CEP:	Município:	UF:
RODOVIÁRIA	64216470 PARNAIBA - IBGE - 220770	PI
Tipo Unidade: Sub Tipo Unidade:	Esfera Administrativa:	Gestão:
HOSPITAL GERAL	ESTADUAL	ESTADUAL
Natureza da Organização:	Dependência:	
ADMINISTRACAO DIRETA DA SAUDE (MS, SES e SMS)	MANTIDA	

Quadro 20- Caracterização atual do HEDA

Tipo de Unidade:	Esfera Administrativa	Atividade Ensino/Pesquisa:
HOSPITAL GERAL	ESTADUAL	UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO

Quadro 21 – Número de leitos do HEDA, por especialidade médica

Especialidade	Leitos
Clínica Médica	26
Pediatria	13
Obstetrícia	20
Ortopedia	17
Cirurgia Geral	22

UTI	11
Pronto Socorro	18
Unidade Terapia Semi-Intensiva Neonatal	5
Neonatologia	20
Total	152

Quadro 22- Número de consultórios do HEDA por especialidade médica

Consultórios	Quantidade
Clínico	01
Pediatria	01
Obstetrícia/Ginecologia	02
Ortopedia/Traumatologia:	01
Cirurgia Geral	01
Total	06

Quadro23 -Centro Cirúrgico e Obstétrico do HEDA

Centro Cirúrgico e Obstétrico	Quantidade/Caracterização
Centros	
Centro Cirúrgico:	03 salas de cirurgia.
Centro Obstétrico:	01 sala de parto normal
	01 sala de parto cirúrgico
	04 leitos de pré-parto
Centro de Esterilização de Material	01
Total	05 salas

7.4.5 Projetos Implantados no HEDA

Atualmente, o HEDA possui seis projetos implantados, que são: a Brinquedoteca, O Projeto Hospital Amigo da Criança, o Grupo de Trabalho de Humanização, o Projeto Parto Humanizado, o Programa de Gerenciamento de Resíduos e as ações de suporte técnico-gerencial.

7.4.5.1 Brinquedoteca

Foi instalada na pediatria do HEDA, no dia 12 de outubro de 2007. Caracteriza-se como uma área de convivência infantil na pediatria que surgiu da necessidade de adequação à Lei 11.104/2005 que dispõe sobre a "obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação." (Figura 12).



Figura 12 – Brinquedoteca do HEDA

7.4.5.2 Projeto Hospital Amigo da Criança

É um projeto certificado pelo UNICEF e pelo Ministério da Saúde às unidades hospitalares com serviço Materno-Infantil, contemplando estas instituições que implementam normas e rotinas de incentivo ao aleitamento materno, com o título de "Hospital Amigo da Criança", além de incentivos financeiros. Durante 10 meses houve treinamento teórico e prático dos 350 colaboradores do HEDA sobre os 10 passos para o incentivo do aleitamento materno.

7.4.5.3 Grupo de Trabalho de Humanização

O Humaniza SUS é um projeto do Ministério da Saúde que conta com a formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde como um processo de pactuação democrática e coletiva entre

gestores, trabalhadores e usuários e com desenvolvimento de programas e projetos comprometidos com a humanização.

7.4.5.3.1 Projeto Parto Humanizado

Este projeto foi elaborado para melhoria da assistência ao pré-parto, ao parto e ao pós-parto imediato com a individualização dos leitos, palestras e vídeos com orientações sobre o parto e amamentação, além de treinamento da equipe materno-infantil e aquisição de materiais permanentes. O projeto foi enviado e aprovado pelo Ministério da Saúde em 2006, com recebimento, em Agosto/2008, de materiais e equipamentos no valor de 50.000,00. Entre eles, destacamos: cadeiras acolchoadas com descanso para os pés, TV, DVD, mesa de parto, material didático, biombos, cadeiras, mesas, projetor de data show e macas (Figura 13)



Figura 13 –Sala de Parto Humanizado.

7.4.5.4 Programa de Gerenciamento de Resíduos

Este Programa objetiva a Implantação e implementação de um Plano de Gerenciamento de Resíduos para o HEDA, visando à melhoria da prestação de serviços da unidade para a comunidade, a diminuição dos riscos à saúde da população e corpo técnico envolvido, como também, colaborar de maneira significativa com a preservação do meio ambiente para as gerações futuras.

7.4.5.5 Projeto Mãe Adolescente

É um Projeto realizado em parceria com a Secretaria de Saúde e Serviço Social da Prefeitura Municipal de Saúde, que visa o acompanhamento de gestantes adolescentes, fornecendo as mesmas orientações sexuais, de planejamento familiar, além do desenvolvimento de atividades lúdicas e ensino de atividades profissionalizantes (Figura 14).



Figura 14 - Projeto mãe adolescente

7.4.6 Ações de suporte técnico gerencial do HEDA

O HEDA também possui o serviço de Segurança e Saúde Ocupacional, o SESMT (Serviço Especializado em Medicina do Trabalho).

De acordo com a Norma Regulamentadora nº 07, do Ministério do Trabalho, o HEDA precisa ter um Serviço Especializado em Medicina Do Trabalho-SESMT, com o objetivo de preservar a saúde de todos os funcionários e profissionais que atuam no HEDA, com a realização de exames Médicos e complementares admissionais, periódicos, retorno de férias e mudança de função; ações preventivas contra DORT (Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho) e em conjunto com a CIPA e a CCIH, monitora os acidentes de trabalho nesta instituição, com registro dos mesmos, criação de protocolo de assistência médica e psicológica ao funcionário acidentado e a fiscalização do uso de equipamentos de proteção individual (EPI).

O HEDA investe na qualificação dos seus recursos humanos cuja meta é melhorar continuamente o atendimento à população. Neste aspecto, foram promovidos no biênio 2006-2008, diversos cursos e palestras ministrados no HEDA. Entre eles, podem ser citados: o Curso de Aspiração Manual IntraUterina (AMIU), o Curso de Ventilação Mecânica, o Curso Básico de Eletrocardiograma (E.C.G), o Curso de Qualidade de Atendimento, o Curso de capacitação em higiene e limpeza, o Curso de formação da CIPA, o de Sessões Clínicas mensais geral e da UTI, Palestra sobre Parada cardiorrespiratória, Palestra sobre antibioticoterapia, Palestra sobre implicações éticas e legais no atendimento de urgência, Palestra sobre Acidente Vascular Cerebral e a Palestra sobre declaração de óbito.

A partir da implantação oficial do curso de Medicina em Parnaíba o HEDA passará a ser administrado pela empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a exemplo do que acontece com o Hospital Universitário (HU), sediado em Teresina.

8. REQUISITOS LEGAIS

Em atendimento ao que é requerido no Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação do INEP, explicita-se que:

- 1) Os conteúdos curriculares atendem as especificadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais DCN (Parecer CNE/CES 1.133/2001 e Resolução CNE/CES 04/2001);
- 2) O Estágio curricular, em regime de internato, totaliza mais que 35% da carga horária total do curso;
- 3) Inclui o componente curricular Libras no rol do módulo optativo em atendimento às exigências do Dec. 5.626/2005 (Libras);
- 4) A Carga horária mínima e tempo mínimo de integralização obedecem ao Parecer CNE/CES 08/2007 e Resolução CNE/CES 02/2007;
- 5) Condições de acesso para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, em atendimento ao Dec. 5.296/2004, em todas as dependências, incluindo espaços de convivência, instalações administrativas, infra-estrutura de segurança

(extintor, saídas de emergência, esterilização, tratamento e armazenamento de resíduos tóxicos, etc.), instalações sanitárias.

9 REFERÊNCIAS

ALARCÃO, I. (Org.). **Escola Reflexiva e Nova Racionalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ALARCÃO, I. (Org.). **Professores Reflexivos em uma escola reflexiva**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007, 138 p.

AZEVEDO, O. O papel da Medicina e das terapias alternativa. Disponível em: <http://curaquanticaestelar.blog.com/O%20papel%20da%20Medicina%20e%20das%20Terapias%20Alternativas>. Acessado em 16 de janeiro de 2009.

BAFFA, A. M. **Internato médico: desafios da avaliação da aprendizagem em serviço**. Dissertação de Mestrado. PUC-Campinas, 1998.

BATISTA, S.H. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (ORG). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo; Ed SENAC, 2004

BRASIL. MINISTÉRIO DA Educação. Secretaria de Ensino Superior. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior**. Brasília: MEC, MS, 2009, 69 p.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. *Diário Oficial República Federativa do Brasil*, Brasília, p. 27833, 23 dez. 1996.

BRASIL. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. **Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES**. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 72, seção 1, p. 3-4, 15 jan. 2004.

BRASIL. **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: da concepção à regulamentação**. 5. ed. ampl. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2009, 328 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/Acesso> em 23.11.2012.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais** – 2003/2008 disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/visualiza.hp?id_noticia=1717 &id_pagina=1. Acesso em 20.11.2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em 22.11.2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da População 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>. Acesso em 12.10.2012.

LAMPERT J. B.; COSTA , N.M.S.C; PERIM, G.L.; ABDALLA, I.G.; AGUILAR-DA-SILVA, R.H. ; STELLA , R.C.R.Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33, Suplem. 1, p. 19-34, 2009.

LIFSHITZ, A The human, humanistic, humanistandhumanitarian in medicine" **GacMedMex** v. 133, n. 3, p 237-243, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informação em Saúde**. Caderno de Informação em Saúde. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernos map.htm>>. Acesso em 22.11.2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Organização do SUS: Regiões de Saúde, Planejamento Regional e Mapa da Saúde**. 2012. Brasília,: MS, 31 p. disponível em <http://portal.saude.ov.br/portal/Arquivos/df/organizacaoDoSUS_Regioes de saude PAIS.pdf > Acesso em 28.11.2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Organização do SUS: Regiões de Saúde, Planejamento Regional e Mapa da Saúde**. 2012. Brasília,: MS, 31 p. disponível em <http://portal.saude.ov.br/portal/Arquivos/df/organizacao_do_SUSRegioesdesaudeDAISGEP.pdf>Acesso em 30.11.2012

OLIVEIRA, T.T.P; NASCIMENTO, M. S. B; NOBREGA, M.C.O.P, NASCIMENTO, T.T. **Mental**. v.9, n.. 17, 2011, p. 523-536. Disponível em: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42023679002>, Redalyc. Acesso em 29.11.2012

PERRENOUD, P. **Formar professores em contextos sociais em mudança prática reflexiva e participação crítica**. Tradução Catanil, Denise Bárbara. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Genebra, 1999. (Mimeo).

PIMENTA, S. G. formação de professores: identidade, saberes e docência. In: PIMENTA, S. G. **Saberes pedagógicos e atividade docente**. São Paulo: Cortez, 2002.

PREARO, A.Y.; MONTI, F.M.F; BARRAGAN, E.É possível desenvolver a autorreflexão no estudante de primeiro ano que atua na comunidade? um estudo preliminar. Rev. Bras. Educ. Med. v.36 n.1, Rio de Janeiro, 2012.

PROJETO PEDAGÓGICO do Curso de Estatística. Centro de Ciências da Educação. **Coordenação do Curso de Estatística:** UFPI, 2008.

PROJETO PEDAGÓGICO do Curso de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. **Coordenação do Curso de Enfermagem:** UFPI, 2008.

RESTES, Nadja, M. H. **Educação e racionalidade:** conexões e possibilidades de uma razão comunicativa na escola. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

SCHÖN, D.. A. **Educando o profissional reflexivo:** um novo design para o ensino e a aprendizagem. Tradução Roberto Cataldo Costa. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

SINDICATO DOS TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Pesquisa.** 2012. Disponível em <http://www.sindsaude.com.br/artigos.php>. Acesso em 29.11.2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Coletânea: Estatuto da UFPI. Regimento Geral da UFPI. Regimento do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. Regimento do Conselho de Administração da UFPI. Regimento do Conselho Universitário da UFPI. Estatuto da FUFPI. Regimento do Conselho Diretor da FUFPI.** Teresina: Gráfica da UFPI, 12 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Plano de Desenvolvimento Institucional –PDI-2010-2014** Teresina: UFPI, 2010, 232 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Autoavaliação Institucional da UFPI-2010.** Teresina: UFPI, 2011, 169 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Relatório de Gestão 2012** Teresina: UFPI, 2012, 165 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Diretoria de Informação e Avaliação Institucional. **Relatório de Atividades 2009-2012,** Teresina: UFPI, 2012,136 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Relatório de Gestão da Pro-Reitoria de Extensão.** Teresina: UFPI, 2012, 79 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Relatório de Gestão da Pro-Reitoria de Ensino de Graduação.** Teresina: UFPI, 2012, 99 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Relatório de Gestão da Pro-Reitoria de Extensão.** Teresina: UFPI, 2012, 62 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Relatório de Gestão da Pro-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.** Teresina: UFPI, 2012, 78 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Relatório de Gestão da biblioteca Comunitária Carlos Castelo Branco.** Teresina: UFPI, 2012, 38 p.