



**Projeto Pedagógico do Curso de Medicina  
do Campus de Picos**



**Picos (PI)  
2015**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS**



**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 *CAMPUS* UNIVERSITÁRIO DE PICOS**

Maria Alveni Barros Vieira

## **Comissão de Elaboração do Projeto pedagógico do Curso de Medicina**

**(Ato da Reitoria nº 1273/2014)**

Ernani de Paiva Maia (Presidente)  
Professor do Curso de Medicina em Teresina

Ana Carolina Landim Pacheco  
Professora Doutora do curso de Biologia em Picos

Ana Paula Peron  
Professora Doutora do curso de Biologia em Picos

Ana Roberta Vilarouca da Silva  
Professora Doutora do curso de Enfermagem em Picos

Daniela Rosa da Silva Alves Pereira  
Pedagoga do curso Ciências da Natureza em Picos

Julianne Viana Freire de Carvalho  
Professora Mestre do curso de Nutrição em Picos

Kaise Whyara de Carvalho  
Discente do curso Nutrição em Picos

Luisa Helena de Oliveira Lima  
Professora Doutora do curso de Enfermagem em Picos

Maria Alveni Barros Vieira – Campus de Picos  
Professora Doutora do curso de Pedagogia em Picos

### **Colaboradores**

Ana Maria Menezes Neiva Eulálio Amorim  
Secretária Municipal de Saúde

Mailson Fontes de Carvalho  
Professor Mestre coordenador do curso de Enfermagem de Picos

Walquirya Maria Pimentel Lopes  
Professora Mestre do curso de Enfermagem de Picos

José Ivo Pedroza  
Professor Doutor coordenador do curso de Medicina em Parnaíba

Kelsen Dantas Eulálio  
Professor Doutor/Preceptor do Hospital Escola IDTNP

“A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento, desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo.” (Cassel, 1991).

## Identificação Geral do Curso

**Denominação do Curso:** Medicina

**Início do curso:** 1º semestre de 2016

**Área:** Ciências da Saúde

**Grau:** Bacharelado

**Modalidade:** Presencial

**Vagas Oferecidas:** 30 semestrais

**Turno de Funcionamento:** integral

**Forma de Ingresso:** SISU

**Regime de Matrícula:** semestral

**Regime Letivo:** crédito

**Período de Integralização:** mínimo – 6 anos  
máximo – 9 anos

**Carga horária:** 7.650 horas, distribuídas nas seguintes atividades acadêmicas:

<b>Atividades Acadêmicas</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Créditos</b>
<b>Módulos teórico/práticas</b>	3.720 h	248 c
<b>Atividades complementares</b>	150 h	10 c
<b>TCC</b>	60 h	4 c
<b>Optativas</b>	120 h	8c
<b>Estágio obrigatório (internato)</b>	3.600 h	240 c
<b>Total</b>	<b>7.650 h</b>	<b>510 c</b>

## Lista de fotografias, mapas, quadros, gráficos e tabelas

<b>I. Fotografias</b>	
Fotografia 01 – Blocos antigos do Campus de Picos	19
Fotografia 02 – Blocos novos do Campus de Picos	20
Fotografia 03 – Blocos novos do Campus de Picos	20
Fotografia 04 – Vista parcial da cidade de Picos	23
Fotografia 05 – Vista parcial da cidade de Picos	23
Fotografia 06 – Imagem frontal do Hospital Regional de Picos	202
Fotografia 07 – Inauguração da Policlínica de Picos	205
Fotografia 08 – Construção do Novo Hospital de Picos	206
Fotografia 09 – Propaganda oficial sobre o novo hospital de Picos	207
<b>II. Mapas</b>	
Mapa 01 – Localização da cidade de Picos no espaço geográfico do Piauí	22
Mapa 02 – Regiões e vales do território piauiense	26
Mapa 03 – Regiões e vales do território piauiense	26
<b>III. Quadros</b>	
Quadro 01 – As racionalidades pedag. do processo ensino-aprendizagem	85
Quadro 02 – Desempenho esperado nos eixos	95
Quadro 03 – Atividades complementares	113
<b>IV. Gráficos</b>	
Gráfico 01 – Eixo clínico	57
Gráfico 02 – Eixo institucional	58
Gráfico 03 – Eixo social	59
Gráfico 04 – Eixo pessoal	60
<b>V. Tabelas</b>	
Tabela 01 – Faixa etária da população residente em Picos	24
Tabela 02 – Cor declarada pela população residente em Picos	25
Tabela 03 – Municipalidades que fazem parte da regional de saúde em Picos	29
Tabela 04 – Capacidade de saúde instalada em Picos	31
Tabela 05 – Rede física prestadora de serviço ao SUS em Picos: gestão	32
Tabela 06 - Rede prestadora de serviço ao SUS em Picos: admin. e gerência;	33
Tabela 07 – Leitos disponíveis	33
Tabela 08 – Atenção básica	34
Tabela 09 – IDH Municipal e seus componentes	35
Tabela 10 – Estrutura etária da população de Picos	35
Tabela 11 – Mortalidade proporcional por capítulos da CID 10 em Picos	37
Tabela 12 – Coeficiente de mortalidade por mil habitantes	38
Tabela 13 – Total de nascimentos vivos	39
Tabela 14 – Total de óbitos de crianças menores de um ano de idade	39
Tabela 15 – Longevidade, mortalidade e fecundidade (Picos)	39
Tabela 16 – Renda, pobreza e desigualdades em Picos	39

Tabela 17 – Porcent. da renda apropriada por estrato da população de Picos	41
Tabela 18 – Ocupação da população de 18 anos ou mais de Picos	41
Tabela 19 – Indicadores de habitação em Picos	42
Tabela 20 – Distribuição de médicos registrados (CFM)	48



## Sumário

### Apresentação

### Capítulo Um - Saúde e medicina no território piauiense: paisagem histórica

1.1. A arte da cura no Piauí: curandeiros e cirurgiões	15
1.2. Formação escolar médica... Pelo bem da saúde do povo piauiense	17
1.3 Um campus, uma cidade e um vale no semiárido piauiense	18
1.4. Curso de Medicina no CSHNB: uma luta da comunidade do Vale do Rio Guaribas	26

### Capítulo Dois - Organização e gerenciamento da atenção à saúde no Território do Vale do Rio Guaribas

2.1. A regionalização da saúde	28
2.2. A Organização da atenção à saúde na municipalidade de Picos (PI)	30
2.3. Alguns indicadores de saúde em Picos	34

### Capítulo Três - Razões que justificam a implantação de um curso de Medicina na cidade de Picos (PI)

3.1. A saúde é um direito constitucional	43
3.2. Uma demanda social gritante	45
3.3. A vocação de uma municipalidade que precisa ser ampliada e qualificada	49
3.4. Expansão da educação médica na UFPI	52

### Capítulo Quatro - Identificação do Curso de Medicina do Campus de Picos (PI)

4.1. Dados gerais do curso	55
4.2. Perfil do formando egresso/profissional	56
4.3. Organização do Curso: eixos de desenvolvimento do PPC	56
4.4. Competências e habilidades	65
4.5. Habilidades específicas e níveis de desempenho esperado	71
4.6. Conteúdos curriculares	78
4.7. Pressupostos Curriculares	79
4.8. O Processo de Ensino-aprendizagem	84
4.9. O papel do aluno	91
4.10. O papel do Professor	92
4.11. Sistemática de Avaliação	93

	10
4.12. Avaliação da aprendizagem	93
4.13. Avaliação do PPC	99

### **Capítulo Cinco - Matriz curricular do Curso de Medicina no campus de Picos (PI)**

5.1. Organização da matriz curricular por período	101
5.2. Módulo integrador optativo	105
5.3. Desenho do currículo por módulos e períodos	106
5.4. Fluxograma Curricular	107
5.5. Horários da Semana Padrão	108
5.6. Estágio Obrigatório	110
5.7. Atividades Complementares	112
5.8. Trabalho de Conclusão de Curso	117
5.9. Ementário, Objetivo e Bibliografia dos Módulos do Curso de Medicina	118

### **Capítulo Seis - Acompanhamento e avaliação do processo de implantação do projeto pedagógico do curso de Medicina no Campus de Picos**

6.1. Criação da Coordenação do Curso de Medicina	191
6.2. Criação do Colegiado do Curso	192
6.3. Criação e atuação do Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso de Medicina	194
6.4. Criação e funcionamento da Coordenação de Internato	195
6.5. O perfil docente almejado	195
6.6. Corpo docente para os dois primeiros anos do curso	197
6.7. Apoio ao discente	198
6.8. Infraestrutura existente no Campus de Picos utilizada pelos cursos de saúde	200
6.9. Infraestrutura em construção para o curso de Medicina no Campus de Picos	201
6.10. Descrição do hospital que funcionará como escola-médica	202
6.11. A Policlínica de Picos	205
6.12. A construção do Hospital-Escola de Picos	206
6.13. Comitê de Ética	208
6.14. Referência e contrarreferência	211

### **Anexos**

### **Referências Bibliográficas**

## Apresentação

Desde a promulgação da Constituição Brasileira de **1988**, que um novo direcionamento foi dado à política de saúde no país. Nesse sentido, ocorreram mudanças significativas tanto no arcabouço jurídico-institucional, quanto organizacional, que resultaram na criação do **sistema único de saúde (SUS)**. Esse processo demandou uma revisão das **instituições de ensino formadoras de profissionais de saúde**, culminando com a aprovação das **Diretrizes Curriculares Nacionais** dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, pelo Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior no ano de **2001**.

Dentre os princípios estabelecidos nas diretrizes curriculares ressalta-se a defesa de uma sólida formação geral para os profissionais da área da saúde, ficando estabelecida como instrumento norteador da organização curricular das instituições de ensino no campo supracitado, as seguintes competências gerais: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; educação permanente. Quatro anos depois, no ano de **2005**, o Ministério da Saúde instituiu o **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**, esse programa teve a finalidade de apoiar técnica e financeiramente os cursos que decidissem imprimir um novo modelo de formação em saúde e assegurasse uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, com vistas a, produzir transformações na prestação de serviços à população.

No bojo das proposições feitas através do Pró-Saúde às Instituições federais de ensino superior, a **Universidade Federal do Piauí**, vai desenvolvendo políticas de ensino com fins de adotar nos cursos pertinentes à área de saúde princípios como a interdisciplinaridade e a flexibilidade curricular. Estes pensados como estratégia para formar profissionais a partir da articulação entre conhecimentos gerados e serviços prestados, ou seja, em que haja um trabalho articulado entre o Sistema de Saúde e as instituições de ensino, em que a educação permanente seja capaz de reorganizar, simultaneamente, os serviços e os processos formativos, transformando principalmente as práticas educativas e as de saúde.

Posteriormente, em 22 de outubro de 2013, é instituído o programa do governo federal denominado **Mais Médico**. Tal programa faz parte de um amplo pacto de melhoria do sistema público de saúde não somente com a importação de profissionais médicos de outros países, mas também com a reestruturação do sistema de formação de médicos, e interiorização dos cursos de medicina através das Universidades Federais do País, principalmente. Conforme dados do governo federal, embora o número de graduados em medicina tenha quase dobrado no país em

dez anos (passou de 55 mil para 108 mil), ainda existem mais postos de trabalho do que profissionais formados (são 146 mil postos de trabalho e 108 mil profissionais formados – sendo que em 2002 eram apenas 55 mil). Com base nesses dados, foi anunciada a abertura de 11.447 novas vagas para cursos de medicina em áreas estratégicas, que necessitam de mais médicos, como o Norte e o Nordeste do país.

Nesse contexto encontra-se inserido a criação de um curso de Medicina no **Campus de Picos (UFPI)**, situado **no semiárido piauiense/nordestino**, cuja proposta pedagógica apresenta-se de forma coerente com orientações internacionais, nacionais e locais para implementação de cursos de educação superior em saúde. Não obstante, esta proposta, que ora apresentamos organizada em seis (6) capítulos, estão contemplados os componentes curriculares determinados nas **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina** aprovado em 20 de junho do ano de 2014.

Outrossim, no capítulo primeiro, com título **Saúde e medicina no território piauiense: paisagem histórica**, cuidamos em reconstituir um pouco da prática da medicina no Piauí atravessando, ligeiramente, o seu período colonial, imperial e republicano. Ainda neste capítulo, apresentamos o Campus de Picos, como parte importante da Universidade Federal do Piauí no semiárido nordestino, abordamos sua instalação na década de 1980, sua expansão em 2006/2007 e o contexto da vinda do curso de Medicina. Também neste capítulo foi reservada uma parte para a descrição da cidade de Picos como polo de convergência educacional e de atendimento à saúde do extenso vale do Guaribas, atualmente composto por 42 (quarenta e duas municipalidades).

No segundo capítulo desta proposta, **Organização e gerenciamento da atenção à saúde no Território do Vale do Rio Guaribas**, encontra-se registrado o processo de regionalização da saúde como uma estratégia eficaz na formação de sistemas de cooperação entre governos federais, estaduais e municipais. Aqui destacamos a importância da cidade de Picos como Município-Sede de uma das 06 (seis) regiões de saúde do estado do Piauí por possivelmente apresentar capacidade resolutiva para as necessidades de saúde ambulatoriais de média complexidade (EPM1 e EPM2) e para os procedimentos hospitalares de nível de complexidade I, II e III, com suficiência para a sua própria população e para a população adstrita (da microrregião) que deles necessitem. Também foi minuciosamente descrita a rede de serviço do município de Picos credenciada ao Sistema Único de Saúde, com atendimento de média complexidade, além de alguns indicadores de saúde a exemplo dos indicadores de natalidade e longevidade, indicadores de mortalidade e alguns indicadores socioeconômicos.

**Razões que justificam a implantação de um curso de Medicina na cidade de Picos (PI)**, é o título do terceiro capítulo deste trabalho onde fica registrado a saúde como um direito consagrado expressamente na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; A demanda por médicos no Piauí e em Picos cuja distribuição de médicos contratados (RAIS) por 1.000 habitantes, coloca a capital do Piauí na 14ª colocação, a frente das sedes de outros estados da União; A cidade de Picos do Piauí, como uma cidade polo da macrorregião do Vale do Rio Guaribas tanto no que se refere aos serviços de comércio e educação escolar, como no que se refere aos serviços na área de atendimento médico-hospitalar; a adesão do município ao Programa Mais Médico e a expansão da educação médica na UFPI.

O capítulo quatro tem como título **Identificação do Curso de Medicina do Campus de Picos (PI)**, e traz no seu escopo os dados gerais do curso a exemplo do: objetivo principal; denominação do curso; área; grau; modalidade; vagas oferecidas; turno de funcionamento; forma de ingresso; regime de matrícula; regime letivo; período de integralização e carga horária. Traz, ainda, o perfil do formando egresso/profissional em consonância com as Diretrizes Curriculares – DCN do Curso de Medicina (2014), os eixos de desenvolvimento do PPC e as competências, para os fins da formação médica. Neste capítulo coube a explicação que o Curso de Medicina a ser implantado no Campus de Picos seguirá os pressupostos teórico-metodológicos semelhantes ao do currículo implantado no Campus de Parnaíba e que por recomendação da Pró-Reitoria de Ensino da Universidade Federal do Piauí, será respeitado, na íntegra, a proposta didático-pedagógica do Curso de Medicina já construído pela equipe de professores de Parnaíba tendo a sua frente o professor Dr. Ivo Pedroza.

No capítulo cinco - **Matriz curricular do Curso de Medicina no campus de Picos (PI)** – está devidamente apresentada a matriz curricular do Curso de Medicina a ser implantado no Campus de Picos (UFPI), organizada na forma de períodos semestrais, onde estão relacionados os módulos educacionais, cargas horárias e pré-requisitos. Há também a organização da matriz curricular por período, o módulo integrador optativo, o desenho do currículo por módulos e períodos, o fluxograma curricular, diretrizes do estágio obrigatório e das atividades complementares, assim como as normas gerais do trabalho de conclusão de curso (TCC). O capítulo é complementado com o ementário, objetivo e bibliografia dos módulos do curso.

O sexto e último capítulo, traz o conjunto de instrumentos necessários ao **Acompanhamento e avaliação do processo de implantação do projeto pedagógico do Curso de Medicina**. Desta feita, fica elencado a necessária criação do Núcleo Docente

Estruturante, responsável pelo constante aperfeiçoamento e atualização desta proposta curricular; fica também definida a criação da coordenação do curso a ser exercida por um professor efetivo do próprio curso, escolhido por seus pares; está delineado o perfil docente capaz de atender a dinâmica do curso, apontando suas ações, concepções, posturas e escolhas de ordem técnica, pedagógica, política e ética. Por fim, foi indicado, a exemplo do Campus de Parnaíba, o corpo docente necessário para os dois primeiros anos do curso em conformidade com as normas do INEP.

Finalizamos a apresentação deste trabalho lembrando que o processo de produção de uma proposta curricular reveste-se de aspectos histórico-culturais. Portanto um currículo não poderá nunca ser construído a margem do sistema sócioeconômico, do sistema educacional. Na verdade, um currículo não está imune às transformações na organização do trabalho, às mudanças na tecnologia, às exigências do seu tempo. Por essa razão, apresentamos uma primeira proposta de currículo para o curso de Medicina a ser implantado no Campus de Picos, certamente novas reformulações deverão prosseguir.

## Capítulo Um

### Saúde e medicina no território piauiense: paisagem histórica

#### 1.1. A arte da cura no Piauí: curandeiros e cirurgiões.

Na antiga área de pecuária extensiva do Nordeste brasileiro, está situado o estado do Piauí, cujo processo de formação e estruturação econômica, social e política ainda se encontra fortemente relacionado à cultura pastoril. Trata-se de um espaço geográfico ocupado pelo colonizador português a partir dos fins do século XVII dentro do regime político e administrativo das grandes propriedades em forma de sesmarias voltadas, prioritariamente, à criação de gado *vacum* e cavalares.

Indubitavelmente, a formação de um grupo social em um espaço geográfico caracterizado por um clima seco, quente, com escassez de chuvas e uma economia ancorada na pecuária extensiva iria determinar as formas de socialização entre os sujeitos, bem como a disseminação de conhecimentos sobre doenças de prevalência nessa parte do Brasil, além das formas práticas de cura. Outrossim, no Piauí dos tempos coloniais algumas crianças e jovens, filhos de brancos, nativos e escravos, aprenderam a *arte da cura* com diferentes mestres: missionários, capelães, homens letrados, mulheres prendadas, preceptores particulares, tios, pais e mães. Nesse cenário, a figura do preto forro, **Antônio José**, é significativa para que possamos reconhecer os sujeitos que exerciam tais atividades naquele sertão. Antônio era considerado pelas autoridades dirigentes um mestre na arte da cura, sendo convocado pelo governo da Capitania para ensinar meninos e meninas que habitavam nas povoações indígenas o curandeirismo que naqueles tempos significava fazer sangria, usar corretamente ervas nativas e remédios produzidos na Metrópole. (VIEIRA, 2013).

De acordo com Almeida (2010), a presença de curandeiros naqueles sertões setecentistas dava-se, possivelmente, em arremedo à escassez de médicos e cirurgiões. Afinal, naqueles tempos, só era possível tratar os males do corpo pela ação de homens práticos com poucos conhecimentos sobre doenças e curas, *mezinheiras* e *parteiras* que revestiam suas ações com elementos pertinentes ao imaginário supersticiosos, fazendo uso de ervas, sementes, cascas e raízes de árvores, excrementos de gado e simpatias. Eram, pois, práticas nativas misturadas ao conhecimento importado da Europa.

Desvinculando-se da prática da cura desenvolvida no âmbito das aldeias, sítios e fazendas, estava a medicina desenvolvida por cirurgiões em um **hospital militar** construído nos meados do século XVIII na cidade de Oeiras, sede da Capitania de São José do Piauí.

Conforme pesquisa feita por Nunes (2007), tal instituição foi administrada, inicialmente, por um cabo da Companhia dos Dragões, que contava com um soldado como enfermeiro e dois índios como serventes. Cuidavam naquele espaço, principalmente, dos militares feridos nas guerras travadas contra os gentios da terra, ou quando doentes de sezão, alguma infecção e diarreias.

Em princípios do século XIX, exercia o ofício de cirurgião na cidade de Oeiras, **Francisco José Furtado**. Segundo Almeida (1944) embora o referido cirurgião fosse membro de uma família de mediana abastança na capital da província do Piauí, teve oportunidade de estudar na Inglaterra e viajar pela Europa. No ano de 1821 seu nome encontra-se associado ao grupo favorável a emancipação política e administrativa do Brasil em relação a Portugal, momento em que foi cogitado para assumir a presidência da Junta provisória que governaria o Piauí. Francisco José Furtado faleceu no ano de 1824.

Por esse tempo, que foi o ano de 1820, o médico, botânico e antropólogo alemão Carl Friedrich Philipp von Martius e seu conterrâneo naturalista Johann Baptiste von Spix, realizam uma expedição científica pelo sertão do Piauí, ocasião em que registra aspectos variados da vida sertaneja incluindo as doenças mais comuns e as práticas de curas utilizadas. Destacam-se os relatos de Martius e Spix (1981) sobre a mordedura de cobra venenosa e a tentativa de cura com o uso de Água de Luce, composto de amônia líquida com óleo de súpino dissolvido em tintura de potassa, queimadura da ferida com pólvora e com arame em brasa. Para cuidar do paciente, mandaram chamar um curandeiro a quem foram entregues receitas e medicamentos.

Em 1822, portanto dois anos após a viagem de Martius e Spix pelo sertão piauiense, o deputado do Piauí nas Cortes Portuguesas, padre Domingos da Conceição apresentava em sessão da Assembleia o pleito de que fossem criados no Piauí dois empregos necessários para a conservação da saúde daqueles povos, prioritariamente dos militares enfermos, a saber: “Um físico-mor, que residirá na cidade de Oeiras, capital da província; outro de cirurgião-mor do Estado, que residirá na vila da Parnaíba, a 120 léguas distantes [...]” (INDICAÇÃO DO DEPUTADO PADRE DOMINGOS DA CONCEIÇÃO; 1822, p. 263).

Posteriormente, em 1832, seria criado o cargo de Cirurgião público para a cidade de Oeiras, com respectiva nomeação, por ato do Conselho do Governo da Província de 23 de agosto de 1833, do cirurgião-mor **José Luís da Silva**. Sua nomeação estava vinculada ao desempenho de suas funções não somente junto aos militares, como também no tratamento de todas as pessoas pobres que fossem recolhidas no **hospital militar** e no **hospital de caridade** a ser instalado na cidade nos próximos anos. De acordo com os apontamentos de Costa (1909;



1974), o cirurgião José Luís da Silva, desempenhou suas atividades em Oeiras até o dia 18 de outubro de 1842, data do seu falecimento.

Em passagem por Oeiras no ano de 1839, o botânico inglês George Gardner, confirma as atividades médicas exercidas pelo cirurgião-mor José Luís da Silva, que tinha sob sua responsabilidade um hospital quase inteiramente dedicado ao serviço militar. Gardner (1975, p. 125) refere-se, ainda, a presença de um segundo médico por ele descrito como “[...] um jovem brasileiro, educado na Bahia, mal instruído e de índole inamistosa, foi assassinado na rua [...]”.

Na década de 1840, exercia a medicina na cidade de Oeiras, um filho da terra, **José Sérvio Ferreira**. Formado no Rio de Janeiro em 1846, retornou a sua cidade natal em 1848 quando assumiu o cargo de médico do **hospital de caridade** e das **enfermarias militares**, além do cargo público de médico da cidade. Quando da transferência da capital do Piauí de Oeiras para Teresina, o hospital de caridade foi reduzido a uma enfermaria extinta, posteriormente, em 1861. De fato, foi conservado em Oeiras apenas o cargo de médico público do José Sérvio Ferreira que o exerceu por uma gratificação anual de 800\$000 até o ano de 1868, quando veio a falecer. (COSTA, 1909; 1974). Parece-nos correto afirmar que, doravante, as políticas de contratação de médicos públicos e construção de hospitais se voltariam para a nova Capital, assim como a criação das instituições de ensino médico, como de fato o foi.

## **1.2. Formação escolar médica... Pelo bem da saúde do povo piauiense.**

É de amplo conhecimento que, em terras piauienses, no interstício temporal que cobre o século XVIII e XIX, os médicos (físicos e cirurgiões) que ali desenvolveram suas atividades eram todos formados noutras partes do Brasil e na Europa, embora o entendimento da necessidade de cursos *formação médica escolar no Piauí* houvesse ocorrido em estreita correspondência com a criação das Escolas de Cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro (1808). Não por acaso, no cumprimento dos propósitos liberais reformistas para o qual foi eleito em 1822, o deputado do Piauí, padre Domingos da Conceição, apresentou nas Cortes Portuguesas um anteprojeto de lei abrangendo a criação dos  *cursos superiores de Medicina e Cirurgia Prática*  cujos professores contratados, um físico-mor e um cirurgião-mor, também deveriam cuidar dos militares enfermos.

Cento e quarenta e quatro (144) anos depois, em 1966, foi instituído um Grupo de Trabalho com fins de planejar a criação e o funcionamento da faculdade de Medicina do Piauí. (BRITO, 1995). Em 11 de agosto do mesmo ano, é criada uma **Faculdade de Medicina** no Piauí pelo decreto Estadual nº 694, sediada na cidade de Teresina e mantida através da Fundação

Estadual de Ensino Superior do Piauí (FESPI) nos termos da lei estadual nº 2.745 de 10 de agosto de 1966. A Faculdade teve seu funcionamento autorizado em 19 de novembro de 1966 pelo Conselho Estadual de Educação, através do parecer nº 1/66. No ano de 1968 realizou-se o primeiro vestibular com 200 (duzentos) candidatos inscritos. Foram aprovados 28 (vinte e oito) vestibulandos, sendo 22 (vinte e dois) do sexo masculino e 6 (seis) do sexo feminino.

Posteriormente, em 12 de novembro de 1968, foi criada a **Universidade Federal do Piauí (UFPI)**, pela lei federal Nº 5.528/68, a partir da junção de faculdades isoladas até então existentes no Estado, quais sejam: Faculdade de Direito do Piauí, **Faculdade de Medicina**, Faculdade Católica de Filosofia do Piauí, Faculdade de Odontologia do Piauí (em Teresina) e a Faculdade de Administração do Piauí (em Parnaíba). Em 26 de agosto de 1974, através do Decreto n.º 74.466 foi reconhecido oficialmente pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) o **Curso de Medicina** da Universidade Federal do Piauí.

Nos dias atuais, é possível constatar a existência de 5 (cinco)  **cursos de Medicina no estado do Piauí**: Curso de Medicina do Centro Universitário do Piauí-NOVAFAPI; Curso de Medicina da Faculdade Integral Diferencial (FACID); Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Piauí (UESPI); Curso de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e o Curso de Medicina do Campus Ministro Reis Veloso da UFPI em Parnaíba. Este último articulado e implantado a partir do programa do governo federal denominado de **Mais Médicos** pertinente a um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê dentre outras medidas a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil. Nesse contexto histórico deverá ser implantado o Curso de Medicina no Campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB) da UFPI na cidade de Picos.

### **1.3. Um campus, uma cidade e um vale no semiárido piauiense**

O *Campus Senador Helvídio Nunes de Barros* (CSHNB), sediado à Rua Cícero Duarte, n. 905, Bairro do Junco, em Picos (PI), foi criado no ano de **1982** com 5 (cinco) cursos de Licenciatura Curta (duração de dois anos), a saber: Ciências de 1º grau, Estudos Sociais de 1º grau, Letras de 1º grau, Pedagogia com habilitação em Supervisão e Pedagogia com habilitação em Administração. Em **1984** é autorizada a plenificação (duração de quatro anos) dos cursos de Pedagogia/Supervisão e Pedagogia/Administração, bem como a criação dos cursos de Licenciatura Plena em Letras e Licenciatura Plena em Pedagogia com habilitação em Magistério.

Todavia, a inexistência de documentação que comprovasse juridicamente a criação do Campus, a falta de espaço apropriado para as atividades acadêmicas, além do baixo índice de aprovação nos vestibulares fizeram com o mesmo fosse fechado, por unanimidade de votos no Conselho Universitário da UFPI, em 25 de junho de **1987**.

**Fotografia 1: Blocos antigos do CSHNB**



Fonte: arquivo próprio (2014).

Quatro anos depois, em 10 de junho de **1991**, é autorizada a reabertura do Campus com apenas 2 (dois) cursos de Licenciatura Plena: Letras e Pedagogia com habilitação em Magistério. Em **2006**, após a adesão da UFPI ao Programa REUNI, foram implantados mais 7 (sete) novos cursos (Administração, **Ciências Biológicas**, **Enfermagem**, História, Matemática, **Nutrição**, Sistemas de Informação) e no ano de **2013** foi instituído o curso de Ciências da Natureza- Prócampo totalizando em 10 (dez) modalidades de graduação. Convém lembrar que, data de 2006 a oficialidade da criação do Campus antes denominado Campus do Junco, doravante passou a ser chamado de Campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB).

### Fotografias 2 e 3: Blocos novos do CSHNB



Fonte: Acervo próprio (2014).



Fonte: Acervo próprio (2014).

Atualmente, no CSHNB são desenvolvidas atividades educativas e educacionais envolvendo 10 (dez) áreas do conhecimento acadêmico já supracitadas. Para tanto, conta com uma estrutura física que contempla instalações administrativas (direção, secretaria da direção, coordenação administrativa e financeira, protocolo, recursos humanos, núcleo de atendimento estudantil, divisão de assuntos educacionais, divisão de transporte e almoxarifado, divisão de limpeza, conservação e vigilância, divisão de patrimônio e espaço físico, 10 coordenações dos

curso), 30 salas de professores; 41 (quarenta e uma) salas de aula, 02 (dois) auditórios (com capacidade para 120 e 300 pessoas respectivamente), 01 (uma) residência universitária com capacidade para alojar 96 (noventa e seis) discentes, **29 (vinte e nove) laboratórios**; 01 (uma), biblioteca acadêmica de 820 metros quadrados; 01 (sala) multiuso de reunião e vídeo conferências, 01 (uma) reprografia; 01 (uma) cantina; 01 (um) pátio- área de convivência, 01 (um) Centro de Tecnologia da Informação, 32 (trinta e dois) banheiros, 01 (um) alojamento para motoristas, entre outros.

O CSHNB funciona com um corpo docente (contabilizado em julho de 2014) composto por:

- a) 124 (cento e vinte e quatro) *professores efetivos* sendo 16 (dezesesseis) especialistas (4 mestrandos), 88 (oitenta e oito) mestres (23 doutorandos) e 20 (vinte) doutores;
- b) O quadro docente é, ainda, complementado por 56 (cinquenta e seis) *professores substitutos* sendo 4 (quatro) graduados, 45 (quarenta e cinco) especialistas e 7 (sete) mestres;

Em relação ao número de *técnicos administrativos* temos um total de 42 (quarenta e dois) funcionários com as seguintes formações escolares: 2 (dois) com ensino fundamental; 9 (nove) com ensino médio (5 são graduandos); 28 (vinte e oito) especialistas; 3 (três) mestres. Compõem, ainda, o quadro de funcionários do CSHN 98 (noventa e oito) profissionais terceirizados com as seguintes atribuições: 22 (vinte e dois) vigilantes, 35 (trinta e cinco) serventes de limpeza, 15 (quinze) auxiliar de cozinha, 5 (cinco) cozinheiros, 4 (quatro) motoristas, 4 (quatro) operadores de micro, 3 (três) contínuos, 2 (dois) almoxarifes, 2 (dois, agentes de portaria, 1 (uma) copeira, 1 (um) atendente, 1 (um) eletricista, 1 (um) encarregado, 1 (um) bombeiro e 1 (um) técnico em refrigeração.

Fruto da insistência e persistência de muitos, o CSHNB, assume no atual cenário educacional, que também é político e administrativo, o explícito compromisso de propiciar aos atores sociais envolvidos direta e indiretamente com a academia o desenvolvimento de uma formação cidadã; a produção e disseminação de conhecimentos nas diversas áreas das ciências, das culturas e das tecnologias, além da promoção de uma modalidade de extensão assente na participação coletiva objetivando um intercâmbio sociopolítico econômico e cultural as organizações sociais e com os movimentos populares, mas também com o mundo do trabalho. Afinal, sendo o CSHNB-UFPI *patrimônio público* da comunidade piauiense, não poderá, nunca, se esquivar da responsabilidade social de oferecer respostas concretas a sociedade que



a rodeia, estimulando o desenvolvimento regional e a descentralização da produção do conhecimento e do saber, principalmente.

A centenária *cidade de Picos* - Resolução n. 33 de 12 de dezembro de 1890 - onde o CSHNB está localizado, situa-se na região centrosul do Piauí a 308 km de Teresina, sendo a mais desenvolvida economicamente dessa região, importando aqui ressaltar os empreendimentos solidários relacionados à cajucultura e apicultura, destacando-se a “Casa Àpis” como a primeira cooperativa apícola certificada no Brasil exportadora de produtos para os EUA e a Europa que tem a UFPI como partícipe deste processo na realização de análises de produtos destinados à comercialização e interagindo na organização e logística das cooperativas, além da parceria que prever o uso das instalações do Centro Tecnológico em Apicultura como espaço de pesquisa, extensão e estágios para os alunos regularmente matriculados nesta instituição ensino superior.

**Mapa 1: Localização da cidade de Picos no espaço geográfico do Piauí**



Fonte: Imagens search yahoo. (2014)

**Fotografia 4: Vista parcial do centro da cidade de Picos**



Fonte: Jornal de Picos.com.br. (2014).

**Fotografia 5: Vista de parte da cidade de Picos (PI)**



Fonte: Imagens search Yahoo. (2014)

O espaço no qual o Campus de Picos (UFPI) encontra-se inserido, também pode ser caracterizado pela predominância de uma ampla população flutuante proveniente não somente de outros municípios piauienses, mas de municípios pertencentes aos vizinhos estados do Ceará e Pernambuco, principalmente. Tal situação é amplamente favorecida por sua localização geográfica sendo a municipalidade transversalizada pelas rodovias BR-316 (Rodovia Transamazônica), BR 407, BR-230 ficando muito próxima da BR-020. No último censo, em 2010, sua população fixa foi estimada em 73.414 habitantes, todavia dados recolhidos no SARG SUS em 2013, referem-se a uma população de 75.481 habitantes distribuídos pela seguinte faixa etária e sexo:

**Tabela 1: Faixa etária da população residente em Picos**

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	2.683	2.686	5.369
05-09	2.922	2.879	5.801
10-14	3.421	3.339	6.760
15-19	3.532	3.571	7.103
20-29	6.952	7.489	14.441
30-39	5.768	6.511	12.279
40-49	4.595	5.379	9.974
50-59	2.921	3.401	6.322
60-69	1.821	2.329	4.150
70-79	1.007	1.258	2.265
80+	427	590	1.017
<b>Total</b>	<b>36.049</b>	<b>39.432</b>	<b>75.481</b>

Fonte: SARGSUS, 2013.

Com relação a cor declarada pela população, a maioria (51,25%) se diz parda, como é possível observar na tabela a seguir:



**Tabela 2: Cor declarada pela população residente em Picos**

População do último Censo (2010)	Qte.	%
Branca	28.279	40,65%
Preta	5.242	0,89%
Amarela	819	1,08%
Parda	38.972	51,25%
Indígena	102	0,13%
Sem declaração	0	0,0%

Fonte: IBGE, 2010.

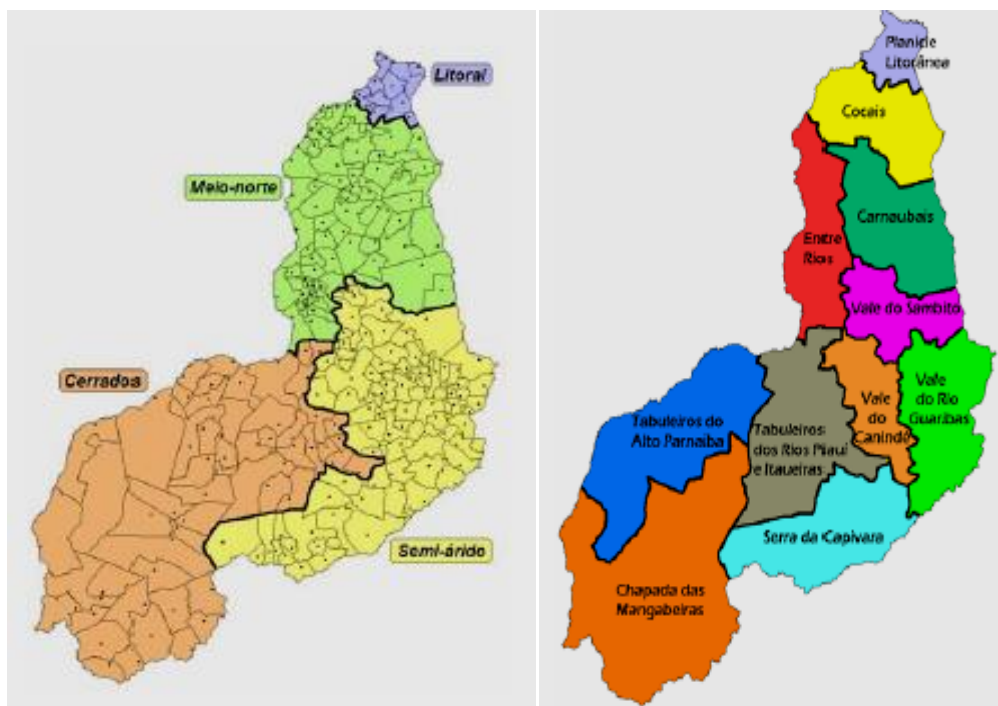
No que tange a educação escolar, há tempos a cidade de Picos destaca-se como centro de convergência educacional da macrorregião. A municipalidade de Picos é constituída de uma grande rede de ensino público, sendo 78 (setenta e oito) escolas da rede municipal e 17 (dezessete) escolas da rede estadual além de 15 (quinze) escolas pertinentes à rede particular de ensino com atendimento a todos os níveis da educação básica. Já o ensino superior conta com uma rede de instituições composta, principalmente, pela Universidade Estadual do Piauí, Faculdade R. Sá (privada), Instituto Federal de Educação, e Universidade Federal do Piauí - CSHNB.

Conforme os indicadores educacionais do governo federal (2010), 88,5% das crianças de 7 a 14 anos de idade estavam cursando o ensino fundamental, conseqüentemente, 11,5% se encontravam fora da escola. Já o percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos de idade era de 96,6%. Todavia, entre os alunos do ensino fundamental, 30,9% estão com idade superior a recomendada para os anos iniciais do ensino fundamental e nos anos finais 33,3%. Entre os que alcançam o ensino médio, a defasagem chega a 41,4%. **Entre os alunos de 18 a 24 anos, 21,14% estavam cursando o ensino superior em 2010, 4,37% em 2000 e 1,47% em 1999.**

No cenário regional a cidade de Picos se destaca, atualmente, como sede do segundo maior Território do Piauí, então denominado de *Vale do Rio Guaribas*, constituindo-se em *locus* privilegiado de desenvolvimento e de implementação de políticas públicas na

macrorregião. O Território do Vale do Rio Guaribas está localizado no sudeste do Estado, na **macrorregião do semiárido** e é constituído por 42 (quarenta e dois) municípios.

### Mapas 2 e 3: Regiões e Vales do território piauiense



Fonte: Plano Territorial de Desenvolvimento do Vale do Rio Guaribas (2006)

A contagem da população de 2.009, realizada pelo IBGE, aponta que o número de pessoas residente no Vale do Guaribas é de quase quinhentos mil habitantes, sendo Picos o município de maior população com 73.021 habitantes. Conforme planejamento dos governos federal e estadual (2006), o Vale do Rio Guaribas deverá, até 2020, estar munido de infraestrutura necessária à implementação de eixos produtivos propostos no projeto de desenvolvimento sustentável do Vale, bem como de políticas públicas nas áreas de *segurança pública, estradas, água, eletrificação, educação e saúde*, principalmente.

#### 1.4. Curso de Medicina no CSHNB: uma luta da comunidade do Vale do Rio Guaribas

Em artigo publicado em 14/11/2013 no site jornalista Portal AZ, com o título “*uma população sob risco*”, Vieira (2013) ressaltava que mais de 400 (quatrocentas) mil pessoas residem nos 42 (quarenta e dois) municípios do Vale do Guaribas-Piauí. E denunciava que, diariamente, parte dessa população sacoleja em ambulâncias e carros particulares que transitam em alta velocidade na BR 316, saindo de Picos rumo aos hospitais e clínicas situados em

Teresina. Na Capital, são alojados precariamente em pousadas enquanto aguardam a oportunidade do atendimento médico e a realização de exames, geralmente intermediados por vereadores, prefeitos, deputados. Afirma a autora que nesse cenário dantesco, a saúde pública deixa de ser um direito do cidadão sendo transformada em esmola, em favor político.

Sugere, a autora, que parte do sofrimento da população do ‘Vale do Guaribas’ (11,4% da população do Piauí-2012), poderia ser evitado caso os políticos piauienses ultrapassassem a lógica eleitoreira e empenhassem seus esforços para superar os desafios impostos pela demanda de um sistema único de saúde público de qualidade. Aqui faz coro com o clamor da população do referido Vale pelo funcionamento da Policlínica, pela retomada da construção do Centro de Referência Médica de Picos e pela **abertura do curso de Medicina na Ufpi/Picos**.

Ocorre que, desde o ano de 2011, o Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPEX) da UFPI aprovou o projeto que previa a criação de novos cursos de Medicina para os *campi* de Parnaíba e Picos. A proposta de interiorização teria sido elaborada com base nos indicadores de profissionais médicos no Estado - 09 médicos para 1000 habitantes). Índice muito baixo e com concentração muito forte em Teresina, capital do Piauí. Somente no ano vigente de **2014** aconteceu a aula inaugural do curso de Medicina em Parnaíba, enquanto no mesmo período se fazia realizar Campus de o **I Fórum Macrorregional de Expansão do Ensino Médico**. O evento teve como objetivos divulgar o processo de implantação do curso de medicina no referido Campus, e discutir suas implicações para o setor de saúde da macrorregião, além de sensibilizar os representantes institucionais com vistas ao estabelecimento de parcerias.

A implantação do curso de Medicina no campus de Picos está prevista para o ano de 2015. Sua organização e funcionamento deverão atender as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, aprovadas em 20 de junho de 2014, como veremos noutro capítulo desta produção.

## Capítulo Dois

### Organização e gerenciamento da atenção à saúde no Território do Vale do Rio Guaribas

#### 2.1. A regionalização da saúde

A regionalização, compreendida como uma estratégia eficaz na formação de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas é prevista constitucionalmente, posto que, encontra-se inscrita no contexto das políticas de redemocratização que o país vem vivenciando desde a Constituição Federal de 1988 e prevê maior autonomia aos três entes federados, definindo suas competências. Pelo princípio da regionalização da saúde fica instituída a concepção de federação trina, propiciando aos municípios *status* de entes gestores da federação, com poderes similares aos dos estados e da União.

Doravante, Estados e municípios devem ser capazes de assumirem, efetivamente, os papéis que lhes cabem na definição e execução das ações referentes à saúde, em seus respectivos territórios. No estado do Piauí adotou-se como eixo norteador para a configuração geográfica das Regiões de Saúde e os pressupostos da regionalização estabelecidos no Pacto pela Saúde 2006 e as diretrizes definidas no processo de Planejamento Participativo Territorial desencadeado desde 2004 pela Secretaria Estadual de Planejamento, consolidado pela Lei Complementar nº 87 de 22 de agosto de 2007, na qual o Estado foi dividido em **11 (onze) territórios**.

As Regiões de Saúde foram ainda agregadas em arranjos territoriais designados de **Macrorregiões de Saúde** que no estado do Piauí correspondem a **06 (seis) Macrorregiões de Saúde** identificadas a partir dos critérios de acessibilidade, dos fluxos historicamente definidos pela população, da capacidade instalada, dos investimentos feitos para estruturação desses serviços e das referências e contrarreferências.

Uma dessas seis macrorregiões de saúde situa-se no Vale do Rio Guaribas e tem como Município-Sede a **cidade de Picos (PI)**, que parece apresentar capacidade resolutive para as necessidades de saúde ambulatoriais de média complexidade (EPM1 e EPM2) e para os procedimentos hospitalares de nível de complexidade I, II e III, com suficiência para a sua própria população e para a população adstrita (da microrregião) que deles necessitem. Essa região de saúde, **a segunda maior do Estado**, compõe-se de, 4 aglomerados 39 municípios, Pop-2007: 332.746 hab - Hospitais: 23 - Picos – 10 hospitais - 425 leitos- HPP: 10, Leitos SUS: 1.002.

A região de saúde de Picos encontra-se composta da seguinte forma:

**Tabela 3: Municípios que fazem parte da regional de saúde de Picos**

<b>Nº ORD.</b>	<b>REGIONAL/MUNICÍPIOS</b>	<b>POPULAÇÃO</b>
	<b>DIRETORIA REGIONAL DE PICOS</b>	
01	Aroeiras do Itaim	2.654
02	Bocaina	4.039
03	Dom Expedito Lopes	6.532
04	Geminiano	5.255
05	Itainópolis	11.084
06	Paquetá	4.531
07	Picos	70.450
08	Santana do Piauí	4.841
09	Santo Antônio de Lisboa	5.729
10	São João da Canabrava	4.364
11	São José do Piauí	6.808
12	São Luis do Piauí	2.596
13	Sussuapara	5.537
14	Vera Mendes	3.097
15	Belém do Piauí	2.788
16	Caldeirão Grande do Piauí	5.622
17	Francisco Macedo	2.255
18	Jaicós	16.826
19	Marcolândia	7.154
20	Massapé do Piauí	6.428
21	Padre Marcos	7.340
22	Simões	13.734

23	Acauã	6.300
24	Betânia do Piauí	9.312
25	Caridade do Piauí	4.583
26	Curral Novo do Piauí	4.898
27	Jacobina do Piauí	5.597
28	Patos do Piauí	6.171
29	Paulistana	16.930
30	Queimada Nova	9.146
31	Alagoinha do Piauí	7.447
32	Alegrete do Piauí	4.482
33	Campo Grande do Piauí	5.645
34	Francisco Santos	8.293
35	Fronteiras	11.054
36	Monsenhor Hipólito	7.163
37	Pio IX	17.123
38	São Julião	5.908
39	Vila Nova do Piauí	3.030
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>332.746</b>

Fonte: IBGE, 2010

## 2.2. A Organização da atenção à saúde na municipalidade de Picos (PI).

Picos, cidade polo do Território de Desenvolvimento Vale do Guaribas é também referência para toda a região do semiárido do estado incluindo municípios de outras macrorregiões e de estados circunvizinhos, a exemplo do Ceará e Pernambuco. 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.

A rede de serviço do município de Picos credenciada ao Sistema Único de Saúde, com atendimento de média complexidade, contempla atendimento em policlínica, hospital

especializado, clínicas especializadas, central de regulamentação de serviços de saúde e centro psicossocial – CAPS, referência para todos os municípios integrantes do território e de outros estados.

Conforme informações registradas no Plano Plurianual do município (2013), o Conselho Municipal de Saúde é formado por 16 membros efetivos e 16 suplentes, com mandatos de dois anos renováveis por mais dois. O Conselho apresenta uma paridade caracterizada da seguinte forma: 50% dos membros representando usuários, 50% o segmento de gestores, 25% de trabalhadores e 25% de profissionais da saúde. As reuniões ocorrem, ordinariamente, uma vez por mês.

Com relação a infraestrutura física de atendimento aos pacientes, dados do Ministério da Saúde (2014), indicam a existência em Picos de 158 estabelecimentos de atendimento à saúde, sendo 110 de caráter privado, 47 estaduais e municipais, apenas 01 entidade sem fins lucrativos e 01 fundação privada conforme podemos observar na tabela abaixo:

**Tabela 4 - Capacidade de saúde instalada em Picos (2014)**

Tipos de Unidades de Saúde	Nº de unidades
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Centro de Atenção Psicossocial	1
Unidades Básicas de Saúde	29
Clínica/Centro de Especialidades	44
Consultórios Isolados	36
Hospital Dia	1
Hospital Especializado	1
Hospital Geral	1
Policlínica	2
Posto de Saúde	9
Unidade de Apoio de Diagnose e Terapia	26
Total	158

Fonte: Plano Plurianual (PPA) do município de Picos

Convém sublinhar que a maior parte da rede física de saúde privada do município é prestadora de serviço ao SUS. Na verdade, na gestão pública municipal atual foram contratualizados 08 serviços hospitalares privados e conveniados com SUS obedecendo ao Edital de Chamamento Público Nº 01/2013 PMP/SMS, no tocante a rede hospitalar publica constata-se a existência de apenas 01 Hospital Regional – Público sob a Gestão Estadual. As tabelas 3 e 4 melhor evidenciam tal situação.

**Tabela 5: Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviço ao SUS em Picos em 2014 – Tipo de Gestão**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Total</b>	<b>Municipal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Dupla</b>
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	1	0	0
Central de Regulação Médicas das Urgências	1	1	0	0
Centro de Atenção Psicossocial	1	1	0	0
Centro de Saúde/Unidade Básica	29	29	0	0
Clínica/Centro de Especialidades	45	45	0	0
Consultório Isolado	2	2	0	0
Hospital Especializado	1	1	0	0
Hospital Geral	7	7	0	0
Hospital/Dia Isolado	1	1	0	0
Posto de Saúde	5	5	0	0
Secretaria de Saúde	1	1	0	0
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia/Isolado	21	21	0	0



Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na área de Urgência	2	2	0	0
Total	117	0	0	0

Fonte: Fonte: Relatório Anual da Gestão Municipal, 2013.

**Tabela 6: Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviço ao SUS em Picos em 2014 – Esfere Administrativa e Gerência**

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
Privada	72	72	0	0
Estadual	2	2	0	0
Municipal	43	43	0	0
Total				

Fonte: Relatório Anual da Gestão Municipal, 2013.

No ano de 2013, foram registrados no PPA do município a existência de 539 leitos hospitalares no município. Deste total, 412 são destinados exclusivamente ao atendimento do SUS.

**Tabela 7: Leitos Disponíveis**

Descrição	Existentes	SUS	Não SUS
Cirúrgicos	120	109	11
Clínicos	101	94	07
Complementares	98	20	78
Obstétricos	132	121	11
Pediátricos	130	113	17
Hospital Dia	08	05	03
Total Clínico/cirúrgico	221	203	18
Total Geral (excluídos os leitos complementares)	491	<b>442</b>	49

Fonte: CNES/DATASSUS 2014

No mesmo documento, PPA (2013), existe a contagem de 497 profissionais da área de saúde no município assim distribuídos: 280 médicos, 71 cirurgiões dentistas e 146 enfermeiros. Os quadros a seguir demonstram o número de profissionais da saúde que atuam na atenção básica da rede municipal e suas respectivas ocupações:

**Tabela 8: Atenção Básica**

Descrição	Número	Percentual
Equipes ESF Implantadas	03	100%
* Em processo de Implantação	08*	—
Equipes NASF implantadas	06	100%
Equipes Saúde Bucal	30	100%
PACS (Equipes de ACS implantadas)	30	100%
Quadro de Pessoal Efetivo da Atenção Básica		
Categories	Números	
Médicos ESF	26	
Enfermeiros ESF	26	
Dentistas ESF	25	
ACS	176	

Fonte: DAB/SMS Picos 2014.

Segundo dados apanhados no Relatório Anual da Gestão Municipal (2013), o Sistema Habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde de Picos conta na Rede de Atenção Básica de Saúde (ABS) com 30 Equipes de Saúde da Família, sendo 20 ESF em Zona Urbana e 10 ESF em Zona Rural, 30 Equipes de Saúde Bucal, 03 Equipes de NASF, em dezembro de 2013 foram aprovadas as solicitações encaminhadas ao Ministério da Saúde (MS) do incremento de mais 06 Equipes de Saúde da Família e 03 Equipes de NASF, garantindo assim maior cobertura de 100% do Território, de acordo com o número de famílias preconizadas pelo MS. Ressaltamos que em 2013 o **município aderiu ao Programa Mais Médico do MS**, e já conta com 08 médicos cubanos para atender a demanda da ABS.

### 2.3. Alguns indicadores de saúde em Picos

#### a) Indicadores de natalidade e longevidade

Segundo o índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) calculado em 2010, o município de Picos está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio, ou seja: IDHM entre 0,6 e 0,699. No período que cobre os anos de 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,251), **seguida por Longevidade** e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,145), seguida por Longevidade e por Renda. A tabela seis bem retrata esta realidade:

**Tabela 9: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes**

<b>IDHM e componentes</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
IDHM Educação	0,225	0,370	0,621
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	28,63	31,22	49,94
% de 5 a 6 anos na escola	46,00	75,60	99,18
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental ou com fundamental completo	18,47	45,73	76,31
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	9,66	29,23	58,57
% de 18 a 20 anos com médio completo	5,34	10,47	43,21
<b>IDHM Longevidade</b>	0,627	0,718	0,800
Esperança de vida ao nascer (em anos)	62,60	68,10	73,00
IDHM Renda	0,550	0,610	0,684
Renda per capita	245,06	355,58	563,88

Fonte: Pnud, Ipea e FJP (2010)

Para melhor visualização da longevidade da população picoense, é possível fazer uma análise da taxa de envelhecimento populacional na referida municipalidade que seria a comparação da razão entre a população de 65 anos de idade da população ou mais em relação à idade da população total, como descrito na tabela 7:

**Tabela 10: Estrutura Etária da População - Picos - PI**

<b>Estrutura Etária</b>	<b>População (1991)</b>	<b>% do Total (1991)</b>	<b>População (2000)</b>	<b>% do Total (2000)</b>	<b>População (2010)</b>	<b>% do Total (2010)</b>
<b>Menos de 15 anos</b>	21.039	35,82	20.156	30,29	17.438	23,75
<b>15 a 64 anos</b>	35.351	60,19	43.062	64,71	50.977	69,44
<b>População de 65 anos ou mais</b>	2.347	4,00	3.330	5,00	4.999	6,81
<b>Razão de dependência</b>	66,15	0,11	54,54	0,08	44,01	0,06
<b>Taxa de envelhecimento</b>	-	4,00	-	5,00	-	6,81

---

Fonte: PNUD, IPEA e FJP (2010)

Outrossim, fundamentados nos dados apresentados pelas supracitadas instituições, é possível afirmar que a esperança de vida ao nascer na referida municipalidade aumentou 10,4 anos nas últimas duas décadas passando de 62,6 anos em 1991 para 68,1 anos em 2000, e para 73,0 anos em 2010. Em 2010 a esperança de vida ao nascer média *para* o estado é de 71,6 anos e, para o país, de 73,9 anos. As mesmas instituições de pesquisa afirma que, entre 2000 e 2010, a taxa de envelhecimento evoluiu de 5,00% para 6,81%.

#### *b) Indicadores de mortalidade geral*

A mortalidade proporcional em 2012 acompanha a mortalidade proporcional do Estado e do Brasil. As doenças do aparelho circulatório ocupam proporcionalmente a primeira posição com 35,96%, seguidas das causas externas de morbidade e mortalidade (acidentes e violências) com 15,32%, e em terceiro lugar as neoplasias com 13,83% (Tabela 8). 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 6,38% do total de causas no ano de 2012 (Tabela 2)

**Tabela 11- Mortalidade proporcional por capítulos da CID 10  
no município de Picos no ano 2012**

Capítulo CID-10	Nº	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	24	5,11
II. Neoplasias (tumores)	65	13,83
III. Doenças sangue órgãos hematop. e transtornos imunitários	1	0,21
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	33	7,02
V. Transtornos mentais e comportamentais	2	0,43
VI. Doenças do sistema nervoso	6	1,28
IX. Doenças do aparelho circulatório	169	35,96
X. Doenças do aparelho respiratório	30	6,38
XI. Doenças do aparelho digestivo	24	5,11
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	0,43
XIII. Doenças do sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	1	0,21
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7	1,49
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	17	3,62
XVII. Malform. cong., deformid. e anomalias cromossômicas	6	1,28
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. em ex. clín. e laboratoriais	11	2,34
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	72	15,32
<b>Total</b>	<b>470</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DATASUS (acesso em 24/09/2014)

A Tabela 12 demonstra o coeficiente de mortalidade por algumas causas de 2003 a 2012 em Picos. 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, Diabetes *mellitus* e neoplasia de mama e útero.

**Tabela 12- Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes) por algumas causas selecionadas. Picos, 2003 a 2012.**

Causa do Óbito	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AIDS	1,32	1,32	-	1,32	-	3,96	2,64	1,32	1,32	3,96
Neoplasia malig. da mama (/100.000 mulheres)	2,52	5,04	-	7,56	2,52	7,56	10,08	12,60	5,04	7,56
Neoplasia malig. do colo do útero (/100.000 mulheres)	5,04	5,04	-	10,08	22,67	7,56	20,15	17,64	10,08	15,12
Infarto agudo do miocárdio	22,41	23,73	21,10	35,60	40,87	65,92	75,15	42,19	54,06	87,02
Doenças cerebrovasculares	35,60	35,60	32,96	36,92	60,65	60,65	54,06	52,74	60,65	51,42
Diabetes mellitus	23,73	10,55	14,50	30,33	31,64	26,37	42,19	40,87	26,37	35,60
Acidentes de transporte	27,69	50,10	31,64	39,55	35,60	35,60	51,42	51,42	58,01	47,47
Agressões	15,82	14,50	6,59	7,91	23,73	7,91	11,87	22,41	21,10	19,78

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DATASUS.

Dados do SIM de 2012 apontam que morrem mais homens do que mulheres em Picos, 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 2012, 77,77% 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 tanto entre as mulheres como entre os homens no município de Picos em 2012 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. Já o estudo da mortalidade em adolescentes (15 e 24 anos) revela que 77,77% das causas de óbito se referem às causas externas e estratificando por sexo, verifica-se que todas ocorreram em pessoas do sexo masculino. As principais causas de óbito entre os idosos com 60 anos ou mais em 2012

foram as doenças isquêmicas do coração, neoplasias malignas, doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus e as doenças hipertensivas, por ordem de classificação.

Observando especificamente a mortalidade infantil, constatamos através dos dados existentes acerca do tema que em Picos a taxa de mortalidade de crianças com menos de um ano reduziu 25,0%, passando de 32,3 por mil nascidos vivos em 2000 para 24,1 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve está abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 23,1 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente. As tabelas de números 13 e 14 permitem estabelecer uma analogia comparativa entre o total de crianças nascidas vivas nos anos de 2012, 2013, 2014 e o total de óbitos de crianças menores de um ano de idade:

**Tabela 13 - Total de nascidos vivos**

2012	1.042
2013	1.001
2014	523

Fonte: SINAN NET/ CMVIEP, SMS Picos, 2012 a 2014

**Tabela 14 - Total de óbitos de crianças menores de um ano de idade**

2012	21
2013	10
2014	07

Fonte: SINAN NET/ CMVIEP, SMS Picos, 2012 a 2014

Indubitavelmente, a esperança de vida ao nascer, as perspectivas de mortalidade associados a taxa de fecundidade, constituem parte essencial dos indicadores utilizados para composição do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No Brasil a meta de reduzir em dois terços os indicadores de mortalidade de crianças até cinco anos foi atingida com certo sucesso e antes do prazo final que era o ano de 2015. Em Picos, esses dados indicam uma sensível evolução quando comparadas nos intervalos de 10 e 20 anos a observar na tabela 15:

**Tabela 15: Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Picos - PI**

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	62,6	68,1	73,0
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	54,1	32,3	24,1
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	71,4	41,9	26,0
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	2,7	2,3	1,9

Fonte: Pnud, Ipea e FJP (2010)

É importante ressaltar que embora o Brasil tenha atingido a meta assumida no compromisso "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio" de reduzir em dois terços os indicadores de mortalidade de crianças de até cinco anos, a redução de morte materna, no entanto, não teve o mesmo sucesso, devendo, portanto, ser alvo privilegiado de algumas políticas públicas da saúde.

*c) Indicadores sociais*

Convém finalizar este capítulo apresentando outros indicadores que de forma direta ou indiretamente influenciam na qualidade de vida da população picoense. Destacamos, em primeiro lugar o **Índice de Gini**, geralmente utilizado como um instrumento eficaz para medir o grau de concentração de renda de uma determinada comunidade. Por esta via, na tabela 16 podemos identificar a diferença substancial entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos:

**Tabela 16: Renda, Pobreza e Desigualdade - Picos – PI**

	1991	2000	2010
Renda per capita	245,06	355,58	563,88
% de extremamente pobres	24,87	15,22	6,92
% de pobres	54,58	38,13	17,93



Índice de Gini	0,57	0,61	0,56
----------------	------	------	------

---

Fonte: Pnud, Ipea e FJP (2010)

A tabela 17 complementa, sobremaneira, as informações acerca da distribuição de renda da comunidade picoense:

**Tabela 17: Porcentagem da Renda Apropriada por Estratos da População - Picos - PI**

	1991	2000	2010
20% mais pobres	3,29	2,61	3,13
40% mais pobres	9,75	8,94	10,46
60% mais pobres	20,11	18,83	21,99
80% mais pobres	38,10	35,02	39,90
20% mais ricos	61,90	64,98	60,10

---

Fonte: Pnud, Ipea e FJP(2010)

A visibilidade da distribuição de renda nos leva a questionar sobre a ocupação da população picoense cuja resposta evidencia o fato de que: entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 64,64% em 2000 para 67,10% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 9,92% em 2000 para 7,41% em 2010.

**Tabela 18: Ocupação da população de 18 anos ou mais - Picos - PI**

	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	64,64	67,10
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	9,92	7,41
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	32,16	42,96
<b>Nível educacional dos ocupados</b>		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	36,81	55,63
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	22,08	38,77
<b>Rendimento médio</b>		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	65,80	33,28

% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	86,23	77,89
---------------------------------------------------------------	-------	-------

---

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 14,28% trabalhavam no setor agropecuário, 0,15% na indústria extrativa, 6,70% na indústria de transformação, 6,95% no setor de construção, 0,96% nos setores de utilidade pública, 23,12% no comércio e 45,58% no setor de serviços. Conforme relatórios de 2012 produzidos pela ONU e Banco Mundial, a probabilidade de extrema pobreza ainda é maior entre negros do que entre brancos, estando erradicada entre idosos por conta da inclusão dos mesmos em programas sociais. Em Picos a realidade parece não diferir do geral.

Quando as análises apontam para dados pertinentes ao acesso à água, torna-se importante relacioná-los aos indicadores que se referem ao acesso à habitação com água encanada, com energia elétrica, com coleta de lixo. Conforme os dados contidos na tabela 19, na municipalidade de Picos, entre os anos de 1991 e 2010 constatamos tímidos avanços, ainda assim especificamente na zona urbana:

**Tabela 19: Indicadores de Habitação - Picos – PI**

	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
% da população em domicílios com água encanada	69,58	75,97	89,39
% da população em domicílios com energia elétrica	84,94	95,36	99,28
% da população em domicílios com coleta de lixo	37,87	75,95	95,29
*Somente para população urbana			

---

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

No geral, o percentual de pessoas em domicílio com **abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados** era de 16,79 em 1991, 4,78 em 2000, 2,90 em 2010. Os institutos não discriminam se tais números são concernentes às zonas urbanas e rurais.

## Capítulo Três

### Razões que justificam a implantação de um curso de Medicina na cidade de Picos (PI)

#### 3.1. A saúde é um direito constitucional

Estudos realizados por alguns pesquisadores, a exemplo de Ribeiro e Júlio (2010), indicam que, no Brasil, antes de 1988, a promoção da saúde e a prevenção de doenças destacavam-se, basicamente, pelas campanhas de vacinação e controle de endemias. Na verdade, podemos afirmar sem exageros que as Constituições Brasileiras, dos períodos anteriores a de 1988 não conferiram aos brasileiros um Direito à Saúde, tendo focada sua preocupação em tratar da competência da Administração Pública a fim de delinear diretrizes para os cuidados com a saúde.

Na **Carta Constitucional de 1824**, produzida no bojo da emancipação político-administrativa do Brasil em relação a Portugal, o Direito à Saúde não se destacou como um dos ideais libertários. Embora nessa Constituição houvesse uma ampla referência aos Direitos do Homem, o Direito à Saúde foi vinculado ao exercício do trabalho como expresso no Capítulo 3, Título 8º, que trata das Disposições Gerais, e Garantias dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros: “Nenhum gênero de trabalho, de cultura, indústria, ou comércio pode ser proibido, uma vez que não se oponha aos costumes públicos, á segurança, e saúde dos Cidadãos.” (CONSTITUIÇÃO, 1824, p. 13).

A proclamação da República brasileira em 1889 vai exigir das autoridades dirigentes uma nova carta constitucional mais adequada aos novos anseios políticos. Nesse contexto é produzida a **Constituição de 24 de março de 1891**, que a exemplo da anterior se omitiu em relação ao Direito à Saúde. De fato, a **Carta Magna de 1934**, que teve como base motivadora as revoluções de 1930 e de 1932, foi a primeira Constituição Brasileira a fazer referência ao Direito à Saúde. Estava previsto no inciso II do art. 10 que definia as competências concorrentemente à União e aos Estados “[...] cuidar da saúde e assistência públicas;” (CONSTITUIÇÃO DE 1934, p. 03). Infelizmente, o pequeno avanço conquistado na Carta de 1934 não se manteve na **Constituição de 1937** que por seu caráter autoritário não garantiu o Direito à Saúde, embora cuidasse em determinar no seu artigo n.16 que era de competência da União legislar privativamente sobre normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança.

Promulgada no contexto histórico de pós-Segunda Guerra, a **Constituição de 1946**, revela alguns avanços ao prever no artigo 5º a competência da União para legislar sobre normas

gerais de defesa e proteção da saúde, todavia não aprofunda o debate acerca da proteção da pessoa humana. Da mesma forma, porém em um contexto de ditadura militar, a **Constituição de 1967** que tratou de repetir as diretrizes estabelecidas na Carta anterior, acrescentando a competência da União para legislar sobre um plano nacional de saúde. Em 1969, foi outorgada a Emenda Constitucional n. 133, com claras intenções de legitimar o regime político que então se instalara no Brasil. No entanto não apresentou a previsão do Direito à Saúde muito embora trouxesse a determinação para que os municípios aplicassem 6% (seis) por cento do repasse da União a título de fundo de participação dos municípios na Saúde.

Segundo Ribeiro e Júlio (2010) a garantia do Direito à Saúde será consagrada expressamente na **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Esta Carta Magna, além de expressamente consagrar o Direito à Saúde, remodelou e reestruturou uma política pública de saúde, antes fundada nos moldes da retribuição contributiva do sistema formado pelo **INAMPS**, para se alicerçar nos princípios da descentralização, do acesso universalizado à **saúde como direito de cidadania** e na gestão participativa que rege o então Sistema Único de Saúde.

É impossível negar o benefício que a previsão constitucional do Direito à Saúde trouxe à população brasileira, especialmente àquela categoria de cidadão que por não contribuir para o antigo INAMPS não tinha qualquer acesso à saúde. Por essa razão, a Organização de um **Sistema Único de Saúde (SUS)** no Brasil foi pautada, principalmente, pelo seu caráter universal, equitativo de abordagem integral e socialmente controlado, o que veio ao encontro do próprio processo de transição democrática protagonizado pela sociedade na época, culminando, assim com o movimento da Reforma Sanitária e pôde ser materializado através da Constituição de 1988.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2014) o SUS pode ser considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Imbuído do caráter de gratuidade, a ser financiado com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, prevê que todos os brasileiros tenham acesso aos centros e postos de saúde, os hospitais públicos - incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros, serviços de Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz - e o Instituto Vital Brazil.

De fato, a Constituição de 1988 aponta cinco princípios básicos que devem nortear o sistema jurídico em relação ao SUS. A saber: a universalidade, a integralidade, a equidade, a

descentralização e a participação popular. É a partir da leitura e análise desses princípios, que se compreende a intenção dos gestores da época em reforçar a defesa do cidadão frente ao Estado, garantindo meios não só para a existência do sistema, mas também para que o indivíduo tenha voz para lutar por sua melhoria e maior efetividade.

É amplamente reconhecido que toda a reestruturação do sistema público de saúde representa expressivo e consistente avanço na implementação do Direito à Saúde, entretanto a tarefa é árdua e a batalha é difícil. Há muito ainda que precisa ser implementado e melhorado, para que o Direito à Saúde, nos moldes constitucionalmente estabelecidos, possa ser integralmente implementado, pois assim como ocorre atualmente com os Direitos Humanos, o Direito à Saúde não carece de normatização, mas de efetividade, pois em um país grande em tamanho e em desigualdade social como o Brasil, existe uma enorme distância entre o que se normatiza e o que efetivamente é feito.

### **3.2. Uma demanda social gritante.**

O Brasil é um país marcado pela desigualdade no que se refere ao acesso à assistência médica. Uma conjunção de fatores, como a ausência de políticas públicas efetivas nas áreas de ensino e trabalho, assim como poucos investimentos, tem contribuído para que a população médica brasileira, apesar de apresentar uma curva constante de crescimento, permaneça mal distribuída pelo território nacional, com vinculação cada vez maior aos serviços prestados por planos de saúde, pouco afeita ao trabalho na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em uma onda são anunciados avanços econômicos e o combate à pobreza toma ares de programa de governo, torna-se imperioso que a saúde ocupe a centro da cena. Para tanto, tem-se reiterado a necessidade de mais recursos e o estabelecimento de políticas públicas justas para com o médico e com todos os profissionais da área. O Brasil tem, proporcionalmente à população, metade dos médicos dos países europeus. No Norte e Nordeste, essa taxa se aproxima à de alguns dos países mais pobres do mundo, como Iraque, Índia, Vietnã e Guatemala. Segundo a OMS, há 17,6 médicos no Brasil para cada 10 mil pessoas. A taxa é um pouco inferior à média do restante dos países emergentes - 17,8.

O índice também é inferior à média das Américas (mais de 20), mas é a comparação com os países ricos, principalmente da Europa, que revela a disparidade entre a situação no Brasil e nas economias desenvolvidas. Em geral, existem duas vezes mais médicos na Europa que no Brasil - 33,3 a cada 10 mil habitantes. São 48 médicos na Áustria a cada 10 mil cidadãos,

contra 40 na Suíça, 37 na Bélgica, 34 na Dinamarca, 33 na França, 36 na Alemanha e 38 na Itália.

No Norte do Brasil, apenas Roraima (1/762 hab.) apresenta uma relação média abaixo de 1/1.000 habitantes; o que também ocorre em cinco (55,6%) dos estados do Nordeste. Uma análise comparativa dos estados brasileiros indica que 16 deles (59,3%) apresentam uma relação abaixo de 1/1.000 hab., sendo que o Rio de Janeiro (1/302 hab.) e o Distrito Federal (1/309 hab.) são os que apresentam a maior concentração de médico por habitante, ultrapassando, inclusive, São Paulo (1/471 hab.).

Em outubro de 2011, os conselhos de Medicina registravam a existência de 371.788 médicos em atividade no Brasil. O número confirma uma tendência de crescimento exponencial da categoria, que perdura 40 anos. Entre 1970, quando havia 58.994 médicos, e o presente momento, o número de médicos saltou 530%. O percentual é mais de cinco vezes maior que o do crescimento da população, que em cinco décadas aumentou 104,8%. O aumento expressivo do número de médicos no Brasil resulta de uma conjugação de fatores. Entre eles, estão as crescentes necessidades em saúde, as mudanças no perfil de morbidade e mortalidade, as garantias de direitos sociais, a incorporação de tecnologias médicas e o envelhecimento da população. Também não podem ser ignorados fatores como a expansão do sistema de saúde e a oferta de mais postos de trabalho médico, entre outros.

Essa diferença provocou um aumento na razão médico x habitante. Em 1980, havia 1,13 médico para cada grupo de 1.000 residentes no país. Essa razão sobe para 1,48, em 1990; para 1,71, no ano 2000; e atinge 1,89, em 2009. Em 2011, o índice chega a 1,95 médico por 1.000 habitantes, ou seja: no período, o aumento foi de 72,5%. Na comparação das duas populações (a geral e a dos médicos), se constata que nos últimos 30 anos a dos profissionais é sempre superior. Em 1980, por exemplo, o crescimento deste segmento foi de 6,3%, enquanto o da população geral ficou em 2,2%, ou seja, três vezes superior ao de habitantes. Em 2009, a taxa de crescimento dos médicos alcançou 1,6%, enquanto o da população em geral foi de 1,1%, diferença de 45,4% para o grupo de profissionais.

Atualmente, o Brasil conta com uma razão de 1,95 médico por grupo de 1.000 habitantes. Contudo, esse índice flutua nas diferentes regiões. O Sudeste, com 2,61 médicos por 1.000 habitantes, tem concentração 2,6 vezes maior que o Norte (0,98). O resultado do Sul (2,03) fica bem próximo do alcançado pelo Centro Oeste (1,99). Ambos têm quase o dobro da concentração de médicos por habitantes do Nordeste (1,19). Quando se observa por unidade da federação, no topo do ranking ficam Distrito Federal (4,02 médicos por 1.000 habitantes), o Rio

de Janeiro (3,57), São Paulo (2,58) e Rio Grande do Sul (2,31). São números próximos ou superiores aos de países da União Europeia. Esses três estados, mais Espírito Santo (2,11) e Minas Gérias (1,97), estão acima da média nacional (1,95).

Na outra ponta, estão estados do Norte (Amapá e Pará) e do Nordeste (Maranhão), com menos de um médico por 1.000 habitantes, índices comparáveis a países africanos. Uma análise mais crítica permite notar distorções e desequilíbrios ainda mais acentuados dentro dos próprios estados, regiões e microrregiões. A concentração tende a ser maior nos pólos econômicos, nos grandes centros populacionais e onde se concentram estabelecimentos de ensino, maior quantidade de serviços de saúde e, conseqüentemente, maior oferta de trabalho. Regiões menos desenvolvidas, mais pobres e interiores de estados com grandes territórios e zonas rurais extensas têm, sabidamente, maior dificuldade para fixar e atrair profissionais médicos.

Assim, é nas cidades de maior porte, especialmente nas capitais, que se concentram a maioria dos médicos brasileiros. Essa situação reflete a tendência do profissional de se fixar e trabalhar na cidade ou região onde fez sua graduação e residência. A presença predominante dos médicos nas capitais aumenta a desigualdade no acesso ao atendimento médico. Em média, o conjunto desses municípios apresenta uma razão de médicos registrados por 1.000 habitantes de 4,22. Esse índice é mais que duas vezes superior à média nacional (1,95). A cidade de São Paulo, por exemplo, tem 4,33 médicos registrados por 1.000 habitantes, enquanto o estado tem 2,58. Três capitais de porte médio do Sudeste e do Sul (Vitória, Belo Horizonte e Florianópolis) chamam a atenção pela elevada proporção de médicos registrados por habitantes, especialmente quando se compara com os números dos seus próprios estados.

O **censo médico de 2013** procura delinear um panorama preciso do mercado de trabalho para os médicos no Brasil respondendo alguns questionamentos fundamentais em relação a quantidade de médicos que de fato exercem a medicina e como está distribuída sua dedicação entre assistência, ensino e pesquisa, administração e/ou atividades não médicas; a movimentação dos médicos pelo Brasil nos diferentes momentos de sua carreira; número de médicos que atuam em uma determinada especialidade possuindo ou não o título de especialista. Em relação à distribuição de médicos por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil (2013), a tabela 18 revela os dados atuais:

**Tabela 20 - Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2013**

Unid. Federação	Médico/CFM	População	Razão
Distrito Federal	10.826	2.648.532	4,09
Rio de Janeiro	58.782 16	231.365	3,62
São Paulo	110.473 41	901.219	2,64
Rio Grande do Sul	25.541 10	770.603	2,37
Espírito Santo	7.7803	578.067	2,17
Minas Gerais	40.425 19	855.332	2,04
Santa Catarina	12.497 6	316.906	1,98
Paraná	19.813 10	577.755	1,87
Goiás	10.651 6	154.996	1,73
Mato Grosso do Sul	4.238 2	505.088	1,69
Pernambuco	13.994 8	931.028	1,57
Rio Grande do Norte	4.604 3	228.198	1,43
Sergipe	3.013 2	118.867	1,42
Paraíba	5.259 3	815.171	1,38
Roraima	646 469	524	1,38
Tocantins	1.928 1	417.694	1,36
Mato Grosso	3.919 3	115.336	1,26
Bahia	17.741 14	175.341	1,25
Alagoas	3.921 3	165.472	1,24
Rondônia	1.897 1	590.011	1,19
Ceará	9.953 8	606.005	1,16
Amazonas	4.016 3	590.985	1,12
Acre	819 758	786	1,08
<b>Piauí</b>	<b>3.297 3</b>	<b>140.213</b>	<b>1,05</b>
Amapá	667 698	602	0,95
Pará	6.565 7.	792.561	0,84
Maranhão	4.750 6	714.314	0,71

Fonte: CFM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2013.



As análises feitas acerca da distribuição de médicos contratados (RAIS) por 1.000 habitantes, segundo capitais do Brasil revelam que no ano de 2013 em Teresina, sede do Estado do Piauí o número de médicos contratados era de 2.397, para uma população de 822.363, ficando a razão médico contratado e habitante em 2,91. Tal relação coloca a capital do Piauí na 14ª colocação, a frente das sedes de outros estados da União. A saber: João Pessoa (2,88), Belém (2,76), Brasília (2,46), Rio Branco (2,28) e São Luiz (2,15). Entre os 27 estados da federação o Piauí ocupa a 21ª colocação quando a análise se detém na relação de médicos cadastrados que atuam no SUS.

Segundo dados colhidos no setor de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde de **Picos**, referente a dezembro de 2013, a municipalidade conta com 28 profissionais médicos que integram as equipes do Programa de Saúde da Família. Há, no entanto, uma disparidade da abrangência dessas equipes, algumas se responsabilizam por 1000 famílias, outras por 600 famílias, e algumas equipes são responsáveis por até 2.500 famílias. Isso acontece devido aos bairros e localidades atendidos, cuja população obviamente varia. Na opinião da secretária de saúde, Ana Eulálio, tal realidade acaba se configurando em carência de profissionais médicos para o município.

Uma das saídas apontadas pela secretária de saúde para sanar de forma imediata a carência de médicos em Picos é a adesão ao programa “Mais Médicos” cuja experiência de exportar profissionais médicos de saúde é um sucesso em muitos países do mundo que dispõe de sistemas públicos de saúde. Para nós, outra medida eficaz se faz através da **expansão e interiorização do ensino médico no Brasil**, como de fato o governo federal se propôs a fazer, afinal a formação desses profissionais em seus lugares de origens favorecerá uma distribuição mais equânime dos médicos pelo vasto território brasileiro, possibilitando a atenção às necessidades de saúde da população em seus locais de residência.

### **3.3. A vocação de uma municipalidade que precisa ser ampliada e qualificada**

Picos do Piauí, como dito no primeiro capítulo deste trabalho, apresenta-se como uma cidade polo da macrorregião do Vale do Rio Guaribas tanto no que se refere aos serviços de comércio e educação escolar, como no que se refere aos serviços na área de atendimento médico-hospitalar. Na verdade, Picos atende uma população flutuante demandada da macrorregião que é composta atualmente por 42 municípios cuja população chega a quase quinhentos mil habitantes.

O relatório anual de gestão produzido pela secretaria municipal de saúde de Picos referente ao ano de 2013 confirma a cidade como um município polo de saúde, através de pactuação (PPI). Por tal razão, Picos, necessita de planejamento específico voltado para as **ações de média e alta complexidade** voltado para atender as necessidades da população. Para tanto o Sistema Municipal de Saúde conta na Rede de Atenção Básica de Saúde (ABS) com **30 Equipes de Saúde da Família**, sendo 20 ESF em Zona Urbana e 10 ESF em Zona Rural, **30 Equipes de Saúde Bucal**, **03 Equipes de NASF**, em dezembro de 2013 foram aprovadas as solicitações encaminhadas ao Ministério da Saúde (MS) do incremento de mais 06 Equipes de Saúde da Família e 03 Equipes de NASF, garantindo assim maior cobertura de 100% do Território, de acordo com o numero de famílias preconizadas pelo MS.

O município **aderiu ao Programa Mais Médico** do MS, e já conta com 08 médicos cubanos para atender a demanda da ABS. Conta com uma Central de Regulação de Consultas e Exames de Média e Alta Complexidade na sede da Secretaria Municipal de Saúde. Foi descentralizado com mais 04 pontos de marcação de consultas e exames nos Bairros: UBS Canto da Várzea, UBS Junco, UBS Passagem das Pedras e UBS Cecília Nery no Bairro São José.

Na atenção especializada Clínica de Referência na Saúde da Mulher com consultas especializadas em Ginecologia, Obstetrícia e Cardiologia, referência para Pré-natal de alto risco na Rede Cegonha. Referência na Saúde da Criança – PAIM (Pronto Atendimento Infantil), consulta especializada em pediatria, realizações de testes de triagem neonatal e sala de vacinas. Na Rede de Atenção Psicossocial conta com Centro de Apoio Psicossocial - Caps ad, e um Hospital Dia. Conforme informações do dito relatório em 2013 foram encaminhados projetos para implantação de alguns dispositivos da RAPS, aprovados como CAPS AD 24H, CAPS e Casa de Apoio.

No que se refere à Rede de Apoio Diagnóstico Terapêutico e Rede Hospitalar o município historicamente conta com **serviços privados**. Nesta gestão foram contratualizados, obedecendo ao Edital de Chamamento Público Nº 01/2013 PMP/SMS. A Rede Hospitalar conta com 08 Serviços Hospitalares Privados e conveniados com SUS e 01 Hospital Regional – Público com 120 leitos sob a Gestão Estadual. Na atenção pré-hospitalar, na área de urgência, o município conta com o serviço do SAMU 192, além do seguinte número de **profissionais SUS**, segundo última atualização em 31/03/2014:

- Funcionários efetivos: 525, perfazendo um percentual de 49,52%;
- Contratos por prazo determinado: 465, equivalendo a 43,86%;

- Cargos comissionados: 71, equivalendo a 6,7% do total.

Totalizando 1060 servidores da secretaria de saúde de Picos.

Com relação a execução orçamentária, o relatório informa que os recursos repassados pelo Ministério da Saúde durante o exercício de 2013, além de representar parcela significativa no pagamento de pessoal, também custeou as ações programadas para execução no período em análise. Dos recursos repassados para o Fundo Municipal de Saúde não foram executados em 2013 o correspondente a R\$ 500.00,00, aproximadamente, destinados a projetos e ações específicas, com recursos repassados no final do exercício de 2013. Tais ações serão desenvolvidas ao longo de 2014 e consubstanciarão o conteúdo do RAG 2014. Também apresentou importante aporte financeiro, o repasse de recursos do próprio município, muito embora o repasse federal corresponda a cerca de 60% dos recursos aplicados em saúde no município quando referenciado ao período analisado.

As ações desenvolvidas em 2013 apontam para ganhos e melhorias, notadamente na reorganização do Sistema Local de Saúde. Dentre as principais conquistas, destacam-se no âmbito da Atenção Primária à Saúde: melhoria da infraestrutura física das UBS do município, com ênfase na conclusão de **02 UBS** localizadas no bairro Belo Norte e localidade Coroatá, construídas conforme especificações técnicas do Ministério da Saúde; reforma da Unidade do bairro Pantanal, além de pequenos reparos nas demais unidades da rede de saúde.

Ficou ainda registrado pela Secretaria Municipal de Saúde no mesmo relatório que em parceria com o Sindicato dos Servidores Públicos Municipais foi elaborado o **PPA- Plano Plurianual com vigência de 2014-2017** definindo como prioridades para o período. Na perspectiva de ampliar o acesso a consultas e atendimento na **Atenção Básica**, o município **aderiu ao Programa +Médicos**, contando na atualidade com **08 profissionais** que integrarão as novas Equipes da ESF. No âmbito da **Atenção Secundária** realizou reforma e adequação no serviço de Pronto Atendimento Infantil Municipal implantando novas ações e dotando aquele espaço físico de maior conforto e humanização. Na CLISAM, implantou novos serviços, avançando rumo à perspectiva de estruturação de um serviço de referência para a gestante de alto risco. Ampliou o acesso à marcação de consultas e exames de média complexidade descentralizando para 04 UBS, novos Postos de marcação de consultas e exames.

Ainda no relatório, a secretaria de saúde municipal afirma que, para garantir maior observância aos compromissos pactuados com os municípios do TD Vale do Guaribas e expressos na PPI Assistencial de 2011, o município enquanto executor e referência para os 41 municípios do entorno, intensificou as ações de controle, avaliação, regulação e auditoria no

âmbito do SUS. Para tanto, realizou Chamamento Público para contratualização de prestadores públicos e privados. Para ampliar o acesso, fortaleceu parceria com o Estado e com a ONG ProBrasil visando a abertura da POLICLÍNICA de Picos.

Fica sublinhado que, apesar dos avanços obtidos, inúmeros problemas ainda se fazem sentir, quer de ordem financeira, humana, organizativa, comprometendo sobremaneira o alcance do resultado pretendido, qual seja, ofertar à população do município maior acesso a serviços de saúde mais resolutivos e, principalmente mais humanizados, continentais e comprometidos com a melhoria da qualidade de vida e de saúde da nossa população.

### **3.4. Expansão da educação médica na UFPI**

Há mais de 50 anos o ensino médico encontra-se sob crítica recorrente em todo o mundo. No Brasil, especialmente nas últimas duas décadas, tornou-se objeto privilegiado de análise e debates pelos profissionais da área e pela sociedade em geral. Existe, de certa forma, um consenso quanto à necessidade de reformulação de determinados aspectos da formação médica com vistas a uma satisfação das demandas assistenciais atuais.

Estudos e avaliações do ensino médico no Brasil contemporâneo, contudo, mostram que a maioria dos cursos de Medicina se encontra ainda organizada de acordo com as proposições do Relatório Flexner. Com a reforma universitária de 1968, o conteúdo curricular das escolas médicas ajustou-se ao modelo flexneriano, que tornou obrigatório o ensino centrado no hospital e oficializou a separação entre ciclo básico e profissional. Embora essa reformulação tenha modernizado o ensino médico, ao propor uma formação com base científica, nele imprimiu características mecanicistas, biologicistas e individualizantes.

Na segunda metade da década de 1970, surgia no Brasil um grande ator social coletivo - o Movimento Sanitário -, que se caracterizava por lutar contra a ditadura, contra a forma de atenção do complexo médico-industrial e a favor da necessidade de associar a saúde pública e a assistência médica em um só ministério. A partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, desenhou-se, então, o projeto de construção de um sistema público de saúde pautado numa concepção ampliada de saúde e no lema - "Saúde como direito de todos e dever do Estado". A aprovação da nova constituição em 1988 e das Leis Orgânicas em 1990 garantiu legalmente o SUS (Sistema Único de Saúde) dentro dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, hierarquização da assistência e participação da comunidade.

No entanto, da década de 1990 até hoje, o SUS vem enfrentando inúmeros obstáculos para a sua consolidação efetiva como sistema universal, humanizado e de qualidade. Desde a

sua criação, o drástico subfinanciamento vem sendo um problema crucial a ser solucionado. Por outro lado, a necessidade de reformulação do modelo assistencial emergiu como questão prioritária. Neste sentido, a expansão da atenção básica é um desafio estratégico. No decorrer desse processo, o Programa Saúde da Família (PSF) foi escolhido pelo Ministério da Saúde como a estratégia inicial de reorientação do modelo assistencial. A expansão do PSF trouxe em seu bojo alguns desafios conceituais, como a necessidade de buscar uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento e capaz de promover o cuidado em saúde mediante o trabalho de uma equipe multidisciplinar. A partir daí, uma constatação se evidenciou: as faculdades de Medicina não estão formando esse tipo de profissional. Assim, tornou-se imprescindível adotar medidas voltadas à formação e à capacitação desse profissional por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendam aos interesses apontados por um novo modelo de atenção à saúde.

Assim, após um longo processo de discussão e de negociação, foram homologadas em 2001, pelo Conselho Nacional de Educação, as **Diretrizes Curriculares do Ensino Médico**, tendo como eixo norteador o papel social do aparelho formador. As premissas enfatizadas nas novas diretrizes incluem: integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde e o estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento.

Apesar das propostas de transformações curriculares com o objetivo de melhorar o atendimento da população brasileira, a formação médica atual continua centrada no hospital, na especialização precoce, na excessiva solicitação de exames complementares e nos tratamentos de alta complexidade, muitas vezes não fundamentados em evidências científicas. Almeida Filho (2011) explica que o prosseguimento dessa modalidade de formação médica pensada e planejada de forma fragmentada, disciplinar, tecnicista, impessoal e desvinculada do contexto sociocultural, irá comprometer, cada vez mais, todas as etapas do processo de produção da saúde.

Esta realidade pode ser presenciada nos cursos de medicina implantados em épocas diferentes na UFPI. O curso que se realiza no Campus de Teresina desde a década de 1970, apesar das propostas de reformulações curriculares da matriz de disciplinas aponta para a prevalência das áreas de Biologia, Ciências Morfológicas, Fisiológicas e Patologia Clínica. A pesquisa de Soares (2013) revela, ainda, o predomínio de atividades teóricas em detrimento das atividades práticas.

Com relação ao curso de Medicina implantado no Campus de Parnaíba no ano de 2014, o projeto pedagógico curricular sinaliza para o atendimento das Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, aprovadas em abril de 2014. A saber: um curso inserido no contexto regional, local, voltado para 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. Na sua estrutura curricular, é possível vislumbrar com clareza os princípios concernentes à **Política Nacional de Humanização (PNH)**, como estratégia de legitimização do Sistema Único de Saúde.

O Curso de Medicina a ser implantado no **Campus de Picos** seguirá os pressupostos teórico-metodológicos semelhantes ao do currículo implantado no **Campus de Parnaíba** salvo algumas alterações nas disciplinas optativas relativas à saúde no semiárido. Assim, por recomendação da Pró-Reitoria de Ensino da Universidade Federal do Piauí, respeitaremos, na íntegra, a organização didático-pedagógica do Curso de Medicina já construído por uma competente equipe de professores de Parnaíba tendo a sua frente o professor Dr. Ivo Pedroza.

## Capítulo Quatro

### Identificação do Curso de Medicina do Campus de Picos (PI)

#### 4.1. Dados gerais do curso

O Curso de graduação em Medicina tem como **objetivo principal** promover a formação do Médico generalista, crítico, reflexivo, responsável e socialmente comprometido com a cidadania e os determinantes sociais da saúde, ou seja, um profissional capaz de exercer a Medicina com eticidade e humanismo respeitando o princípio de dignidade da pessoa humana, que valoriza o paciente em seus aspectos biológico, psíquico, social e espiritual e respeita suas escolhas.

**Denominação do Curso:** Medicina

**Área:** Ciências da Saúde

**Grau:** Bacharelado

**Modalidade:** Presencial

**Vagas Oferecidas:** 30 semestral

**Turno de Funcionamento:** integral

**Forma de Ingresso:** SISU

**Regime de Matrícula:** semestral

**Regime Letivo:** crédito

**Período de Integralização:** mínimo – 6 anos  
máximo – 9 anos

**Carga horária:** 7.650 horas, distribuídas nas seguintes atividades acadêmicas:

Atividades Acadêmicas	Carga Horária	Créditos
Módulos teórico/práticas	3.720 h	248 c
Atividades complementares	150 h	10 c
TCC	60 h	4 c
Optativas	120 h	8c
Estágio obrigatório (internato)	3.600 h	240 c
<b>Total</b>	<b>7.650 h</b>	<b>510 c</b>

Fonte: PCC do Curso de Medicina do Campus de Parnaíba (2013)

#### 4.2. Perfil do formando egresso/profissional

Em consonância com as Diretrizes Curriculares – DCN do Curso de Medicina (2014, p.20), o Médico a ser formado pela Universidade Federal do Piauí – Campus de Picos, tem como perfil:

[...] formação geral, 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. (DCN. 2014, p.20).

Nesse sentido, a formação do médico no Campus de Picos se pautará na articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para o exercício profissional objetivando desenvolver uma prática competente concernente aos princípios da **atenção à saúde** (do acesso universal e equidade em saúde, da integralidade e humanização do cuidado, da qualidade e segurança, da preservação da biodiversidade ambiental com sustentabilidade e melhoria de qualidade de vida, da ética profissional, da promoção da saúde e do cuidado centrado na pessoa sob cuidados); da **gestão em saúde** (gestão do cuidado, valorização da vida, tomada de decisões, comunicação); da **educação em saúde e educação continuada** (aprender a aprender, aprendizagem interprofissional, aprender com o erro, envolvimento na formação, mobilidade acadêmica e formação de redes).

Portanto, para construir a identidade profissional do médico “[...] capaz de dialogar com a realidade social e com os problemas e as políticas de saúde do país” (DCN. 2014, p.12), torna-se necessário proporcionar aos discentes uma formação técnica voltada para área biológica e clínica articulada com uma formação geral em cultura humanística e científica de tal forma que estes desenvolvam competências suficientes ao planejamento de intervenções políticas e sociais para a promoção da saúde e da qualidade de vida atinentes aos desafios da realidade política, econômica e social do Brasil contemporâneo.

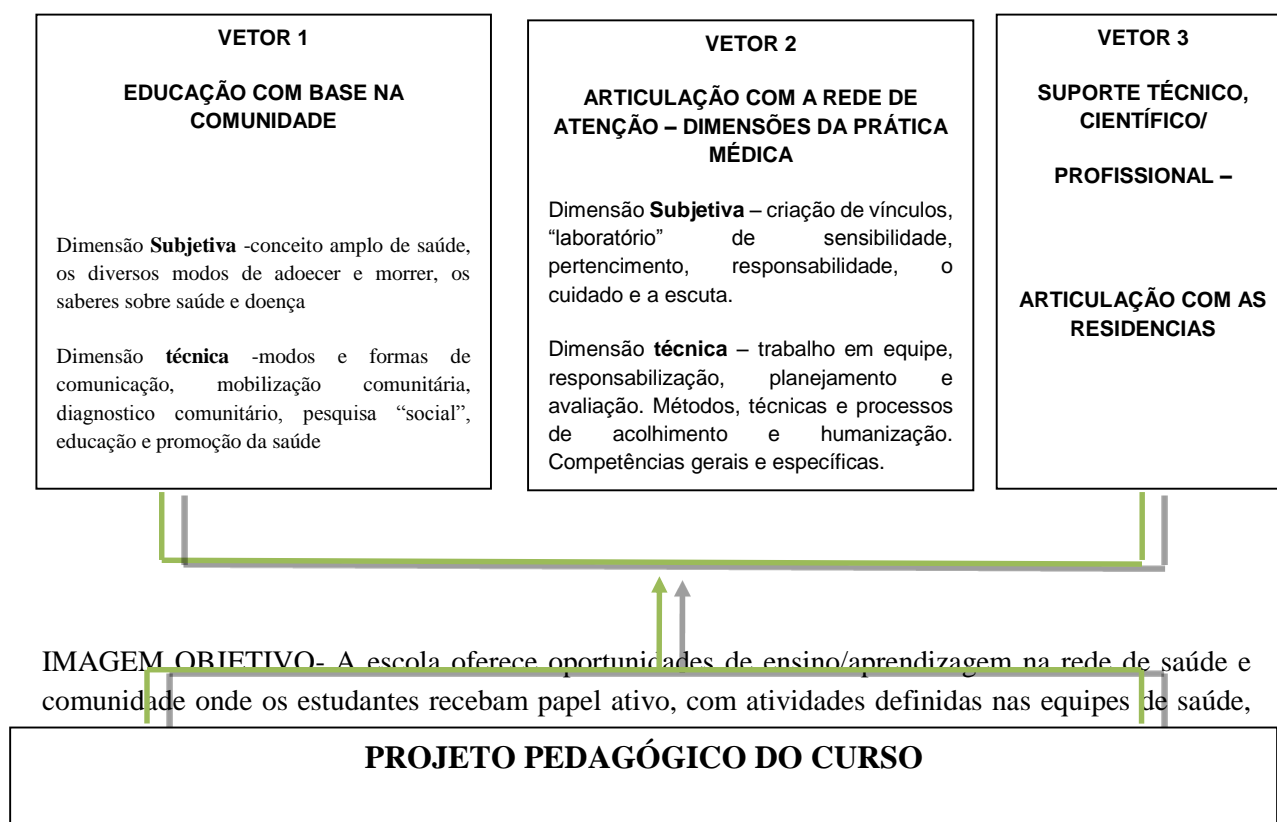
#### 4.3. Organização do Curso: eixos de desenvolvimento do PPC

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 abaixo relacionados:



**a) 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. Trata-se das dimensões epistêmica, tecnológica e subjetiva da prática médica. Este 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.

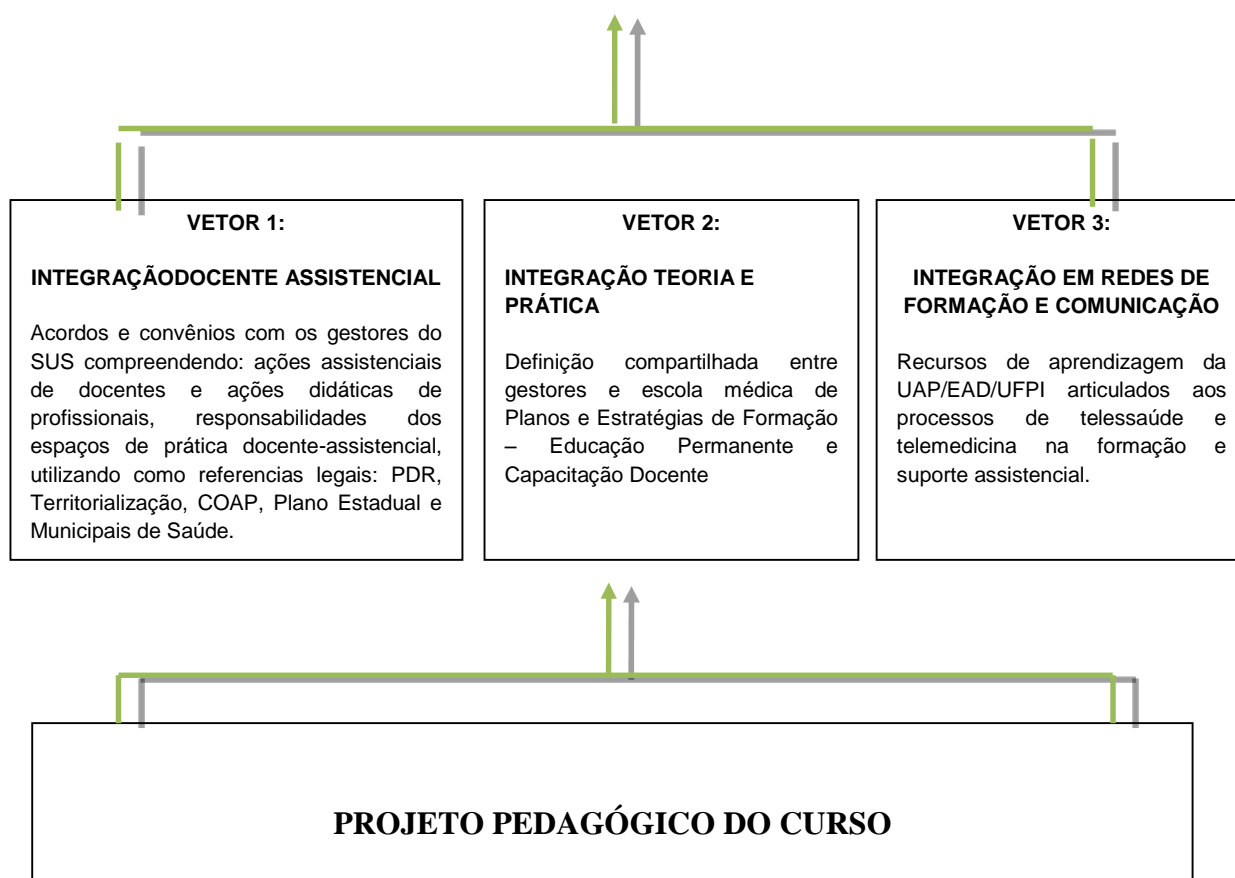
#### Gráfico do eixo 1: clínico (aluno-paciente)



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.

**b) O eixo 2, institucional** - conduz o aluno pelo mundo institucional das 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.

**Gráfico do eixo 2 - Institucional: academia (alunos)-serviços**

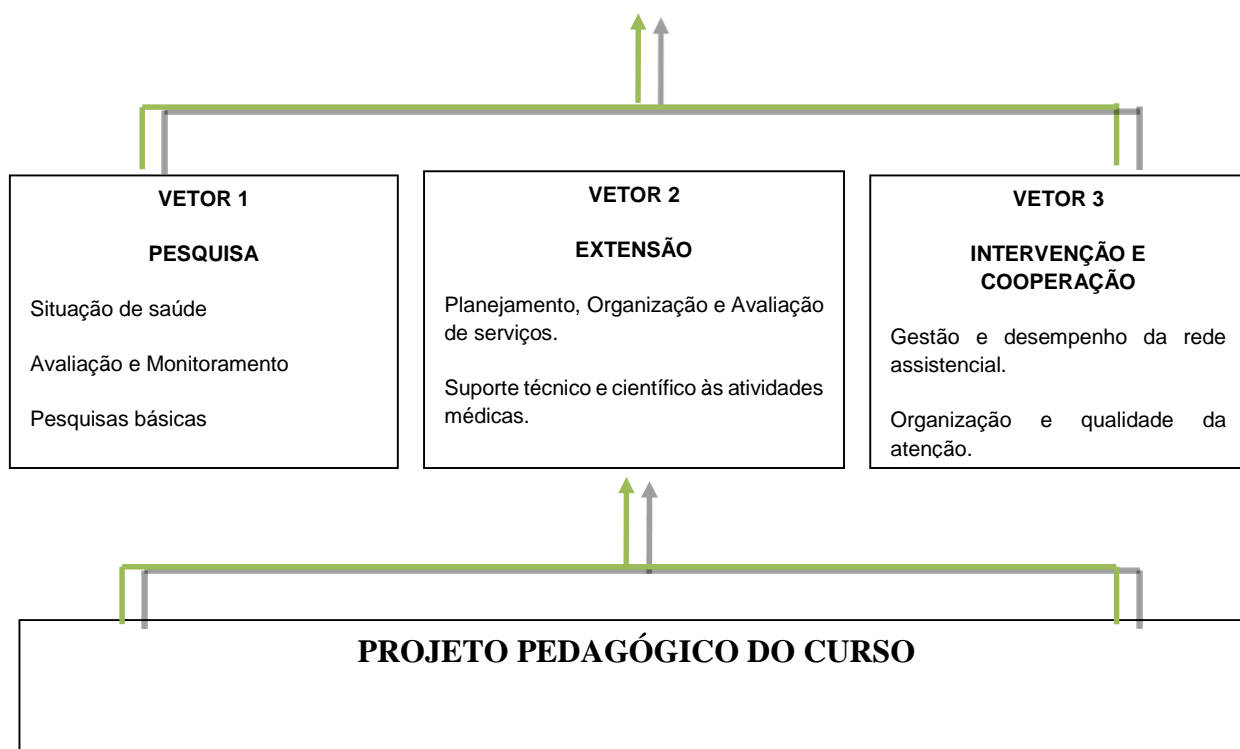


**IMAGEM OBJETIVO:** a escola médica e a gestão da saúde pública local estabelecem o sistema de saúde-escola com definição dos atores institucionais participantes e regulamentação de atividades de

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

**c) 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.

**Gráfico do 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 pedagógico, ações de valorização acadêmica da prática comunitária e de apoio ao fortalecimento da rede regional de saúde.

**d) 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 pelas oportunidades e contextos nos quais o conhecimento e a tecnologia se aplicam. É o eixo que prepara para o diálogo entre as dimensões da epistemia 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.

#### Gráfico do eixo 4 – Pessoal: princípios pessoais (aluno) – prática profissional

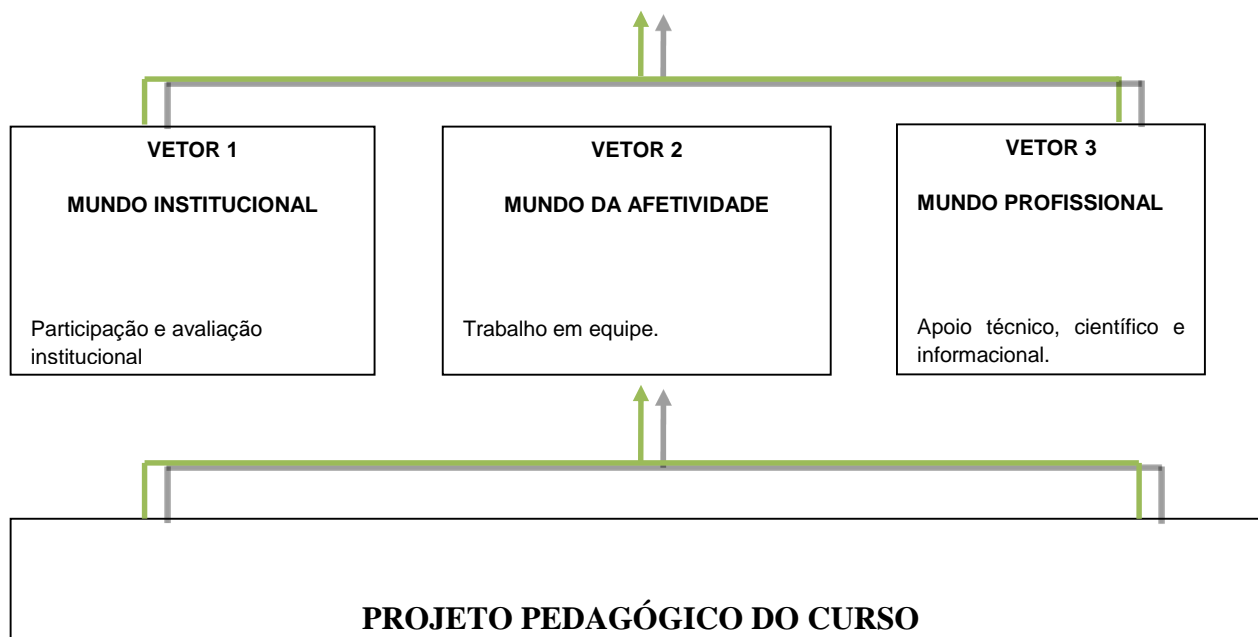


IMAGEM OBJETIVO: A escola médica oferece, de maneira sistemática, oportunidade de reflexão e problematização das ações desenvolvidas na comunidade, para todos os envolvidos no processo educacional e de atenção à saúde, criando uma cultura permanente de qualidade.

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:

<b>Pergunta</b>	<b>Módulo</b>	<b>Corpus de Conhecimentos</b>
Que conhecimentos, habilidades, atitudes e competências são necessárias para compreender, analisar criticamente e intervir nos <b>PROCESSOS BIOLÓGICOS</b> 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 <b>PROCESSOS DE AGRESSÃO, DEFESA E PROTEÇÃO?</b>	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 como BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS?	Bases dos processos psicossociais	Como ler, apreender e produzir conhecimentos (metodologia científica, antropologia social, saúde e sociedade)
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 sequenciais, 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 primeiro período 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 Picos, a exemplo do 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 <b>SUS</b> .
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.

#### **4.4. 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. Nesse sentido, a competência médica é alcançada pelo desenvolvimento integrado de três áreas de competência, abaixo relacionadas:

##### **Área de competência 1: Atenção à Saúde**

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;

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

#### 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.

### **Área de competência 2: 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.

### **Área de competência 3: 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.

#### **4.5. 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:**

<b>Níveis de desempenho esperado na formação médica</b>
<b>Nível 1.</b> Conhecer e descrever a fundamentação teórica
<b>Nível 2.</b> Compreender e aplicar conhecimento teórico
<b>Nível 3.</b> Realizar sob supervisão
<b>Nível 4.</b> 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 calcâneo - 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 líquórico; 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; cardiocografia. 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 (úlceras pépticas perfuradas; 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).

#### **4.6. 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.

#### **4.7. Pressupostos Curriculares**

O currículo do curso de Medicina do campus de Picos 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.

È 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 lócus onde se define o significado e a extensão objetiva do direito à saúde, vinculando o exercício da prática profissional aos valores iminentes 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 dos 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 referenciados 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.

#### 4.8. 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 ressignificados e um novo sentido lhes é dado conforme nos mostra o Quadro 01.

**Quadro 01: As racionalidades pedagógicas do processo de ensino e de aprendizagem**

<b>Indicadores</b>	<b>Racionalidade pedagógica prático-reflexiva</b>
<b>Pressuposto</b>	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.
<b>Educação</b>	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.
<b>Professor</b>	Agente histórico, reflexivo, pesquisador, autônomo, sujeito epistêmico, coparticipante do processo educativo. Talento artístico profissional. Emancipa-se pela pesquisa.
<b>Prática educativa</b>	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.

<b>Aprendizagem</b>	Processo de aprender fazendo, significativa; estruturação de conceitos científicos, socioafetivos, espaço-temporal, estéticos, éticos e valorativos, humanísticos.
<b>Planejamento</b>	Significativo. Determinado em função das características biopsicossociais do grupo, coletivo; um guia de ação, flexível.
<b>Avaliação</b>	Processual, comprometida com a aprendizagem de cada aluno e de todos os que pertencem à ecologia escolar. Inclusiva.
<b>Conhecimento</b>	Ético e estético. Dinâmico. Inacabado. É subjetivado, heurístico. Situado na realidade. A postura dos sujeitos em relação conhecimento é a de conhecedor, interpretador.
<b>Competência profissional</b>	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.
<b>Práxis</b>	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 em Picos 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 5.8).

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

#### **4.9. 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.

#### **4.10. 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.

#### **4.11. Sistemática de Avaliação**

O Curso de Medicina da UFPI/Picos 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 áreas 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.

#### **4.12. 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 02- Desempenho esperado nos eixos.**

<b>Habilidades médicas – cuidados individuais em todos os ciclos de vida</b>		
<b>Desempenho</b>	<b>Tarefas</b>	<b>Mobilização articulada dos Recursos para execução da tarefa</b>
	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. 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.
		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

Identifica as necessidades de saúde	Exame Clínico	exame clínico e na tradução e interpretação dos sinais identificáveis.
	Hipóteses Diagnósticas	<p>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.</p> <p>Informa suas hipóteses e a investigação necessária para a formulação do problema, de forma ética, empática e compreensível à pessoa/acompanhante.</p>
	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	<p>Elabora e executa um plano de cuidado e terapêutico, que inclua as ações de educação em</p> <p>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/contra-referenciar a pessoa.</p>



<b>Atenção primária à saúde-desenvolvimento do cuidado com indivíduos e coletivos sociais nos serviços de saúde</b>		
<b>Desempenho</b>	<b>Tarefas</b>	<b>Mobilização articulada dos Recursos para execução da tarefa</b>
Identifica as necessidades de saúde	Inquérito populacional/ investigação epidemiológica	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 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 as 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/Picos, 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-motores e afetivos (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.

#### **4.13. Avaliação do PPC**

A avaliação do Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Medicina da UFPI/Picos 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.

## Capítulo Cinco

### Matriz curricular do Curso de Medicina no campus de Picos (PI)

A matriz curricular do Curso de Medicina implantado no Campus de Picos (UFPI) está organizada na forma de períodos semestrais, onde estão relacionados os módulos educacionais, cargas horárias e pré-requisitos.

#### 5.1. Organização da matriz curricular por período

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
<b>I</b>	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	-----
<b>Créditos totais do semestre</b>		<b>14.18.0</b>	<b>480</b>	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
<b>II</b>	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
		<b>12.160</b>	<b>420</b>	

--	--	--	--

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
<b>III</b>	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
<b>Créditos totais do semestre</b>		<b>12.20.0</b>	<b>480</b>	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
	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 I	2.2.0	60	-----
	Bases dos Processos Psicossociais IV	3.0.0	45	Bases dos Processos Psicossociais III
<b>Créditos totais do semestre</b>		<b>11.21.0</b>	<b>480</b>	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
<b>V</b>	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
	Optativa II	4.0.0	60	
<b>Créditos totais do semestre</b>		<b>8.64.0</b>	<b>540</b>	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
<b>VI</b>	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
<b>Créditos totais do semestre</b>		<b>8.24.0</b>	<b>480</b>	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
<b>VII</b>	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
<b>Créditos totais do semestre</b>		<b>9.23.0</b>	<b>480</b>	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
<b>VIII</b>	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
<b>Créditos totais do semestre</b>		<b>11.21.0</b>	<b>480</b>	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
<b>IX</b>	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	
<b>Créditos totais do semestre</b>		<b>0.0.60</b>	<b>900</b>	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
<b>X</b>	Internato em Clínica Médica	0.0.10	150	<b>Todas os Módulos do 1º ao 8º período</b>
	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	
<b>Créditos totais do semestre</b>		<b>0.0.60</b>	<b>900</b>	

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
<b>XI</b>	Internato em Clínica Médica	0.0.10	150	<b>Todas os Módulos do 1º ao 8º período</b>
	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	

<b>Créditos totais do semestre</b>	<b>0.0.60</b>	<b>900</b>	
------------------------------------	---------------	------------	--

Período	Módulos	Créditos	CH	Pré-requisitos
<b>XII</b>	Internato em Clínica Médica	0.0.10	150	<b>Todas os Módulos do 1º ao 8º período</b>
	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	
<b>Créditos totais do semestre</b>		<b>0.0.64</b>	<b>960</b>	

### Resumo da Carga Horária Total do Curso:

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

### 5.2. Módulo integrador optativo

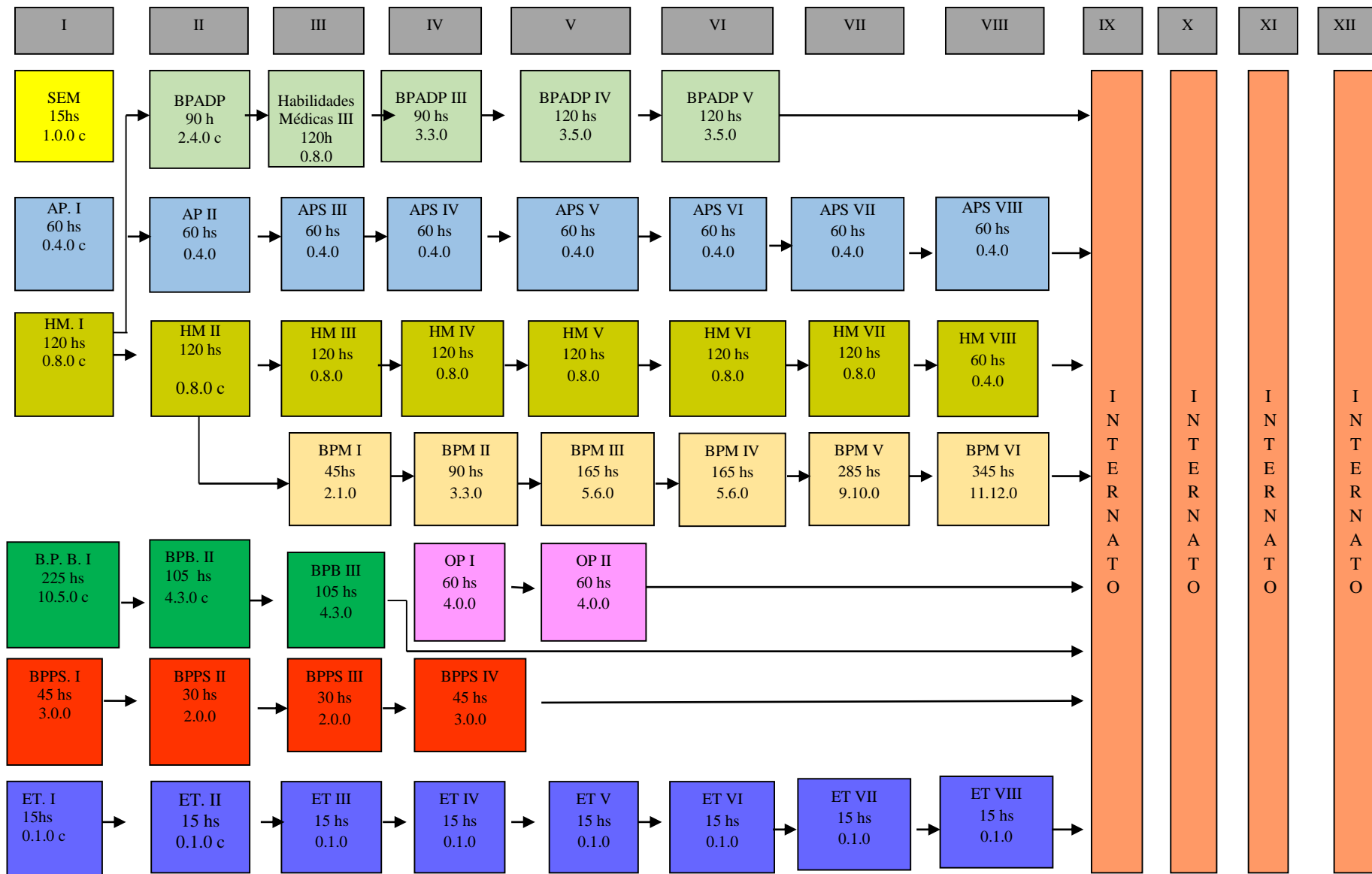
Nomenclatura	Créditos	Carga Horária
Política de desenvolvimento socioeconômico e impactos na saúde da população	3.1.0	60
Noções básicas de psicologia e psicopatologia	2.2.0	60
Gestão e participação social no SUS	1.3.0	60





Seminário de Introdução ao Curso (SM)	1													1
TOTAL	32	32	32	32	32	32	32	32						256

### 5.4. Fluxograma Curricular



### 5.5. Horários da Semana Padrão

Os módulos Sequenciais e Transversais estão distribuídos 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.

Manhã	ET + BPB I+BPPS I	APS	BPB I+BPPS I	ET+BPB I+BPPS I	BPB I+BPPS I Lab
		APS	Conferência		
Tarde	HM		HM	BPB I+BPPS I Lab	
	HM		HM		

Na primeira semana é o Seminário de introdução ao curso. Então serão 19 semanas de ET+BPB+BPPS em PBL

Manhã	APS	ET+ BPB II+BPPS II	OP	BPB II+BPPS II	ET + BPB II +BPPS II
	APS	Lab	OP	Conferência	Lab
Tarde	BPB II+BPPS II	HM		HM	
		HM		HM	

Nas primeiras 11 semanas será BPB II +BPPS II e nas nove semanas seguintes será BPADP +BPPS II.

## Período III

Manhã	HM	BPB III Lab	APS	HM	BPB III Lab
			APS		
Tarde	ET+ BPB III+ BPPS III		Conferência	ET+ BPB III+ BPPS III	

Nas 8 primeiras semanas será BPB III + BPPS III, nas 8 seguintes será BPADP II + BPPS III e nas 4 últimas será BPM + BPPS III.

## Período IV

Manhã		HM	OP	APS	HM
			OP	APS	HM
Tarde	Conferência	ET +BPADP III + BPPS IV	BPADP III Lab		
	BPADP III Lab				

## Período V

Manhã	ET + BPADP IV	BPADP IV Lab	BPADP IV	ET + BPADP IV	APS
			Conferência		APS
Tarde	HM		HM	BPADP IV Lab	
	HM		HM		

## Período VI

Manhã	BPADP V Lab	ET + BPADP V	BPADP V Lab	BPADP V	ET + BPADP V
				Conferência	
Tarde	APS	HM	TCC	HM	
	APS	HM		HM	

Nas primeiras 8 semanas será o BPADP V e nas 12 seguintes será o BPM IV. O TCC entra a partir do VI com 1h/semana

## Período VII

Manhã	HM	BPM V	BPM V	BPM V	BPM V
	HM	BPM V	BPM V	BPM V	BPM V
Tarde	ET + BPM V	APS	TCC	ET + BPM V	
		APS			

## Período VIII

Manhã		BPM IV	BPM IV	BPM IV	BPM V
		BPM IV	BPM IV	BPM IV	
Tarde	HM	ET + BPM IV	APS	TCC	ET + BPM IV
	HM		APS		

O PBM IV terá duração de 19 semanas e a última semana será destinada ao

Seminário de defesa do TCC.

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

## 5.6. Estágio Obrigatório (Internato)

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 Obrigatório 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 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, tem 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 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**.

## 5.7 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 de se estabelecer 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:

<b>Quadro 3 - Atividades Complementares</b>		
<b>PRIMEIRO GRUPO – ENSINO</b>		
<b>ATIVIDADE</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO (C/H)</b>
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 apresentador	Participação em eventos nacionais diretamente relacionados às atividades acadêmicas da área de medicina e áreas afins com apresentação de trabalho e publicação nos anais do evento	20 (vinte) horas máximo de 60 (sessenta) horas
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	10 (dez) horas máximo de 60 (sessenta) horas

	afins, com coautoria de trabalho apresentado e publicação nos anais do evento.	
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 dos periódicos)	30 (trinta) horas máximo de 60 (sessenta) horas

<b>TERCEIRO GRUPO – EXTENSÃO</b>		
<b>ATIVIDADE</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO (C/H)</b>
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 obrigatório	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.

### **5.8. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (INÍCIO 4º PERÍODO – TÉRMINO 8º PERÍODO)**

Conforme Resolução 177 aprovada pelo Reitor da UFPI em 2012, o trabalho de conclusão de curso corresponde a uma produção acadêmica que expresse as competências e habilidades desenvolvidas pelos alunos, assim como os conhecimentos por estes adquiridos durante o curso de graduação. Deverá ter sua regulamentação aprovada em cada colegiado de curso, podendo ser realizado nas formas de **monografia, memorial, artigo científico** para publicação, **relato de caso** ou outra forma definida pelo colegiado de curso.

Outrossim, 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.

Segue em **anexo (1) proposta de normatização do TCC do curso de Medicina.**

### **5.9. 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

<b>SEMINÁRIO DE INTRODUÇÃO AO CURSO</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
<b>1.0.0</b>	<b>15h</b>	<b>Não tem</b>
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>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.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>UFPI. Projeto Pedagógico do curso de Medicina, 2014.</p> <p>UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. <b>Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) 2010-2014</b>. Teresina: EDUFPI, 2010. 232p.</p> <p>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: <a href="http://www.ufpi.br/arquivos/File/normas%20da%20graduacao%20APROVADO%20CEPEX%20(2).pdf">http://www.ufpi.br/arquivos/File/normas%20da%20graduacao%20APROVADO%20CEPEX%20(2).pdf</a>. Acesso em: 05 de janeiro de 2013.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		
<p>UFPI. <b>Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão. Resolução Nº 017/2011</b>. Guia Acadêmico do aluno 2011. Disponível em: <a href="http://www.ufpi.br/arquivos/File/GUIA%202011.pdf">http://www.ufpi.br/arquivos/File/GUIA%202011.pdf</a>. Acesso em: 18/09/2013.</p> <p>UFPI. <i>Resolução CONSUN/UFPI nº 032/05. Estatuto da Universidade Federal do Piauí</i>, de 10/10/2005. Disponível em: <a href="http://www.ufpi.br/arquivos/File/estatutos_e_regimentos/estatuto_ufpi.pdf">http://www.ufpi.br/arquivos/File/estatutos_e_regimentos/estatuto_ufpi.pdf</a>. Acesso em: 18/09/2013.</p>		

UFPI. *Relatório de Autoavaliação da UFPI*, 2012. Disponível em: [http://www.ufpi.br/subsiteFiles/cpa/arquivos/files/Relat%C3%B3rio%20CPA%202012\\_final.pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/cpa/arquivos/files/Relat%C3%B3rio%20CPA%202012_final.pdf) Acesso em: 18/09/2013.

UFPI. *Resolução Conjunta nº 002/2010 – Conselho Diretor/Conselho Universitário*, 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**. *Resolução nº 152/99*. Regulamenta o programa de monitoria, 1999.

### BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS I

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
<b>10.5.0</b>	<b>225h</b>	<b>Não tem</b>

#### EMENTA:

Bases biológicas da constituição do ser humano: I Estruturas: Introdução à Anatomia. Estudo das estruturas anatômicas que compõem os sistemas esquelético, articular, muscular, tegumentar, circulatório, respiratório, digestório, urinário, reprodutor, endócrino e nervoso: II Formas: Características físico-químicas e funcionais das principais biomoléculas: carboidratos, lipídios, aminoácidos, proteínas, ácidos nucleicos e vitaminas. Determinação qualitativa de biomoléculas. Metabolismo de carboidratos, lipídios, compostos nitrogenados e ácidos nucleicos. Integração do metabolismo aos aspectos clínicos da bioquímica; III – Movimentos: Fisiologia geral dos sistemas muscular esquelético, cardio-circulatório, respiratório, urinário, digestório, endócrino, sistema nervoso autônomo e somático.

#### BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

GARDNER, E. G.; DONALD J. O.; RAHILLY, R. **Anatomia Estudo Regional do Corpo Humano: Métodos de Dissecção**. 23. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

VOET, D., VOET, J.G. e PRATT, C.W. **Fundamentos de Bioquímica**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 1616p.

GUYTON, A. C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Elsevier. 12. Ed. 2011.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

SOBOTTA, Johannes. **Atlas de Anatomia Humana**: Sobotta. 22. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.



- DANGELO, José Geraldo. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- ABRAHAMS, Peter H. **Atlas clínico de anatomia humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- NETTER, Frank H. **Atlas de anatomia humana**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.
- TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo Humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 8ª Edição. São Paulo, Editora Artmed, 2012.
- LUTJEN-DRECOLI, E; Rohen, J. W; Yokochi, C. Anatomia Humana - Atlas Fotográfico Anatomia Sistêmica Regional– 7. ed., 2010.
- MOORE, K. L; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. **Anatomia Orientada para a Clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.
- SMITH, Collen. **Bioquímica Médica Básica de Marks: uma abordagem clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2007.
- NELSON, D.L., COX, M.M. Lehninger. **Principios de Bioquímica**. 5.ed. São Paulo ARTMED, 2011. 1.273p.
- CHAMPE, Pâmela C. Harvey, Richard. **A Bioquímica Ilustrada**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- BERG, J. .M., TYMOCZKO, J. L., STRYER, L. **Bioquímica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- BURTIS, C. A., ASHWOOD, E. R. & BRUNS, D. Tietz. **Fundamentos de Química Clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- MARZZOCO, A., TORRES, B. B. **Bioquímica Básica**. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 2007.
- BAYNES, J. DOMINICZAK, M. H. **Bioquímica Médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Perguntas e Respostas em Fisiologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2009.
- DE ROBERTIS, E.D.P. **Bases da Biologia Celular e Molecular**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BURTON A. C. **Fisiologia e Biofísica da Circulação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- ALMEIDA, JR. **Elementos de Anatomia e Fisiologia Humanas**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2003.
- PANTHON, H. D. **Textbook of Physiology**, 21. ed. Philadelphia: Saunders, 2000.

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
<b>0.4.0</b>	<b>60h</b>	<b>Não tem</b>
<b>EMENTA:</b>		
<p>Determinação social da saúde. A emergência da prática médica: aspectos teóricos e históricos. Sujeitos e as Práticas de Saúde. A complexidade da atenção e saúde comunitária. Elemento de Pesquisa em atenção básica. A situação de saúde. modelo assistencial, regionalização e municipalização de saúde, níveis de assistência. Sistemas de Saúde.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p><b>BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIA DE SAÚDE.</b> Atenção Primária e Promoção da Saúde, 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). <b>Tratado de Saúde Coletiva.</b> Rio de Janeiro: HUCITC/FIOCRUZ, 2009.</p> <p>BERTOLLI FILHO, C. <b>História da saúde pública no Brasil.</b> 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		
<p><b>BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIA DE SAÚDE.</b> Vigilância em Saúde, Brasília: CONASS, 2011(coleção para entender a gestão do SUS 2011).</p> <p>CORTES S.V (org). <b>Participação e saúde no Brasil.</b> FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2009.</p> <p>ACOSTA AR, VITAL E FMA, (Org). <b>Família: redes, laços e políticas públicas.</b> 5. ed. Cortez: São Paulo, 2010.</p> <p>MERHY, E.E. <b>A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas.</b> São Paulo: Hucitec, 1992.</p> <p>MARTINS CM, STAUFFER AB. <b>Educação em saúde.</b> FIOCRUZ/Escola Politécnica Joaquim Venâncio. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.</p>		

<b>BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS I</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
3.0.0	45 h	Não tem

**EMENTA:**

Ciência e sociedade. O humano entre unidade biológica e diversidade cultural. Princípios gerais de antropologia da saúde: a construção social do corpo, da enfermidade e das estratégias terapêuticas. História da ciência, métodos científicos, caracterização e instrumentalização: leitura, documentação, trabalho científico. Pesquisa em saúde. Metodologia da pesquisa científica: elaboração de projetos de pesquisa e artigos científicos.

**BIBLIOGRAFIA BÁSICA:**

BURGOS, J.M. **Antropologia Breve**, Diel, 2013.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23 ed. Cortez, 2007.

KOCHE, JC. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e prática de pesquisa. 17.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

**BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:**

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 5. ed. São Paulo: Ática, 1995.

APOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência. Filosofia e Prática da Pesquisa**, Penso, 2011.

STAKE, R.E. **Pesquisa Qualitativa – Estudando como as Coisas Funcionam**. Penso, 2011.

MARCONI, MA; LAKATOS, E.M. **Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

PETRIE, A; SABIN, C. **Estatística Médica**, Roca, 2010.

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

MINAYO, M. C. De Souza & Outro (org). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro; Fiocruz, 2002.

**HABILIDADES MÉDICAS I**

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120	Não tem

**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; determinação do risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares; aferição capilar da glicemia e acesso venoso periférico. Habilidades de estudo. Princípios de conduta estudantil e ética médica. Habilidades de apresentações médicas eficientes. Principais exames bioquímicos de interesse na clínica médica. Integração do metabolismo aos aspectos clínicos da bioquímica.

#### **BIBLIOGRAFIA BÁSICA:**

MELLO FILHO, J.; BURD, M. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

PORTO, C.C. (Ed.); PORTO, A. 1. (Ed.). **Semiologia Médica: habilidades para o exame clínico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

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

#### **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:**

MARZZOCO, A., TORRES, B. B. **Bioquímica Básica**. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 2007.

SMITH, Collen. **Bioquímica Médica Básica de Marks: uma abordagem clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília:[s.n.].

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução de Cláudia Buchweitz; Pedro M Garcez. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

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.

SWARTZ, M.H. **Tratado de Semiologia Médica: história e exame clínico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Tradução de Anelise Teixeira Burmeister. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 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 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, Educus, 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):
<b>4.3.0</b>	<b>105h</b>	<b>BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS I</b>
EMENTA: Processos biológicos que constituem o ser humano: I Formas: Histologia e embriologia básica dos órgãos/sistemas do corpo humano. II; Estruturas: estrutura histológica dos tecidos: epitelial, conjuntivo, linfoide, muscular e esquelético. Sistema Circulatório; Sistema Respiratório; Sistema Digestório; Sistema Urogenital; Sistema tegumentar; Sistema endócrino;		

III – Movimentos: Sistemas reprodutores masculino e feminino. Gametogênese. Primeiras fases do desenvolvimento embrionário.

### **BIBLIOGRAFIA BÁSICA:**

DELAMARCHE, P. **Anatomia, fisiologia e biomecânica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MOORE, K.L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

### **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:**

MOORE, K. L. **Anatomia orientada para a clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

ZORZETTO, N. L. **Curso de Anatomia Humana**. 7. ed. Presidente Prudente: Data Juris, 1995.

YOUNG, B; LOWE, J. S. ;STEVENS, A; HEATH, J. W. **Wheater - Histologia Funcional - Texto e Atlas em Cores**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

MOORE, K.L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

WELSCH, U. Sobotta. **Histologia**. Guanabara: Koogan, 2007.

## **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE II**

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
<b>0.4.0</b>	<b>60h</b>	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE I</b>

### **EMENTA:**

Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos e conceituais. A organização dos sistemas de saúde e os níveis de atenção. Princípios e organização da APS. A APS no Brasil: os serviços de saúde e níveis de promoção da saúde.

<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>
<p>BRASIL. CONASS. <b>Atenção Primária e Promoção de Saúde</b> (Coleção para entender a gestão do SUS), Brasília: MS, 2011.</p> <p>GIOVANELLA, L. (org.). <b>Política e sistema de saúde no Brasil</b>. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.</p> <p>STARFIELD. <b>Atenção Primária em Saúde</b>: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO/MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília 2002</p>
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR</b>
<p>SOUSA, M.F. <b>Programa de Saúde da Família no Brasil</b>: análise da desigualdade no acesso à atenção Básica. Ed UNB, Brasília, 2007</p> <p>VASCONCELOS EM. <b>A Saúde nas palavras e nos gestos</b>: reflexões da rede de educação popular e saúde. HUCITEC: São Paulo, 2001</p> <p>PASCHE DF, CRUZ IBM (Org). <b>A saúde Coletiva</b>: diálogos contemporâneos. Ed Unijuí, Unijuí-RS, 2006</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. <b>Médicos e a Saúde Coletiva no Brasil</b>. Brasília: CFM, 1998.</p> <p>MENDES, E.V. <b>As redes de atenção à saúde</b>. ESP de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.</p>

<b>BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO, DEFESA E PROTEÇÃO I</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
<b>2.4.0</b>	<b>90h</b>	<b>BASES DOS PROCESSOS BIOLÓGICOS I</b>
<p>EMENTA: Processos de agressão defesa e proteção presentes na constituição do ser humano I: estruturais: Conceitos básicos do desenvolvimento da tecnologia do DNA, análise da clonagem gênica, estudo da função dos genes e processos biológicos, aplicações na biotecnologia e na genética humana. II: processuais: Introdução à biofísica. Biofísica dos sistemas. Biofísica celular e molecular. Biofísica das radiações e radiobiologia. Métodos biofísicos de investigação e análise</p>		

## BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

- CARNEIRO, J.; JUNQUEIRA, L. C. **Biologia Celular e Molecular**. 9. ed. Guanabara Koogan, 2012.
- MOURÃO JÚNIOR, C. A.; ABRAMO, D. M. **Biofísica Essencial**. Guanabara Koogan, 2012.
- NORMAN.C.A.B.M. **Práticas em Biologia Celular**, Sulina,2008.

## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

- DI ROBERTIS, E.**Bases da biologia Celular e Molecular**, Guanabara Koogan, 2006.
- WATSON, JD. **Biologia molecular do gene**. 5. ed. Porto Alegre, Artmed, 2006.
- FARAH, SB. **DNA - Segredos e Mistérios**. 2 ed. São Paulo, Editora Sarvier, 2007.
- MALECINSKI, GM. **Fundamentos de Biologia Molecular**. 4ª. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.
- EÇA, LP. et al. **Biologia Molecular. Guia prático e didático**. Rio de Janeiro, Revinter, 2004.
- KAMOUN. **Bioquímica e Biologia Molecular**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- DURAN, J.H.R. **Biofísica: conceitos e aplicações**, Pearson,2.ed., 2011.
- HENEINE, I. F. Biofísica Básica. São Paulo: Atheneu YOUNG, B; LOWE, J. S. ;STEVENS, A; HEATH, J. W.**Wheater - Histologia Funcional - Texto e Atlas em Cores**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- GARCIA, E. A.C. **Biofísica**, 2. Ed, Martins Fontes, 2010.
- SANCHES, J.A.G; NARDY, M.B.C.; STELLA, M.B. **Bases da Bioquímica e Tópicos de Biofísica - Um Marco Inicial**. Guanabara Koogan, 2012.
- OKUNO,E; Caldas,I. L. **Biofísica para as Ciências Biomédicas**. EDIPUC, 2008.
- OLIVEIRA, C. **Práticas de Bioquímica e Biofísica. Uma visão Integrada**. Guanabara Koogan, 2009.
- LIMA, J.J.P.; BOTELHO, M.F. **Biofísica Médica. Exercícios Práticos**. Imprensa, Universitária, 2010.

## HABILIDADES MÉDICAS II

Créditos

Carga Horária:

Pré-requisito(s):



0.8.0	120h	Habilidades Médicas I
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Noções preliminares sobre ética. O bem; a norma; a obrigação moral; a consciência moral; a responsabilidade moral. (ÉTICA) A técnica da anamnese, do exame físico geral, e compartimentalizado com a propedêutica específica de cada órgão e sistema. Aperfeiçoamento da relação médico-paciente e fundamentos de ética</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b></p>		
<p>PORTO, C.C. (Ed.); PORTO, A.L.(Ed.). <b>Semiologia médica: habilidades para o exame clínico</b>. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>LÓPEZ, M, LAURENTYS-MEDEIROS, J. <b>Semiologia Médica: As bases do diagnóstico clínico</b>. 6. ed.Rio de Janeiro: Revinter, 2009;</p> <p>RUBIN, EMANUEL (Ed.). <b>Rubin patologia: bases clinicopatológicas da medicina</b>. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1625 p.</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b></p>		
<p>SGRECCIA, E. <b>Manual de bioética: aspectos médico-sociais</b>. São Paulo: Loyola, 1997. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1246/88</p> <p><b>HARTMANN, H.R.</b> Lições de estética filosófica: uma pedagogia da sensibilidade e expressão. Londrina: Ed. UEL, 2001.</p> <p>SWARTZ, MARK H. <b>Tratado de semiologia médica: história e exame clínico</b>. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.</p> <p>FRIEDMANN, A.A.; GRINDLER, J.; OLIVEIRA, C.A.R. <b>Diagnóstico diferencial no eletrocardiograma</b>. 1. ed. São Paulo: Manole, 2007.</p> <p>LEITE, A.J.M; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (ORGs.).<b>Habilidades de comunicação com pacientes e famílias</b>. São Paulo: Sarvier, 2007.</p> <p>BURTIS, CARL A; ASHWOOD, EDWARD R; BRUNS, DAVID E. TIETZ. <b>Fundamentos de química clínica</b>. Tradutor et al: Alexandre Vianna Aldighieri Soares et al. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.</p>		

<b>BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS II</b>		
<b>Créditos</b>	<b>Carga Horária:</b>	<b>Pré-requisito(s):</b>

2.0.0	30 h	Não tem
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>História da ciência, métodos científicos, caracterização e instrumentalização: leitura, documentação, trabalho científico. Pesquisa em saúde; Testes e Medidas em pesquisa em saúde: medidas de tendência central e de dispersão; noções de probabilidade; distribuição normal; binominal; qui-quadrado; associações; intervalo de confiança. Levantamento de dados; formas de apresentação de dados Habilidades de utilização e navegação de ambientes virtuais: bases de dados científicos nacionais e internacionais.</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b></p>		
<p>SEVERINO, A.J. <b>Metodologia do Trabalho Científico</b>. 23 ed. Cortez, 2007.</p> <p>VIEIRA, S. <b>Bioestatística- tópicos avançados</b>. 3.ed. Elsevier, 2010.</p> <p>KOCHE, JC. <b>Fundamentos de metodologia científica</b>: teoria da ciência e prática de pesquisa.17.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b></p>		
<p>CHAUÍ, M. <b>Convite à Filosofia</b>.5. ed. São Paulo: Ática, 1995.</p> <p>APOLINÁRIO, F. <b>Metodologia da Ciência. Filosofia e Prática da Pesquisa</b>, Penso, 2011.</p> <p>STAKE, R.E. <b>Pesquisa Qualitativa – Estudando como as Coisas Funcionam</b>. Penso, 2011.</p> <p>MARCONI, MA; LAKATOS, E.M. <b>Metodologia Científica</b>.3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.</p> <p>PETRIE, A; SABIN, C. <b>Estatística Médica</b>, Roca, 2010.</p> <p>CANGUILHEM, G. <b>Escritos sobre a medicina</b>. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.</p> <p>MINAYO, M. C. De Souza &amp; Outro (org). <b>Antropologia, saúde e envelhecimento</b>. Rio de Janeiro; Fiocruz, 2002.</p>		

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.1.0	15h	Não tem
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Introdução à biofísica. Biofísica dos sistemas. Biofísica celular e molecular.. Métodos biofísicos de investigação e análise. A Biofísica e os Serviços de Saúde – o que acessar.</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b></p>		
<p>MOURÃO JÚNIOR, C. A.; ABRAMO, D. M. <b>Biofísica Essencial</b>. Guanabara Koogan, 2012.</p> <p>DURAN, J.H.R. <b>Biofísica: conceitos e aplicações</b>, Pearson, 2.ed., 2011</p> <p>HEINENE, Ibrahim F. <b>Biofísica Básica</b>. São Paulo: Atheneu Editora, 2004.</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b></p>		
<p>GARCIA, E. A.C. <b>Biofísica</b>, 2. Ed, Martins Fontes, 2010.</p> <p>SANCHES, J.A.G; NARDY, M.B.C.; STELLA, M.B. <b>Bases da Bioquímica e Tópicos de Biofísica - Um Marco Inicial</b>. Guanabara Koogan, 2012.</p> <p>OLIVEIRA, C. <b>Práticas de Bioquímica e Biofísica. Uma visão Integrada</b>. Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>LIMA, J.J.P.; BOTELHO, M.F. <b>Biofísica Médica</b>. Exercícios Práticos. Imprensa, Universitária, 2010.</p> <p>OKUNO, E; Caldas, I. L. <b>Biofísica para as Ciências Biomédicas</b>. EDIPUC, 2008.</p>		

### PERÍODO III

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

EMENTA: Processos fisiológicos voltados para a homeostase e os processos fisiológicos reativos. I: Fisiologia específica dos componentes dos sistemas muscular esquelético, cardio-circulatório, respiratório, urinário, digestório, endócrino, sistema nervoso autônomo e somático. II - Introdução ao estudo da imunologia, células e órgãos que compõem sistema imune, reações antígeno-anticorpo, complemento e vias de ativação, complexo histocompatibilidade, tipagem do sistema HLA, cooperação celular.

#### BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

CONSTANZO, L.S. **Fisiologia**. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BERNE, M.R. ; LEVY, M.N. **Fundamentos de Fisiologia**. 4. ed. Rio Janeiro: Elsevier, 2006.

VOLTARELLI, J.C.; DONADI, E.A. **Imunologia Clínica na Prática Médica - ATHENEU**; 2008.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Perguntas e Respostas em Fisiologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2009.

DE ROBERTIS, E.D.P. **Bases da Biologia Celular e Molecular**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BURTON A. C. **Fisiologia e Biofísica da Circulação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ALMEIDA, JR. **Elementos de Anatomia e Fisiologia Humanas**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2003.

PANTHON, H. D. **Textbook of Fisiology**, 21. ed. Philadelphia: Saunders, 2000.

ABBAS, A.K.; LICHTMAN, A.; PILLAI, H. **Imunologia Celular e Molecular**. Elsevier, 2012.

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

PARSLOW, T.G.; STITES, D.; TERR, A.I.; IMBODEN, JB. **Imunologia Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

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

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

--

<b>BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO DEFESA E PROTEÇÃO II</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
4.3.0	105h	BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO DEFESA E PROTEÇÃO I
<p>EMENTA: Bases dos processos de agressão, defesa e proteção do ser humano: I: Estudo dos microorganismos em geral, enfocando principalmente as bactérias, vírus e fungos de interesse médico, sob os aspectos taxonômicos, morfológicos, biológicos, imunológico e epidemiológico e dos métodos de tratamento e de profilaxia. II. Agentes etiológicos de doenças parasitárias humanas de importância no país, no Piauí e na Região Norte do estado. Vetores e reservatórios. Os agentes etiológicos serão estudados quanto a seus aspectos taxonômicos, morfológicos, biológicos, patogênicos, epidemiológicos e de métodos diagnósticos e profiláticos. Em relação aos vetores serão focalizados aspectos sistemáticos, morfológicos, biológicos e medidas de controle.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>MURRAY, P.R. ROSENTHAL, K.S. <b>Microbiologia Médica</b>. Guanabara Koogan, 2010.</p> <p>PESSOA, S. B.; MARTINS, A. V. <b>Parasitologia Médica</b>. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.</p> <p>NEVES, D.P. <b>Parasitologia Humana</b>. 12ª. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		
<p>CASE, C.L.; FUNKE, B.R.; TORTORA, G.J. <b>Microbiologia</b>. 10ª. ed. São Paulo: Artmed, 2012.</p> <p>TORTORA, G.J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. <b>Microbiologia</b>. 8. ed. São Paulo: Artmed, 2011.</p> <p>LEVENTHAL, R.; CHEADLE, R. <b>Parasitologia médica: texto e atlas</b>. 4. ed. São Paulo: Premier, 2000. 160 p.</p> <p>VERONESI, R. <b>Tratado de Infectologia</b>. 4ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.</p>		

SIQUEIRA, A. M.; ARIOSIA, M. C. F. **Microbiologia Básica: roteiro de aulas práticas**.2005.

LACAZ, CARLOS DA SILVA; MARTINS, JOSÉ EDUARDO. **Micologia Médica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 2001.

TRABULSI, L. R.; ALTERTHUM, F. **Microbiologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

PELCCZAR, Chan Krieg. **Microbiologia Conceitos e Aplicações**. Rio de Janeiro: Markcrow Books 2002.

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE III

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

#### EMENTA:

Noções de planejamento em saúde. Avaliação e monitoramento da gestão do SUS. Gestão Participativa em Saúde. Importância do controle social - Conselhos de Saúde. Fenômenos ambientais que afetam a saúde dos seres humanos: determinantes físico-químicos, biológicas e sociais. Vigilância em saúde ambiental no nível local do território.

#### BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para sua compreensão e crítica**. EDUFBA/FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2008.

DAMAZIO, L. **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde: caminhos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2012.

PHILIPPI JR., **Saneamento, Saúde e Meio Ambiente: Fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. São Paulo. Ed. Manole, 2005.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

AVILA-PIRES, FERNANDO DIAS DE. **Princípios de ecologia médica**. Florianópolis. Editora da UFSC, 2. Ed., 2000.

MINAYO, M..C. S. ; MIRANDA, A.C. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

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

CORTES, S. M. V (ORG). **Participação em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009

PEDROSA, J. I. S., PERERIRA, E. D. S. Atenção básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário. **Revista Brasileira de Saúde da Família** (Brasília). , v.VIII, p.7 - 22, 2007.

<b>HABILIDADES MÉDICAS III</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120h	Habilidades Médicas II
<b>EMENTA:</b>		
<p>Aspectos gerais da fisiopatologia dos sistema muscular esquelético, cardio-circulatório, respiratório, urinário, digestório, endócrino, sistema nervoso autônomo e somático, correlacionando seus sinais e sintomas(exame clinico). Coleta e interpretação da anamnese básica, identificação, queixa principal, história da doença atual, antecedentes e revisão dos sistemas. Realização sistematizada do exame físico geral e dos sistemas.Técnicas da relação médico-paciente. Conhecimento dos sinais e sintomas mais comuns na prática clínica. Noções de exame complementares, através da realização e interpretação do eletrocardiograma, hemograma, sumário de urina, oximetria de pulso e gasometria. Procedimentos básicos:sondagem transuretral, injeções e suturas.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>LAURENTYS-MEDEIROS, J.; LÓPEZ, M. <b>Semiologia Médica - As bases do diagnóstico clínico.</b> 5ed. São Paulo: Revinter, 2004.</p> <p>PORTO, C.S; <b>Semiologia Médica.</b> 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2009.</p> <p>DUNCAN, BB; SCHMIDT, MI, GIUGLIANI, ERJ. <b>Medicina Ambulatorial: Conduitas Clínicas em Atenção Primária.</b> Editora Artes Médicas, 2ª edição, PA, 1996</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		

BEVILACQUA, Fernando; BOUSOUSSAN, Eddy; JANSEN, José Manoel; CASTRO, Fernando Espínola. *Fisiopatologia Clínica*. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 1995.

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

BATES, B. *Propedêutica Médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

HOCHETEIN, R. *Manual do Exame do Paciente para Estudante de Medicina*. São Paulo: Atheneu, 1985.

BRANCO, R.F.G. *A Relação com o paciente*. 1ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2003.

### **BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS III**

<b>Créditos</b>	<b>Carga Horária:</b>	<b>Pré-requisito(s):</b>
2.0.0	30 h	Não tem

#### **EMENTA:**

Processos psicossociais: as interações individuais e coletivas. As dimensões da ciência psicológica e prática médica através das determinações sociais do processo saúde-doença. O normal e o patológico

#### **BIBLIOGRAFIA BÁSICA:**

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1995.

#### **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:**

CHAUÍ, M. *Convite à Filosofia*. 5. ed. São Paulo: Ática, 1995.

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.



STAKE, R.E. **Pesquisa Qualitativa – Estudando como as Coisas Funcionam**. Penso, 2011.

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

<b>BASES DA PRÁTICA MÉDICA I</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
2.1.0	45h	<b>BASES DA PRÁTICA MÉDICA I</b>
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Introdução ao estudo da Farmacologia. Vias de introdução de fármacos. Farmacocinética. Farmacodinâmica. Relação dose-resposta. Farmacologia do sistema nervoso autonômico, periférico e central. Fundamentos da técnica cirúrgica, da anestesiologia, da metabologia e dos processos patológicos gerais em pacientes cirúrgicos</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>HARDMAN, J.G.; LIMBIRD, L.E. (Ed.). Goodman &amp; Gilman. <b>As Bases Farmacológicas da Terapêutica</b>. 12 ed., Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.</p> <p>BARASH, P.G., et al. <b>Manual de Anestesiologia Clínica</b>: São Paulo: McGraw-Hill Interamericana, 2002.</p> <p>GOLFF, F.S. <b>Técnica Cirúrgica</b>: Bases Anatômicas, Fisiopatológicas e Técnica Cirúrgica. 4. ed, 1997.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		
<p>BOGOSSIAN, L. <b>Choque</b>. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1991.</p> <p>KNOBEL, E. <b>Condutas no paciente grave</b>. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.</p> <p>PITREZ, F.A.B.; PIONER, S.R. <b>Pré e Pós-operatório em cirurgia especializada</b>. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.</p> <p>TOWNSEND, C.M.; BEAUCHAMP, M.P.; et al.(SABISTON). <b>Tratado de Cirurgia. A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna</b>. 17. ed. Rio de Janeiro: ElsevierLtda, 2005 (2 volumes).</p> <p>WAITZBERG, D.I. <b>Nutrição enteral e parenteral na prática clínica</b>. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.</p> <p>TAVARES W. <b>Manual de Antibióticos e Quimioterápicos Anti-infecciosos</b>. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.</p>		

GOLAN D, TASHJIAN A, ARMSTRONG E, ARMSTRONG A. **Princípios de Farmacologia. A Base Fisiopatológica da Farmacoterapia.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

FUNCS, F.D.; WANNMACHER, I. **Farmacologia Clínica. Fundamentos de Terapêutica Racional.** 3. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.

FINKEL, R.; CUBEDDU, L.X.; CLARK, M.A. **Farmacologia Ilustrada.** 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 2010.

DEF. **DICIONÁRIOS DE ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS.** 39 ed. Rio de Janeiro, Publicações Médicas Ltda., 2011/2012.

SILVA, P. **Farmacologia.** 8 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2010.

### ESTUDOS TUTORIAIS III

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

#### EMENTA:

Os agentes infecciosos, as doenças e a comunidade.

#### BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica . - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

VAUGHAN, J. P. e R. H. Morrow. **Epidemiologia para Sistemas Locais de Saúde.** Manual para Gerenciamento dos Distritos Sanitários. São Paulo, Hucitec, 1992

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.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

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

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.

LAURENTI, R. MELLO JORGE, M. H.; GOTLIEB, S.L.D. **Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina**. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 10 (1): 35-46, 2005.

CODEÇO, C. T.; COELHO, F. C. Redes: um olhar sistêmico para a epidemiologia de doenças transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6):1767-1774, 2008

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.

#### PERÍODO IV

<b>BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO DEFESA E PROTEÇÃO III</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
3.3.0	90h	<b>BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO DEFESA E PROTEÇÃO II</b>
<p>EMENTA: Processos de agressão, defesa e proteção: I: processos endógenos: Aplicação da genética médica. Base química da hereditariedade. Cariótipo humano. Aberrações cromossômicas numéricas e estruturais. Cromossomopatias autossômicas humanas, Distúrbios clínicos dos cromossomas sexuais. Hemoglobinopatias. Erros inatos do metabolismo. Genética e Câncer. Defeitos de proteínas receptoras. Aconselhamento genético e tratamento das doenças genéticas. Estudo da estrutura química do material genético, montagem de cariótipo humano. Estudo das cromossomopatias humanas mais frequentes, as hemoglobinopatias, erros inatos do metabolismo, defeitos no metabolismo das purinas, defeitos das proteínas receptoras e defeitos do transporte de membrana. Análise de Heredograma. Bases moleculares e citológicas da hereditariedade. Genes, cromossomos e alterações cromossômicas. Citogenética humana. Padrões de Herança monogênica, variação na expressão dos genes. Herança multifatorial. II – Processos interativos: Introdução ao estudo dos processos gerais da patologia, dando ênfase ao emprego de modelos experimentais, como métodos de técnicas de aprendizagem e ensino. Funcionamento de um serviço de anatomia patológica, bem como de sua utilidade no âmbito universitário. Importância das necrópsias para o aprendizado médico, quando e porque devem ser solicitadas. Conceito dos processos inflamatórios e alterações que nele ocorrem. Reconhecimento macro e microscopicamente dos pigmentos e minerais principais.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		

THOMPSON, M. W. : Willard, H. F. **Genética Médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

KUMAR, V. Robbins. **Patologia Básica**. 8 ed. São Paulo: Elsevier Health Science, 2011.

ABBAS, A.K.; KUMAR, V. FAUSTO, N. Robbins & Cottran – **Patologia**. 7 ed. Elsevier Brasil: São Paulo, 2005.

#### **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:**

GELEHRTER, THOMAS D; COLLINS, FRANCIS S. **Fundamentos da Genética Médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

NUSSBAUM, R. MCINNES, R.R. WILLARD, H.F. Thompson & Thompson: **Genética médica**. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

KATZUNG, B. G., DELUCIA R. M. de Olivera R et al. **Farmacologia Integrada**. 3ª ed. . Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

RUBIN, Emanuel (Ed.). **Robbins patologia: bases clinicopatológicas da medicina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

KUMAR, V.; COTRAN, R.S. & KUMAR, V. **Patologia básica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

ROBBINS, S. L. **Fundamentos de Robbins: patologia estrutural e funcional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BEVILACQUA, F.; BEMSONSSAN, E & JANSEN, J. M. **Fisiopatologia clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998.

COTTRAN, R.S.; KUMARVINAY, R.S. Robbins. **Patologia Estrutural e Funcional**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

FARIA, J.L. **Patologia geral fundamentos das doenças com aplicações clínicas**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

#### **BASES DA PRÁTICA MÉDICA II**

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
3.3.0	90h	<b>BASES DA PRÁTICA MÉDICA I</b>
EMENTA:		

Fundamentos da técnica cirúrgica, da anestesiologia, da metabologia e dos processos patológicos gerais em pacientes cirúrgicos, assim como da fisiologia patológica do trauma operatório e dos cuidados pré e pós operatórios. Generalidades sobre tumores. Farmacologia dos sistemas cardiovascular, respiratório, gênito-urinário, digestório. Farmacologia dermatológica. Farmacologia da inflamação e da dor. Quimioterápicos antibacterianos, antifúngicos e antivirais. Fisiologia patológica do trauma operatório e dos cuidados pré e pós operatórios. Generalidades sobre tumores.

#### **BIBLIOGRAFIA BÁSICA:**

HARDMAN, J.G.; LIMBIRD, L.E. (Ed.). Goodman & Gilman. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12 ed., Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.

BARASH, P.G., et al. **Manual de Anestesiologia Clínica**: São Paulo: McGraw-Hill Interamericana, 2002.

GOLFF, F.S. **Técnica Cirúrgica**: Bases Anatômicas, Fisiopatológicas e Técnica Cirúrgica. 4. ed, 1997.

#### **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:**

BOGOSSIAN, L. **Choque**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1991.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

RANG, H.P.; DALE, M. M.; RITTER, J.M.; FLOWER, R.J.; HENDERSON, G. Rang & Dale. **Farmacologia**. 7. Ed. São Paulo: Elsevier, 2012.

PITREZ, F.A.B.; PIONER, S.R. **Pré e Pós-operatório em cirurgia especializada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TOWNSEND, C.M.; BEAUCHAMP, M.P.; et al.(SABISTON). Tratado de Cirurgia. **A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna**. 17. ed. Rio de Janeiro: ElsevierLtda, 2005 (2 volumes).

WAITZBERG, D.I. **Nutrição enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

TAVARES W. **Manual de Antibióticos e Quimioterápicos Anti-infecciosos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

GOLAN D, TASHJIAN A, ARMSTRONG E, ARMSTRONG A. **Princípios de Farmacologia. A Base Fisiopatológica da Farmacoterapia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

FUNCS, F.D.; WANNMACHER, I. **Farmacologia Clínica. Fundamentos de Terapêutica Racional**. 3. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.

FINKEL, R.; CUBEDDU, L.X.; CLARK, M.A. **Farmacologia Ilustrada**. 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 2010.

DEF. **DICIONÁRIOS DE ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS**. 39 ed. Rio de Janeiro, Publicações Médicas Ltda., 2011/2012.

SILVA, P. **Farmacologia**. 8 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2010.

#### **BASES DOS PROCESSOS PSICOSSOCIAIS IV**

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

**EMENTA:** A Entrevista Médica. Dinâmica da relação médico-paciente. Entrevistas psicológicas. Formação de grupos Balint. Interconsultas. A Medicina psicossomática. Stress. A dor, o sofrimento psicológicos e psicossocial, o luto e a morte. A relação médico-paciente em Pediatria. A relação médico paciente em ginecologia e obstetrícia. A questão da sexualidade. A relação médico paciente em cirurgia. O pré e o pós – cirúrgico. A relação do estudante de medicina consigo e com os outros.

#### **BIBLIOGRAFIA BÁSICA:**

CAIXETA, M. **Psicologia Médica** (Caixeta) 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BOTEGA, N.J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**. 2 ed. São Paulo: Artmed, 2008.

MILLAN, L. et al. **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

#### **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.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1995.

#### 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 nas Unidades de Saúde da Família, estabelecendo correlações 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, promoção da saúde.

#### BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

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.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica**. Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

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

LUNA, R.L.; SABRA, R. **Medicina de família: saúde do adulto e do idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

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.

<b>HABILIDADES MÉDICAS IV</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120	Habilidades Médicas III
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Testes imunológicos utilizados para diagnóstico de doenças infecciosas e parasitárias, vacinas. Programa Nacional de Imunização, Vacinação Básica. Fisiopatologia e características das síndromes clínicas, correlacionando seus sinais e sintomas.. Procedimentos básicos em sedação e anestesiologia, manejo no cuidado pré e pós operatório, incisões e suturas). A Entrevista Médica. Dinâmica da relação médico-paciente. Entrevistas psicológicas. Formação de grupos Balint. Interconsultas. A questão da sexualidade. A relação médico paciente em cirurgia</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>VOLTARELLI, J.C.; DONADI, E.A. <b>Imunologia Clínica na Prática Médica</b> - ATHENEU; 2008.</p> <p>GOLFF, F.S. <b>Técnica Cirúrgica:</b> Bases Anatômicas, Fisiopatológicas e Técnica Cirúrgica. 4. ed, 1997.</p> <p>CAIXETA, M. <b>Psicologia Médica</b> (Caixeta) 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		
<p>PARSLOW, T.G.; STITES, D.; TERR, A.I.; IMBODEN, JB. <b>Imunologia Médica</b>. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.</p> <p>JANEWAY, C. A.; TRAVERS, P.; WALPORT, M.; CAPRA, J.D.: <b>Imunobiologia:</b> O sistema imunológico na saúde e na doença. 7ª. ed. Porto Alegre, Artmed, 2010.</p> <p>PESSOTTI, I. <b>A formação humanística do médico</b>. Medicina (Ribeirão Preto), v.29, n.4, p.440-8, 1996.</p> <p>BOLTANSKI, L. <b>As classes sociais e o corpo</b>. Rio de Janeiro: Graal, 1979.</p>		



BARASH, P.G., et al. **Manual de Anestesiologia Clínica**: São Paulo: McGraw-Hill Interamericana, 2002.

#### ESTUDOS TUTORIAIS IV

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

#### EMENTA:

Problematização: a cirurgia, a psicologia e a atenção à saúde.

#### 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

<b>BASES DA PRÁTICA MÉDICA III</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
5. 6.0	165h	<b>BASES DA PRÁTICA MÉDICA II</b>
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Semiologia cutânea. Dermatoses infecto-contagiosas. Hanseníase. Dermatoses alérgicas e doenças parasitárias.</p> <p>Anatomia, histologia, embriologia, fisiologia, propedêutica do bulbo ocular e anexos. Vícios de refração, lente de contato. Urgências. Catarata, leucocoria, glaucoma, neuroftalmologia e visão sub-normal, doenças da retina e úvea, tumor do bulbo ocular e anexos. Doenças oftalmológicas da criança, noções de profilaxia, higiene, prevenção das moléstias do bulbo ocular, anexos e cegueira.</p> <p>Câncer como problema de saúde pública. Tumores: diagnóstico e tratamento. História clínica do portador de neoplasia. Princípios de biologia tumoral. Propedêutica do paciente oncológico. Clubes de revista e discussão de casos clínicos.</p> <p>Representações Sociais da Loucura e Institucionalização da Loucura. História da psiquiatria, psicopatologia, etiologia, diagnóstico, prognóstico terapêutica e profilaxia dos transtornos mentais. Transtornos neuróticos, psicóticos e de personalidade. Transtornos psicóticos e depressivos. Disfunções sexuais. Psiquiatria da infância e adolescência. Experiências de Desinstitucionalização da Loucura.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		

KANSKI, J.J. **Oftalmologia Clínica: uma abordagem sistematica.** 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

FITZPATRICK, T.B. **Tratado de Dermatologia.** 7.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

BOYER, K.L.; et al. **Oncologia na clínica geral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

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

#### **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:**

AZULAY, R.D. **Dermatologia.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TUNDIS, S; COSTA,N. **Cidadania e Loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis:Vozes,1997.

KOLB, L.C. **Psiquiatria Clínica.** 9. ed . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

SPENCE, R.A.J.; JOHNSTON, P.G. **Oncologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ANELLI, A. **Manual prático de condutas em oncologia clínica.** São Paulo: Lemar, 2000.

FITZPATRICK, J.E.; AELING, J.L. **Segredos em Dermatologia.** Artmed, 2000.

LAWRENCE, C.M.; COX, N.H. **Diagnóstico Clínico em Dermatologia.** São Paulo: Artes Médicas, 1995.

SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI E. **Dermatologia.** São Paulo: Artes Médicas, 2001.

DIOGENES, M.J.M.; GUILHON, R.M.P.; GONÇALVES, H.S.; NEVES, R.G. **Atlas de dermatopatologia tropical.** Fortaleza: INOVA; 1997. 100p.

BELDA – DI CHIACCHIO. **Tratado de Dermatologia,** Vol (1 e 2), Editora Atheneu.

RAMOS E SILVA; C.**Tratado de Dermatologia.** Editora Atheneu, 2009.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA **Série Oftalmologia Brasileira.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2008.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. **Epidemiologia Clínica:** Elementos Essenciais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

SCHMIDT MI, Duncan BB. **Epidemiologia Clínica e Medicina Embasada em Evidência.** In: Rouquayrol Z e Almeida T, ed. *Epidem. E Saúde*, V ed 1999.

JORGE, H.E.A.; JORGE, A.A.H. **Oftalmologia - Fundamentos e Aplicações.** São Paulo: Tecmedd, 2007.

- KANSKI, J.J.; BOLTON, A. **Atlas de Oftalmologia Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 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.
- BEREK, J.S.; HACKER, N.F. **Oncologia Clínica**. Rio de Janeiro: 1992.
- FLECK, J.F. **Câncer: Integração Clínico-Biológica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.
- CARVALHO, G. **Citologia oncótica**. São Paulo: Atheneu 1998.
- MURRAD, A.M., KATZ, A. **Aspectos Etiobiológicos do Câncer**. Oncologia: Bases Clínicas do Tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996.
- REGO, A.M. **Tumores do pescoço**. São Paulo: Atheneu 1986.
- FORLENZA, V.O.; MIGUEL, E.C. **Compêndio de Psiquiatria Clínica**. São Paulo: EDUSP, 2013.
- ALMEIDA, O.P.; LARANJEIRA, R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. **Manual de Psiquiatria Clínica**. Rio de Janeiro: Medsi 1992.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- ROTELLI, F.; et.al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

<b>BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO, DEFESA E PROTEÇÃO IV</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
3.5.0	120h	<b>BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO, DEFESA E PROTEÇÃO III</b>
<b>EMENTA:</b>		
Produção de citocinas, tolerância imunológica, hipersensibilidade, imunidade dos transplantes aos agentes. Conceito de processos reparativos e degenerativos com enfoque teórico e prático. Alterações básicas nos edemas, nas hemorragias, nas trombozes e embolias. Importância das neoplasias sua etiopatogênese e reconhecimento de critérios de malignidade.		

**BIBLIOGRAFIA BÁSICA:**

ABBAS, A.K.; LICHTMAN, A.; PILLAI, H. **Imunologia Celular e Molecular**. Elsevier, 2012.

VOLTARELLI, J.C.; DONADI, E.A. **Imunologia Clínica na Prática Médica** - ATHENEU; 2008.

KUMAR, V. **Robbins: Patologia Básica**. 8 ed. São Paulo: Elsevier Health Science, 2011.

RUBIN, Emanuel (Ed.). **Robbins patologia: bases clinicopatológicas da medicina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

**BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:**

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

ABBAS, A.K.; KUMAR, V. FAUSTO, N. **Robbins & Cottran – Patologia**. 7 ed. Elsevier Brasil: São Paulo, 2005.

PARSLOW, T.G.; STITES, D.; TERR, A.I.; IMBODEN, JB. **Imunologia Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

DIAS DA SILVA, W.; Mota, I. Bier, O. **Imunologia Básica e Aplicada**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BENJAMINI, E.; COICO, R.; SUNSHINE, G. **Imunologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

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.

FORTE, W.N. **Imunologia Básica e Aplicada**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KUMAR, V.; COTRAN, R.S. & KUMAR, V. **Patologia básica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

ROBBINS, S. L. **Fundamentos de Robbins: patologia estrutural e funcional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BEVILACQUA, F.; BEMSONSSAN, E & JANSEN, J. M. **Fisiopatologia clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998.

COTTRAN, R.S.; KUMARVINAY, R.S. **Robbins. Patologia Estrutural e Funcional**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

FARIA, J.L. **Patologia geral fundamentos das doenças com aplicações clínicas**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

### ATENÇÃO PRIMÁRIA 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). Dermatoses infecto-contagiosas Hanseníase. Dermatoses alérgicas e doenças parasitárias (DERMATOLOGIA). 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.

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

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

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

FITZPATRICK, T.B. **Tratado de Dermatologia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

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

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.

<b>HABILIDADES MÉDICAS V</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120h	Habilidades Médicas IV, Bases da Técnica Cirúrgica, Psicologia Médica e Atenção Primária à Saúde IV
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>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.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>BEVILACQUA, F, <b>Manual do Exame Clínico</b>. 13. ed. Cultura Médica. 2003.</p> <p>PORTO, C.C. <b>Semiologia Médica</b>. 6ª ed, Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>BICKLEY, L.S. <b>Bases da Propedêutica Médica</b>. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		
<p>EPSTEIN, O.; PERKIN, G.D.; COOKSON, J.; DE BONO, D.P. <b>Exame clínico</b>. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.</p> <p>VIEIRA, R. <b>Semiologia Médica</b> 12ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1982.</p> <p>RAMOS JÚNIOR, J. <b>Semiotécnica da observação clínica: fisiopatologia dos sintomas e sinais com a colaboração de Gelson Kalil e José Carlos Ramos de Oliveira Roque</b>.</p>		

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.

LOPEZ, Mário; MEDEIROS, J. Laurentys. **Semiologia Médica: As bases do diagnóstico Clínico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

### ESTUDOS TUTORIAIS V

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

#### EMENTA:

Problematização: o doente, a doença e as redes de atenção

#### BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000 (Campo Teórico).

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

CONASS/PROGESTORES. Política Nacional de Atenção Hospitalar. **Nota Técnica** nº 23, 2013

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

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.

EDGREN, L. The meaning of integrated care: a systems approach. **International Journal of Integrated Care**, v. 08, n. 23, p. 1-6, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **Mais Saúde: direito de todos: 2007-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2008.

CEBES. **Revista Saúde em Debate**.v.22; n.81, 2009



BONETTI, A. . O ser doente: uma reflexão à luz de Georges Canguilhem. **Revista Pensar a Prática**, v. 7, n. 1, 2004

## PERÍODO VI

<b>BASES DA PRÁTICA MÉDICA IV</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
5.6.0	165h	<b>BASES DA PRÁTICA MÉDICA III</b>
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Etiologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e prognóstico das doenças do aparelho digestório, da cavidade peritoneal e da parede abdominal. Técnicas cirúrgicas e complicações pós-operatórias.</p> <p>Semiologia obstétrica pré-natal; clínica de puerpério e lactação; patologias obstétricas; doenças intercorrentes no ciclo gravídico-puerperal</p> <p>Anatomia, fisiologia e propedêutica ginecológica. Aspectos clínicos e fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos das doenças benignas e malignas que atingem a mulher. Mama, os órgãos genitais femininos e seus anexos. Urgências.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>TOWNSEND, C.M.; BEAUCHAMP, D.; EVERS, B. M.; MATTOX K. <b>SABISTON</b>: texto de Cirurgia, 17ed , 2004.</p> <p>REZENDE, J. <b>Obstetrícia</b>. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 10. ed, 2007.</p> <p>NOVAK. B. Tratado de Ginecologia. <b>14 ed. Rio de Janeiro</b>: Guanabara-Googan, 2008.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		
<p>BASTOS, Á.C. Ginecologia. São Paulo: Atheneu, <b>10. ed.</b> 1998.</p> <p>HOLBE, H.W. <b>Tratado de Ginecologia</b>. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000.</p>		

- WILLIAMS, C. **Obstetrícia**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S.H.; RAMOS, J.G.L.; MAGALHÃES, J.A. **Rotinas em Obstetrícia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- CHAVES, C.P.; MANSO, J.E. F.;EULALIO J. M.R. **Clinica cirúrgica**: fundamentos teóricos e práticos. São Paulo: Atheneu, 2000.
- GOFFI, F. **Técnica Cirúrgica**: bases anatômicas e fisiopatológicas e técnicas de cirurgia. 4ª ed., Atheneu: 2001.
- ZERBINI, Eurycles de Jesus. **Clínica Cirúrgica**. Alípio Correia Neto. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1994.
- BEVILACQUA, R.G. AUN, F. **Manual de Cirurgia**. 2. ed. Pedagógica e Universitária, 1995.
- CANGIANI, L.C.; et al. **Tratado de anesthesiologia**. 7.ed. São Paulo: Atheneu, 2011.
- DOHERTY, G.M. **Cirurgia**: diagnóstico e tratamento. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- FILHO, I.J. **Cirurgia geral**: pré e pós-operatório. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2011.
- REZENDE, J.; Montenegro, C.A.B.;REZENDE. **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Guia de tratamento**: Recomendações para profilaxia e transmissão materno-infantil do HIV e Terapia anti-retroviral em gestantes. 2001.
- KULAY, L.J.; LAPA, A.J.**Drogas na Gravidez**. Febrasgo. São Paulo: Ponto, 2003.
- ZUGAIB, M.; RUOCCO, R. **Pré-natal: clínica obstétrica da faculdade de medicina da USP**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.
- POWELL, D.E.; STELLING, C.B. **Deteção e Diagnóstico das Doenças da Mama**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- OKUMURA, M.; ZUGAIB, M. **Ultra-sonografia em obstetrícia**. São Paulo: Sarvier, 2002.
- PASTORE, A.R.; CERRI, G. **Ultrassonografia Obstétrica- Ginecológica**. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 1997.
- BEREK J.S.; NOVAK. **Tratado de ginecologia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CONCEIÇÃO, J.C.J. **Ginecologia fundamental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

<b>BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO, DEFESA E PROTEÇÃO V</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
3.5.0	120h	<b>BASES DOS PROCESSOS DE AGRESSÃO, DEFESA E PROTEÇÃO IV</b>
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Introdução à medicina legal, perícias médicas, documentos médico-legais, psicologia e psiquiatria forense, ética médica, impeditivos médico-legais do matrimônio, investigação de paternidade, sexologia anômala.</p> <p>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 Biossegura</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>WOELFERT, A.J. <b>Introdução a Medicina Legal</b>. Canoas-RS: Ed ULBRA, 2003.</p> <p>CROCE, D. <b>Manual de medicina legal</b>. 8.ed. São Paulo: Saraiva. 2012.</p> <p>MARANO, V.P. <b>Doenças Ocupacionais</b>. Editora LTR, 2003.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		
<p>ALCANTARA, H.R. <b>Pericia Medica Judicial</b>. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 1980.</p> <p>BENSOUSSAN, E. <b>Manual de Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho</b>. São Paulo: Atheneu, 1997.</p> <p>COSTA, M A F. <b>Qualidade em Biossegurança</b>. Rio de Janeiro, Qualitymark:, 2000.</p> <p>FRANÇA, G. V. <b>Medicina legal</b>. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>SAWAYA, M.C.T.; ROLIM, M.R.S. <b>Manual prático de medicina legal no laboratório</b>. 2.ed. Curitiba: Juruá, 2009.</p> <p>ALCANTARA, H.R. <b>Deontologia e Diceologia</b>. S. Paulo: ANDREI, 1979.</p> <p>DOUGLAS, W.; GRECO, R.; CALHAU, L.B.; KRYMCHANTOWSKI, A.; ANCILLOTTI, R. <b>Medicina legal</b>. Niteroi: Impetus, 2011.</p>		

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

HOEPPNER, M G. **Normas Regulamentadoras Relativas à Segurança e Medicina do Trabalho**. Editora Ícone, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Normas e Manuais Técnicos nº 114. Brasília, 2001.

MENDES R. (org.). **Patologia do Trabalho**. 2ª ed. atual. e ampliada. São Paulo; Editora Atheneu, 2003.

DINIZ, M.H. **Código Civil Anotado**, São Paulo: Saraiva, 2002.

DILERMANDO B F. **Toxicologia Humana e Geral**, 2.a edição. Rio de Janeiro, Edições Atheneu, 1988.

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VI

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

#### EMENTA:

Vivência nos Serviços de Saúde do Município, principalmente nas atividades planejamento, administração e gestão da saúde. Saúde da Mulher. Incidência e prevalência de câncer feminino. Programas de Prevenção. Vivências nos Serviços de Saúde do Município, principalmente voltado política de promoção da equidade, acolhimento as populações socialmente vulneráveis (negros, índios, população de rua, população do campo e da floresta, população LGBT), estratégias de inclusão social pelo acesso e atenção integral.

#### BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

KESTELMAN, H. N. et al. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2011.

REZENDE, J.; Montenegro, C.A.B.; REZENDE. **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda direito à saúde: trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica em saúde e a gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

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

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília, 2012

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

<b>HABILIDADES MÉDICAS VI</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.8.0	120h	Habilidades Médicas V Atenção Primária à Saúde V
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>História natural, etiologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico clínico e laboratorial, métodos complementares de diagnóstico, tratamento e complicações das doenças de maior prevalência do sistema respiratório, cardiovascular e renal. Propedêutica cardio-vascular, renal e respiratória.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>BALLINGER, A.; PATCHETT, S. <b>Manual de Fundamentos de Clínica Médica</b>. 3 ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2001.</p> <p>GODMAN, C. <b>Tratado de Medicina Interna</b>. 21ª ed., Guanabara: 2001.</p> <p>TANAGHO, E.M.; MCANINCH, J.W. <b>Urologia geral de Smith</b>. 17.ed. porto Alegre: Artmed, 2010.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		

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.

### ESTUDOS TUTORIAIS VI

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

#### EMENTA:

Problematização: os determinantes, as doenças 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):
<b>9.10.0</b>	<b>285h</b>	<b>BASES DA PRÁTICA MÉDICA IV</b>
<b>EMENTA:</b>		
<p>Bioquímica dos tecidos especializados e do sistema endócrino. Princípios de nutrição. Metabolismo dos principais íons e radicais livres. Determinação quantitativa dos principais constituintes bioquímicos do sangue. Estudo de casos clínicos.</p> <p>Estudo clínico da patologia, dos órgãos e funções que compõem a faringe, nariz, e cavidades anexas, laringe, ouvido. Urgências. Poluição ambiental.</p> <p>Conhecimentos de puericultura relacionados com a assistência integral à saúde da criança e do adolescente. Higiene e prevenção de acidentes na infância. Conhecimentos de fisiopatologia, clínica, investigação diagnóstica e tratamento dos distúrbios nutricionais e das patologias mais frequentes dos sistemas: digestivo, respiratório, neurológico, endócrino e cardiovascular da criança e do adolescente.</p> <p>Lesões traumáticas na criança, no adulto e na terceira idade: diagnóstico, cuidados iniciais, indicações terapêuticas e complicações. Patologias osteoarticulares mais comuns na prática ambulatorial.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>LODI, W.R.N.; RODRIGUES, V. <b>Bioquímica - Do Conceito Básico a Clínica</b>, Sarvier, 2012.</p> <p>HUNGRIA, H. <b>Otorrinolaringologia</b>. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.</p> <p>MARCONDES, E. <b>Pediatria Básica</b>. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2005. 3 volumes.</p> <p>SIZINIO, H. <b>Ortopedia e traumatologia: princípios e prática</b>. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.</p>		

**BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:**

FREITAS, E.V.; PI, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

JUHL, R.L. **Interpretação Radiológica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SMITH, C., MARKS, A. D., LIEBERMAN, M. **Bioquímica Médica Básica de Marks** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 980p.

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.

MINITI, A.; BENTO, R.F. **Otorrinolaringologia Clínica e Cirurgia**. São Paulo: Atheneu, 1993.

CAMPOS, C.A.H.; COSTA, H.O. **Tratado de Otorrinolaringologia** 5 Volumes, São Paulo: Roca, 2002.

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

MOTTA, V.T. **Bioquímica Clínica para o Laboratório**, Medbook, 2009.

CHAMPE, P.C., HARVEY, R.A **Bioquímica Ilustrada**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CISTERNAS, J. R., VARGA J. **Fundamentos de Bioquímica Experimental**. São Paulo: Atheneu, 1997.

LODI, W.R.N. ; RODRIGUES, V. **Bioquímica**. Guanabara Koogan, 2008.

NASPITZ, C.K. **Alergias Respiratórias**. São Paulo: Vivali, 2003.

PINHO, S.; TSUJI, D.; BOHADANA, S.C. **Fundamentos em Laringologia e Voz**, Rio de Janeiro, Editora Revinter, 2006.

SELAIMEN, S.; LAÉRCIO, O.; OLIVEIRA, J.A. **Otorrinolaringologia – Princípios e Prática** (2ª ed.), Editora Artmed, 2006.



VOEGELS, R.; LESSA, M. **Rinologia e Cirurgia Endoscópica dos Seios Paranasais**, Rio de Janeiro, Editora Revinter, 2006.

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VII

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
<b>0.4.0</b>	<b>60h</b>	<b>Atenção Primária à Saúde VI</b>

#### 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:

Propedêutica, etiologia, mecanismos fisiopatológicos, quadro clínico, diagnóstico e tratamento das doenças hematológicas, reumatológicas e das urgências médicas. Exames complementares em reumatologia, hematologia, e urgências médicas. Urgências Clínicas. Habilidades em manobras avançadas de ressuscitação cardio-respiratória.

#### BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

RAPAPORT, S.I. **Introdução à Hematologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1990.

LORENZI, T. **Manual de Hematologia – propedêutica e clínica**. 3ª ed., Atheneu: 2003.

LANE, J.C. **Manual de Reanimação Cardio-Respiratória**. F. E. Byk, 1987.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

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.

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

<b>BASES DA PRÁTICA MÉDICA VI</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
11.12.0	345h	<b>BASES DA PRÁTICA MÉDICA V</b>
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e profilaxia das doenças infecciosas e parasitárias prevalentes no Brasil. Métodos complementares de diagnóstico. Geriatria, Gerontologia, Epidemiologia do envelhecimento, envelhecimento do SNC, Demências, Depressão, Parkinson, Síndromes geriátricas, prevenção de acidentes, vacinação do idoso, estatuto do idoso.</p> <p>Propedêutica, patologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento das doenças neurológicas de maior prevalência</p> <p>Etiologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento das lesões orgânicas em traumatizados.</p> <p>Anatomia, fisiologia, do aparelho urinário e reprodutor e a fisiopatologia, patologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento das doenças urológicas. Urgências.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>FOCACCIA, R.; VERONESI, R. <b>Veronesi: tratado de Infectologia</b>. 3ª ed. São Paulo, Atheneu, 2005, 2 volumes.</p> <p>FREITAS, E.V.; PI, L. <b>Tratado de geriatria e gerontologia</b>. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>NITRINI, R.; BACHESCHI, A. <b>A Neurologia que todo Médico Deve Saber</b>. São Paulo, Atheneu, 2004.</p> <p>Rezende, S.E. (Org.). <b>Tratamento das Desordens Neurológicas</b>. São Paulo, 2000.</p> <p>LAWRY, L. <b>Exame músculo esquelético sistemático</b>. 1.ed. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill, 2012.</p> <p>RHODEN, E.L.; et al. <b>Urologia</b>. Porto Alegre: Artmed, 2009. Série no Consultório.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		
<p>ADAMS, R.D.; VICTOR, M.; ROPPER, A.H. <b>Neurologia</b>. 6. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill 1998.</p>		

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D.C. **Tratado de medicina interna**. 22ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. 2 volumes.

RACHID, M., SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

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

NEVES, J. **Diagnósticos e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

COURA J.R. **Síntese das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TAVARES, W. **Antibióticos e Quimioterápicos para o Clínico**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SLAVE, E.M.; STONE, S.C.; LOPEZ, F.A. **Doenças infecciosas: diagnóstico e tratamento nos setores de emergência**. São Paulo: McGraw-Hill, 2008.

HINRICHSEN, S.L. DIP - **Doenças Infecciosas e Parasitaria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

DEBERT, G.G. **Envelhecimento e representação da velhice**. *Ciência Hoje*. 8(44): 61-68. São Paulo, 1988.

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].

FERRÍGNO, J.C. **Co-educação entre gerações**. São Paulo: SESC, 2003.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. São Paulo: Difel, 1976 - 1º e 2º volumes.

GWYTHTER LP. **Cuidados com portadores da doença de Alzheimer: um manual para cuidadores e casas especializadas**. Trad. Lilian Aliche. Rio de Janeiro: Ed. Científica Nacional. 1995.

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

NETTER, F.H.; GREENE,W. **Netter Ortopedia**. 1 ed .Elsevier, 2007. Am), 56:665, 1974.

WEINSTEIN, S. **Ortopedia de Turek**, 5ªedição, ed: Manole, 2001.

FALOPPA, F. (coord). **Guia de ortopedia e traumatologia**. São Paulo: Mande, 2008.

HEBERT, S. et al. **Ortopedia e traumatologia: princípios e práticas**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOPPENFELD, S; BOER, P; BUCKLEY, R. **Surgical exposures in orthopaedic: the anatomic approach**. 4.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

FONSECA, L. F.; CUNHA FILHO, J.M.; PIANETTI, G.; VAL FILHO, J.A.C. **Manual de Neurologia Infantil**, 1ª edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan, 2006.

FONSECA, F.; XAVIER, C.C.; PIANETTI, G. **Compêndio de Neurologia infantil**, 2ª edição: Editora MedBook, 2010.

<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VIII</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.4.0	60h	Atenção Primária à Saúde VII
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Saúde do Idoso: programas de prevenção e promoção da saúde na AB. Prevenção de acidentes, vacinação do idoso, estatuto do idoso. Saúde do Homem.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>TANAGHO, E.M.; MCANINCH, J.W. <b>Urologia geral de Smith</b>. 17.ed. porto Alegre: Artmed, 2010.</p> <p>FREITAS, E.V.; PI, L. <b>Tratado de geriatria e gerontologia</b>. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. <b>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem</b>. Brasília, 2008</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		

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

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

SCHIER J. **Tecnologia de educação em saúde**: O Grupo Aqui e Agora. Porto Alegre: Sulina, 2004.

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].

FERRÍGNO, J.C. **Co-educação entre gerações**. São Paulo: SESC, 2003.

<b>HABILIDADES MÉDICAS VIII</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.4.0	60 hs	Habilidades Médicas VII
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Fisiopatologia, patologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento das doenças urológicas prevalentes na região e na rede de serviços. Urgências ambulatoriais. A) Etiologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento das lesões orgânicas em traumatizados  Propedêutica, patologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento das doenças neurológicas de maior prevalência (NEUROLOGIA).</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>NITRINI, R.; BACHESCHI, A. <b>A Neurologia que todo Médico Deve Saber</b>. São Paulo, Atheneu, 2004.</p> <p>Rezende, S.E. (Org.). <b>Tratamento das Desordens Neurológicas</b>. São Paulo, 2000.</p> <p>HEBERT, S.; et al. <b>Ortopedia e Traumatologia</b>: Princípios e Prática. Porto Alegre: Artmed; 2008.</p>		

**BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:**

FONSECA, F.; XAVIER, C.C.; PIANETTI, G. **Compêndio de Neurologia infantil**, 2ª edição: Editora MedBook, 2010.

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

DEBERT, G.G. **Envelhecimento e representação da velhice**. Ciência Hoje. 8(44): 61-68. São Paulo, 1988.

KFURI JR, M. **O trauma ortopédico no Brasil**. Rev. bras. ortop., São Paulo, v. 46, supl. 1, 2011.

ESHERICK, J.S.; CLARK, D. S; SLATER, E.D. **CURRENT: Diretrizes Clínicas em Atenção Primária à Saúde** (Lange). 10ª Edição. Editora: McGraw-Hill, 2013

**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 Análise 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

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
<p><b>EMENTA:</b></p> <p><b>Cardiologia:</b> insuficiência cardíaca; hipertensão arterial; doença arterial coronária; febre reumática e doenças orovalvares; doenças do pericárdio, do miocárdio e do endocárdio; arritmias.</p> <p><b>Angiologia:</b> insuficiência venosa crônica; trombose venosa profunda; varizes; linfedemas; síndrome isquemia aguda e crônica; aneurismas.</p> <p><b>Imunologia:</b> constituição e funcionamento do sistema imunitário; reatividade celular e humoral; principais doenças alérgicas; reações adversas a drogas (alérgicas e pseudo-alérgicas).</p> <p><b>Nefrologia:</b> 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 hépato-renal; iatrogenia.</p>		

**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; tromboembolismo.

**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; angeitesnecrosantes.

#### **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.

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.

**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, LF.R; (Org.); ITAMOTO, C.H (Coord.); KOSUGI, E.M. (Coord.). **Manual de Otorrinolaringologia**. São Paulo: Roca, 2009.

**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.

#### **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, etc.

### **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.

### **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](http://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.

#### 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.

### INTERNATO EM URGENCIA E EMERGENCIA

PERÍODOS: 9º/10º/11º/12º

Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
0.0.40	600h	Todos os Módulos do 1º ao 8º período

#### EMENTA:

Treinamento em serviços em Urgência e Emergência da Rede de Urgência e Emergência do SUS, por meio do atendimento médico de pacientes em situações de urgência e emergência, clínicas, pediátricas e cirúrgicas, traumáticas e não-traumáticas, enfocando aspectos propedêuticos e terapêuticos, fundamentados em princípios éticos e humanitários.

#### BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

W MARTINS, HS; NETO, AS; VELASCO, IT. **Emergências clínicas**. Ed. Manole, 2008.

W HIGA EMS; ATALLAH NA. **Medicina de Urgência**. Ed. Manole, 2ª edição, 2008.

COUTO RC, BOTONI FA, SERUFO JC et al. Raton - **Emergências médicas e terapia intensiva**. Medsi, 949 p, 2008.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

MELO MCB, NUNES TA, ALMEIDA CT. **Urgência e Emergência Pré-hospitalar**. Belo Horizonte: COOPMED; 2009.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS .**Advanced Trauma Life Support Manual**. American College of Surgeons. Committee on Trauma. 8a ed. 2008.

NUNES TA, MELO MCB, SOUZA C. orgs. **Urgência e Emergência Pré-hospitalar**. Editora Folium: Belo Horizonte, 2 ed, 2010.

MOORE EE, FELICIANO DV, MATTOX KL. **Trauma** 6a ed., 2007 McGraw-Hill Companies Inc.

W KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. Ed. Atheneu, v.2, 3ª Ed, 3.124p., 2006.

W MARTINS, HS; DAMASCENO, MC; AWADA, SB. **Pronto-Socorro**. Editora Manole, 2007.



<b>TCC</b>		
Créditos	Carga Horária:	Pré-requisito(s):
1.3.0	60h	Todos os Módulos do 1º ao 8º período
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>TCC: Coleta dos dados da pesquisa, análise dos dados coletados e confecção dos resultados, elaboração do relatório final da pesquisa (Versão escrita do TCC).</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
<p>GIL, A.C. <b>Como elaborar projetos de pesquisa</b>. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.</p> <p>MARTINS, G.A. <b>Manual para elaboração de monografias e dissertações</b>. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.</p> <p>BELL, J. <b>Projeto de pesquisa: guia para iniciantes em educação, saúde e ciências sociais</b>. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		
<p>ANDRADE, M.M. <b>Compreparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas</b>. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.</p> <p>MOTTA-ROTH, Desirré. (Org.). <b>Redação acadêmica: princípios básicos</b>. Santa Maria: Imprensa Universitária, 2001.</p> <p>SQUARISI, D.; SALVADOR, A. <b>Escrever melhor: guia para passar os textos a limpo</b>. São Paulo: Contexto, 2008</p> <p>KERSCHER, M.A.; KERSCHER, S.A. <b>Monografia: como fazer</b>. Rio de Janeiro: Thex, 1999.</p> <p>MARCANTONIO, A.T.; SANTOS, M.M.; LEHFELD, N.A.S. <b>Elaboração e divulgação do trabalho científico</b>. São Paulo: Atlas, 1993.</p>		

**MÓDULO INTEGRADOR OPTATIVO:**

<b>DEPENDÊNCIA QUÍMICA</b>		<b>CÓDIGO</b>
PERÍODO:		
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
60h		
<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>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA</b>		
<p>SEVERIANO, C. J. S., BARCELOS, I. I., MORAIS, J.G., FOLLY, N.S.G., MORAIS, U.R.P. <b>Dependência Química</b>: 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., &amp; Kovadloff, S. <b>Drogadição</b>. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.</p> <p>TANCREDI, F.B. As Toxicomanias do ponto de vista da Medicina e da Saúde Pública. In <b>Drogas e Drogados</b>: o indivíduo, a família e a sociedade. São Paulo: EPU, 1982.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR</b>		
<p>TANNHAUSER, M; TANNHAUSER, SL; BARROS, HMT; RHODEN, C; FERIGOLO, M. <b>Conversando Sobre Drogas</b>.s/d.</p> <p>FERIGOLO, M; RHODEN, C; GOMEZ, R; TRAPP, MA; BARROS, HMT. <b>Centros de Atendimento da Dependência Química</b>. Porto Alegre: Gráfica e Editora Brasul, Ltda, 2001.</p> <p>SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. <b>Crack: um desafio social</b>. Belo Horizonte: Ed PUC.</p>		

<b>IMUNOLOGIA</b>	<b>CÓDIGO</b>
PERÍODO:	

CH 60h	CRÉDITOS 1.3.0	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Aspectos moleculares e celulares dos mecanismos imunológicos envolvidos nas imunodeficiências, hipersensibilidades, doenças auto-imunes, tolerância e rejeição de transplantes.</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b></p> <p>ALICH V, VAZ C. <b>Imunologia</b>. Rio de Janeiro: Revinter, 2001</p> <p>JANEWAY CA, TRAVERS P. <b>Imunobiologia: O Sistema Imunológico na Saúde e na Doença</b>. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.</p> <p>ABBAS AK, ANDREW H. POBER JS. ROIT, Ivan M.; BROSTOFF, Jonathan; MALE, David. <b>Imunologia</b>. 6. ed. São Paulo: Manole, 2003.</p> <p><b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b></p> <p>JANEWAY JUNIOR, Charles A.; TRAVERS, Paul; WALPORT, Mark; SHLOMCHIK, Mark J. <b>Immunobiology: the immune system in the health and disease</b>. 5. th ed. New York: Garland, 2001.</p> <p>MALE, David K. <b>Imunologia: um resumo ilustrado</b>. 3. ed. São Paulo: Manole, 1988.</p> <p>MURPHY, K. TRAVERS, P; WALPORT, M. <b>Imunobiologia de Janeway</b>. Rio de Janeiro: Editora ArtMed, 2009.</p> <p>KINDT, T.J.; GOLDSBY, R.A; OSBONE, B.A. <b>Imunologia de Kuby</b>. Rio de Janeiro: - Editora Bookman, 2008.</p> <p>TERR, A.L.; STITES, D.P.; PARSLow, T.G. <b>Imunologia Médica</b>. Rio de Janeiro: Kogan, 2004.</p>		

<b>PRÁTICA LABORATORIAL</b>		<b>CÓDIGO</b>
PERÍODO:		
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem

60h	2.2.0	
<b>EMENTA:</b>		
Prática de laboratório: organização e padronização laboratorial, coleta de materiais biológicos; determinações bioquímicas, microbiológica, hematológicas, imunológica, colorações, reações, precipitação, aglutinação, análises e interpretação.		
<b>BIBLIOGRAFIABÁSICA:</b>		
BALLINGER. A. <b>Manual de Fundamentos de Clínica Médica</b> . São Paulo: Sontoz, 1997.		
HOCHESTEIN, E. <b>Manual de Exame do Paciente</b> . Rio de Janeiro: Atheneu, 1885.		
MILLER, O. <b>Laboratório para o Clínico</b> . São Paulo: Atheneu, 1999.		
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b>		
FERRAZ, F. C. <b>Técnicas de segurança em laboratórios</b> : regras e práticas. São Paulo: Editora Hemus, 2004.		
GALIZZI, J.; CANÇADO, J.R. <b>Métodos de Laboratório aplicados à clínica</b> : técnica e interpretação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.		
MOURA, R. A. <b>Técnica de Laboratório</b> . São Paulo: Atheneu, 1999.		
RAVEL, R. <b>Laboratório Clínico</b> . Aplicações Clínicas de Dados Laboratoriais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.		
MILLER, O.; GONÇALVES, R.R. <b>Laboratório para o clínico</b> . São Paulo: Atheneu, 2005.		
MOURA, R. A. <b>Técnica de Laboratório</b> . São Paulo: Atheneu, 1999.		
RAVEL, R. <b>Laboratório Clínico</b> : Aplicações Clínicas dos Dados Laboratoriais. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997.		
ZUBRICK, J. W. <b>Manual de Sobrevivência no Laboratório de Química Orgânica</b> . São Paulo: Editora LTC, 2005.		

<b>ACUPUNTURA</b>		<b>CÓDIGO</b>
PERÍODO:		
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
60h	1.3.0	

**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 acupuncture analgesia.** ScientiaSinica, 1973, 16:210-217.

CHAN S H. **What is being stimulated in acupuncture:** evaluation of the existence of a specific substrate. NeurosciBiobehav. Rev. 1984 Spring;8(1):25-33.

**COMPLEMENTAR**

WHITE, A. ERNEST, E. **Acupuntura: Uma Avaliação Científica.** São Paulo: Manole, 2001.

FILSHIE, J.; WHITE, A. **Acupuntura Médica.** São Paulo: Roca, 2002.

LIU, G.W; PAI, H.J. **Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão.** São Paulo: CEIMEC, 2005.

XINNONG, Cheng. **Acupuntura e Moxibustão Chinesa.** São Paulo: Roca, 1999.

MELSZACK, R.; STILLWELL D. M; FOX, E. J. **Trigger points and acupuncture 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

<b>POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E IMPACTOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO</b>		<b>3.1.0</b>
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
60h	3.1.0	

<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Análise das políticas de desenvolvimento econômico e social implementadas no Brasil e no Mundo na atualidade e seus impactos na saúde da população.</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b></p> <p>FURTADO, Celso. <b>Brasil: a construção interrompida</b>. 2ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992.</p> <p>FIORI, J. L.; MEDEIROS, C. A (Org.). <b>Polarização mundial e crescimento</b>. Petrópolis: Vozes, 2001.</p> <p>HENRIQUES, R. <b>Desigualdade e pobreza no Brasil</b>. IPEA, Rio de Janeiro, 2000.</p>		
<p><b>COMPLEMENTAR</b></p> <p>FUJITA, M.Krugman. <b>Economia Espacial: Urbanização, prosperidade econômica e desenvolvimento humano</b>. São Paulo: Editora Futura, 2002.</p> <p>FURTADO, C. <b>Em busca de um novo modelo: reflexões sobre a crise contemporânea</b>. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.</p> <p>NERO, Carlos Del. (2002). “O que é Economia da saúde”. In: PIOLA, SÈRGIO F. e VIANNA, Solon M. <b>Economia da Saúde Conceito e contribuições para a Gestão de Saúde</b>. IPEA, Brasília – 2002.</p> <p>PIOLA, Sérgio F.; VIANNA, Solon M. (org.). <b>Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde</b>. 3ª ed. Brasília: IPEA, 2002.</p> <p>VANNA, A. <b>Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil</b>. Estratégias de Bem-Estar e Políticas Públicas. Revan, Ucam, Iuperj, Rio de Janeiro, 1998.</p>		
<p><b>GESTÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS</b></p> <p><b>PERÍODO:</b></p>		<p><b>CÓDIGO</b></p>
<p>CH</p> <p>60h</p>	<p>CRÉDITOS</p>	<p>PRÉ-REQUISITOS: Não tem</p>
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>Reflexão sobre a importância do planejamento, monitoramento, avaliação e sistematização de políticas públicas e a apropriação destes instrumentos pelo conjunto dos atores sociais na perspectiva da gestão estratégica e participativa do SUS; Formas de gestão participativa no SUS e análise de experiências relevantes de gestão participativa; análise dos mecanismos, instrumentos e tecnologias de participação na gestão do SUS; participação popular e gestão participativa no SUS; bases conceituais e processos sociais de participação popular, controle social e gestão participativa no campo da saúde.; papel dos movimentos sociais populares, dos</p>		

espaços colegiados de controle social, de co-gestão; papel dos gestores e do conjunto dos atores para a efetivação da participação popular e da gestão participativa na saúde.

### **BIBLIOGRAFIA BÁSICA:**

#### **BÁSICA**

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

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

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

#### **COMPLEMENTAR**

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

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

GRABOIS, Victor; FERREIRA, Simone Cristina da Costa. **Gestão em saúde: perspectivas e desafios para a construção da integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, Em Defesa do SUS e de Gestão**. Departamento de Apoio a Descentralização. Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada. Ministério da Saúde: Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. **Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

NUTRIÇÃO APLICADA À MEDICINA		CÓDIGO
PERÍODO:		
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem

60h		
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>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.</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b></p> <p>BLACKBURN,G. L.; BISTRAN, B. R.; MAINI, M. D.; BENOTTI, P.; BOTHE, M. D.; GIBBONS, G. &amp; SMITH, M. D. <b>Nutrition and metabolic assessment of the hospitalized patient.</b>J. Parent. Ent. Nutr., 1: 11-22, 1977.</p> <p>GALEAZZI, MAM (org). <b>A segurança alimentar e a cidadania:</b> a contribuição das universidades paulistas. Campinas, Mercado de Letras,1996.</p> <p>HALPERN, A. &amp; cols. <b>Obesidade.</b> São Paulo: Lemos Editorial, 1998. 354p.</p> <p><b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR</b></p> <p>MONTEIRO, C.A. (org). <b>Velhos e novos males da saúde no Brasil:</b> a evolução do país e de suas doenças. 2. ed. revisada e aumentada São Paulo: Hucitec- NUPENS/USP, 2000. 435p.</p> <p>MAHAN L.K.; ESCOTT-STUMP S. Krause - <b>Alimentos, Nutrição e Dietoterapia.</b> 10ed. São Paulo: Roca, 2001.</p> <p>SACHS, A.; NAJAS,M.S.&amp; TUDISCO,E.S. <b>Nutrição nas dislipidemias:</b> o papel dos componentes dietéticos. Rev. SocCardiol Estado de São Paulo, 5 (4):10-6, 1995 (supl A).</p> <p>SHILS, M.E; OLSON,J.A &amp; SHIKE, M. <b>Modern Nutrition in health and disease.</b>8. ed. Philadelphia: Lea &amp;Febiger, 1994.</p> <p>WAITZBERG, D. L. (org.). <b>Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica.</b> 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.</p> <p>WILKENSON, J. <b>O futuro do sistema alimentar.</b> São Paulo: HUCITEC, 1989.</p>		
<b>LIBRAS</b>	<b>CÓDIGO</b>	
PERÍODO:		



CH 60h	CRÉDITOS 2.2.0	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
<p>EMENTA:</p> <p>Características da Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS; pressupostos teórico-históricos, filosóficos, sociológicos, pedagógicos e técnicos da Língua Brasileira de Sinais; aspectos linguísticos da Língua Brasileira de Sinais: fonologia, morfologia, sintaxe.</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b></p> <p>CAPOVILLA, Fernando César; RAPHAEL, Walkíria Duarte. <b>Enciclopédia da Língua de Sinais Brasileira: o mundo dos surdos em Libras</b>. São Paulo: Vitae: Fapesp: Capes: EDUSP, 2005.</p> <p>GESSER, Audrei. <b>Libras?: que língua é essa? Crenças e preconceitos em torno da língua de sinais e da realidade surda</b>: São Paulo: Parábola Editorial, 2009.</p> <p>QUADROS, Ronice Muller de; KARNOPP, Lodenir Becker. <b>Língua de sinais brasileira: estudos linguísticos</b>. Porto Alegre: Artmed, 2004.</p> <p><b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:</b></p> <p>AHLGREEN, I. &amp; HYLSTENSTAM, K. (eds). <b>Bilingualism in deaf education</b>. Hamburg: signum-verl., 1994.</p> <p>BRASIL. Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade, (1994: Salamanca). <b>Declaração de Salamanca, e linha de ação sobre necessidades educativas especiais</b>. 2. ed. Brasília: CORDE., 1997.</p> <p>BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Decreto no 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a <b>Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002</b>.</p> <p>BOTELHO, P. <b>Segredos e silêncios na educação dos surdos</b>. Minas Gerais: Editora Autêntica, 1998.</p> <p>FELIPE, T.; MONTEIRO, M. S. <b>LIBRAS em contexto</b>. Curso Básico. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto/Secretaria de Educação Especial, 2001.</p> <p>LACERDA, C. B. F. de. O intérprete de língua de sinais no contexto de uma sala de aula de alunos ouvintes: problematizando a questão. In: LACERDA, C.B.F. de; GÓES, M. C. R. de (Org.). <b>Surdez: Processo Educativos e Subjetividade</b>. São Paulo: Editora Lovise, 2000. p. 51-8.</p> <p>PIMENTA, N.; QUADROS, R. M. <b>Curso de LIBRAS 1 – Iniciante</b>. 3 ed. rev. e atualizada. Porto Alegre: Editora Pallotti, 2008.</p>		

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.

GÊNERO, RAÇA E SAÚDE		CÓDIGO
PERÍODO:		
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
60h	2.2.0	
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>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.</p>		
<p><b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b></p> <p>ABRAMOVAY, Miriam; GARCIA, Mary Castro (Coord.). <b>Relações raciais na escola:</b> reprodução de desigualdades em nome da igualdade. Brasília-DF: UNESCO; INEP; Observatório de Violências nas Escolas, 2006. 370 p.</p> <p>APPLE, Michael W. <b>Ideologia e currículo.</b> São Paulo: Brasiliense, 1982.</p> <p>BANKS, James A. Multicultural Education characteristics and goals. In: BANKS, James A.; BANKS, Cherry A. McGee. <b>Multicultural Education: issues and perspectives.</b> Third ed. Boston: Allyn &amp; Bacon, 1997. p. 03-31.</p> <p>BRASIL. <b>Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.</b> Brasília-DF: Ministério da Educação e do Desporto (MEC), 1996.</p> <p>_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. <b>Parâmetros Curriculares Nacionais:</b> pluralidade cultural, orientação sexual. Brasília-DF, 1997.</p> <p>_____. Ministério da Justiça. <b>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.</b> Durban, 31 ago./7 set. 2001.</p> <p>_____. Lei n.º 10.639 de 9 de janeiro de 2003. <b>Diário Oficial da União,</b> Brasília, 10 jan. 2003.</p> <p>_____. Ministério da Educação. SEPPIR. INEP. <b>Diretrizes Curriculares para a educação das relações étnico-raciais e para o ensino de História e Cultura afro-brasileira e africana.</b> Brasília-DF, 2004.</p>		

\_\_\_\_\_. 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, AzoildaLoretto da (Orgs.). Ensino Fundamental. **Orientações e Ações para a Educação das Relações Étnico-Raciais**. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2006.

#### **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:**

AQUINO, J. G. (Org.). **Diferenças e preconceitos na escola: alternativas teóricas e práticas**. 2. ed. São Paulo: Summus. 1998.

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.

NOÇÕES BÁSICAS DE PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA		CÓDIGO
PERÍODO:		
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
60 h		
<b>EMENTA:</b>		
Noções de psicologia e de psicopatologia para o profissional da saúde. Os novos desafios impostos pelo mundo moderno nas questões referentes à saúde mental. Interface da psicologia com a atuação do profissional de saúde. Discussão obrigatória sobre as exigências acerca da atividade profissional e a Saúde mental dos trabalhadores da saúde.		

**BIBLIOGRAFIA BÁSICA**

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

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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

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

PAIM, Isaías. **Curso de Psicopatologia**. 11.ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1998.

**COMPLEMENTAR**

BARLOW, David H.; DURAND, V. Mark. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

CHIOZZA, L. **Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo**. São Paulo: Papirus. 1987.

BERGERET, Jean et al. **Psicopatologia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008. 551 p.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes. 1996.

IMAGINOLOGIA		CÓDIGO
PERÍODO:		
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem

60h	2.2.0	
<p><b>EMENTA:</b></p> <p>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><b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b></p> <p>STIMAC. <b>Introdução ao Diagnóstico por Imagens</b>. Guanabara Koogan, 1994.</p> <p>PAUL e JUHL. <b>Interpretação Radiológica</b>. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.</p> <p>ARMSTRONG e WASTIE. <b>A Concise Text Book of Radiology</b>. London:Arnald, 2000.</p> <p><b>COMPLEMENTAR</b></p> <p>BONTRAGER, Kenneth L. <b>Tratado de técnica radiológica e base anatômica</b>. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2003.</p> <p>DIMENSTEIN, Renato, HORNOS, Yvone M. Mascarenhas. <b>Manual de proteção radiológica aplicada ao radiognóstico</b>. São Paulo: Senac, 2001.</p> <p>GRIGOLLI, A.A.G. <b>Metodologia do trabalho científico e recursos informacionais na área da saúde</b>. São Paulo: Santos; 2008.</p> <p>MONNIER. <b>Manual de diagnóstico radiológico</b>. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.</p> <p>NOVELLINE, Robert A. <b>Fundamentos de Radiologia de Squire</b>. Porto Alegre: Artmed, 1999.</p> <p>SISTROM, Christopher, KEATS, Theodore E. <b>Atlas de medidas radiológicas</b>. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2003.</p> <p>SUTTON, David. <b>Radiologia e diagnóstico por imagem para estudantes de medicina</b>. São Paulo: Roca, s/d.</p> <p>SUTTON, David. <b>Tratado de radiologia e diagnóstico por imagem</b>. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.</p> <p>SUTTON, David. <b>Radiologia e Imaginologia</b>. São Paulo: Manole, 2002.</p>		

VEDOVELLO FILHO, M. <b>Cefalometria: técnicas de diagnóstico e procedimentos.</b> Nova Odessa: Napoleão; 2007.		
<b>MEDICINA DESPORTIVA</b>		<b>CÓDIGO</b>
PERÍODO:		
CH	CRÉDITOS	PRÉ-REQUISITOS: Não tem
60h	2.2.0	
<b>EMENTA:</b>		
<p>Conceitos e divisões da medicina desportiva: preventiva, terapêutica e educativa. Princípios gerais e tipos de acidentes de acidentes na prática desportiva: gerais e tipos de acidentes na prática desportiva: neurológico, oftalmológico, otorrinolaringológico, dermatológico, torácico, abdominal, urológico, vascular, osteoarticular. Atendimentos especializados e prevenções. Prevenção de lesões desportivas, atendimento, tratamento, evolução, avaliação. Aparelho Locomotor x Esporte Competitivo.</p>		
<b>BIBLIOGRAFIA BÁSICA:</b>		
AMATUZZI. MM, Carazzato J.C. <b>Medicina do Esporte.</b> São Paulo: Roca; 2004.		
CARAZZATO, J.G.: <b>Idade ideal para o início da prática esportiva.</b> Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo, 46:311-314, 1991.		
CARAZZATO, J.G.: <b>Medicina esportiva – noções básicas para o ortopedista.</b> Rev. Bras. Ortop., 28:697-706, 1993.		
<b>COMPLEMENTAR:</b>		
CARAZZATO, J.G., AMBRÓSIO, M.A., CAMPELO, C., GOMES, S., LIMA, F., MANSOLDO. A.C., MOLINAR, B., MORAES, E., NETZER, P., PEDRINELLI, A., PELUZO, M., RODRIGUES, M.C., TERRERI, S., TRECCO, S.M., SILVA, L.L., VIANNA, J., AZZE, R.J., AMATUZZI, M.M.: <b>Avaliação de atletas: metodologia do grupo de Medicina Esportiva do IOT/HC – FMUSP.</b> Aplicação em 11 maratonistas de elite. Rev. Bras. Ortop., 32:927-939, 1997.		
WITHITING; ZERNICKE. <b>Biomecânica da Lesão Musculoesquelética.</b> Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan 2001.		
ENOKA, Roger. <b>Bases Neuromecânicas da Cinesiologia.</b> São Paulo: Ed. Manole, 2000.		
PRETICE, W. Manoile. <b>Técnicas de Reabilitação em Medicina Desportiva.</b> 2002.		

TUBINO, Manoel. **Metodologia Científica do Treinamento Desportivo**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, s/d.

**CLÍNICA E TERAPIA HOMEOPÁTICA**

CÓDIGO

PERÍODO:

CH

CRÉDITOS

PRÉ-REQUISITOS: Não tem

60h

3.1.0

**EMENTA:**

Histórico das Racionalidades Médicas: medicinas Alternativas e Complementares. Fundamentos, princípios e metodologia. Bases da terapêutica homeopática. Princípios e fundamentos da homeopatia. Processo saúde/doença. Legislação homeopática. Matéria médica homeopática. Controle de qualidade em homeopatia. Métodos e técnicas de preparações homeopáticas. Conceitos fundamentais de homeopatia, dados básicos e orientação sobre medicamentos homeopáticos. Farmacotécnica homeopática, para a manipulação dos medicamentos homeopáticos.

**BIBLIOGRAFIA BÁSICA:**

SOARES, Antonius D Orta, **Farmácia Homeopática**, organização Andrei 1997.

LACERDA, Paulo de, **Vade - M cum de medicina homeopática biomolecular e homotoxicologia**, imprensa, Rio de Janeiro 1998.

BAROLLO, Regina C., **Aos que se Tratam pela Homeopatia**, ed. Robe, 8º edição. Farmacopéia Homeopática Brasileira, 2º edição, São Paulo, ed. Atheneu.

**COMPLEMENTAR:**

FONTES, Olney Leite. **Farmácia homeopática: teoria e pratica**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2005.

WEINER, Michael. **O livro completo de homeopatia**. 4 ed. Rio de Janeiro, Nova era, 2001

LOCKIE, Andrew. **Guia completo de homeopatia**. São Paulo: Ática, 2001.

LUZ, Madel Therezinha. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Hucitec, 2012.

SOARES, Antonius Alexandre Dorta. **Farmácia Homeopática**. São Paulo, Andrei, 997.

**Capítulo Seis**

**Acompanhamento e avaliação do processo de implantação do projeto pedagógico do curso de Medicina no Campus de Picos**

### **6.1. Criação da Coordenação do Curso de Medicina: atuação do coordenador, 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.

Atualmente, a coordenação do curso é realizada pelo Prof. Hernani Maia, nomeado por Ato da Reitoria da UFPI, dada sua experiência como secretário de saúde do estado do Piauí no quadriênio 2010-2014 e como professor do centro de Ciências da Saúde do *Campus* de Teresina, lotado no curso de Medicina. Devendo desempenhar as seguintes atribuições:

- Coordenar a elaboração da proposta curricular para o curso de medicina;



- Coordenar a organização dos Fóruns regionais sobre a expansão do ensino médico na UFPI;
- Acompanhar o repasse dos recursos financeiros destinados a implantação do curso;
- Elaborar o edital de concurso para professores do referido curso;
- Acompanhar o processo de escolha do novo coordenador do curso entre os professores aprovados no primeiro concurso.

## **6.2. Criação do Colegiado do Curso de Medicina**

De acordo com o Regimento Geral da UFPI, o Colegiado de Curso é a primeira instância de deliberação em matéria didática e administrativa no âmbito da Coordenação de Curso, sendo constituído pelo Coordenador do Curso, como presidente, pelo Subcoordenador, como Vice-Presidente, por um representante docente, que ministre disciplinas específicas do curso, eleito, com o respectivo suplente, pelos seus pares, com mandato de 2 (dois) anos e por 1 (um) representante discente do curso, eleito pelos seus pares, com o respectivo suplente, com mandato de um (1) ano.

Compete aos Colegiados de Curso, dentre outras atribuições, aprovar os planos de ensino das disciplinas que integram o Curso, considerando as recomendações de seu ajustamento ao interesse do curso, formulados pelo Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso; apreciar representação de aluno em matéria de interesse do Curso, ressalvada a competência da Coordenação de Curso no que interfere com a atuação docente; adotar e sugerir providências para a melhoria de nível de ensino do Curso; opinar sobre transferência de aluno, submetendo o assunto ao Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão; aprovar e encaminhar à homologação superior planos de ensino e pesquisa ou programas e projetos de extensão do Curso e autorizar a participação de docentes em atividades intercursos ou desenvolvidas pelas Pró-Reitorias competentes; opinar, em primeira instância, sobre a movimentação ou afastamento do pessoal docente do Curso, bem como o regime de trabalho a ser cumprido, conforme as necessidades de ensino, pesquisa e extensão;

Propor à Diretoria do Campus:

- a) a realização de concursos ou a contratação de docentes;
- b) a movimentação ou o afastamento do pessoal docente do Curso, bem como o regime de trabalho a ser cumprido, conforme as necessidades de ensino, pesquisa e extensão;

- c) a aquisição de equipamentos técnicos, científicos e estruturais para o Curso, como forma de melhorias.
- d) a aplicação de penalidades ao discente, na forma prevista no art. 173, inciso II, do Regimento Geral da UFPI.
- e) no caso de cessão de pessoal docente, o Colegiado de Curso opinará quanto aos afastamentos originários e, os subsequentes, deles consequentes, serão decididos pelo Reitor, na forma do inciso VII, do art. 15 deste Regimento.
- f) detectada, a qualquer tempo, a conveniência de retorno de pessoal docente cedido, o Colegiado de Curso dará imediata ciência do fato ao Reitor, para as providências legais;
- g) em qualquer caso de afastamento, será observada a legislação vigente e pertinente;

Além dessas atribuições, também é competência do Colegiado de Curso: indicar as listas de nomes para composição de Comissões Examinadoras de concurso de docentes e de provas de habilitação à livre-docência, segundo as normas em vigor na Universidade; coordenar a eleição do Coordenador e Subcoordenador de Curso e dos representantes docentes junto ao Conselho Campus; homologar proposta de orçamento-programa apresentada pela Coordenação de Curso; representar junto ao Conselho do Campus e propor, mediante a aprovação de pelo menos 2/3 (dois terços) dos respectivos membros, o afastamento ou a destituição do Coordenador ou Subcoordenador de Curso; promover e estimular a prestação de serviços à comunidade, em forma de extensão, de acordo com os objetivos da Universidade; decidir, em primeira instância, sobre organização e revisão curricular; propor ao Núcleo Docente Estruturante do curso a reorganização e a revisão curricular; fixar diretrizes de execução do currículo, bem como normas de seu acompanhamento e avaliação; recomendar aos demais cursos o ajustamento de plano de ensino de disciplinas ao interesse do Curso; decidir sobre os procedimentos a serem adotados na matrícula em disciplinas do Curso, respeitadas as instruções do órgão central de controle acadêmico; exercer outras atribuições que lhe sejam cometidas pelo Regimento Geral da UFPI e em normas complementares do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão.

### **6.3. Criação e atuação do Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso de Medicina**

O Núcleo Docente Estruturante - NDE - do Curso de Medicina do *Campus* de Picos 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-pedagógica 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 políticas relativas 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.

#### **6.4. Criação e funcionamento da Coordenação do Internato**

Em cumprimento ao que determina as diretrizes curriculares do curso de Medicina/2014, os últimos anos do curso do Campus de Picos deverão está inteiramente

destinados à **Aprendizagem de Prática Profissional**, na modalidade de **Internato**, em diferentes cenários de prática, incluindo o hospital e os ambulatorios de especialidade.

Nesse sentido, em conformidade da Resolução n. 118/2000 da UFPI deverá ser criado no Campus de Picos uma **Coordenação do Internato** composta por: um (01) coordenador geral, seis (06) coordenadores das áreas clínicas (Médica, Cirúrgica, Pediatria, Toco-Ginecologia e Saúde Coletiva). Importa ressaltar que as novas diretrizes curriculares/2014 estabelecem como áreas clínicas de internato Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental.

De acordo com a Resolução 118/2000, o Coordenador Geral do Internato será eleito pelos seis (06) coordenadores de áreas. Cada coordenador terá um vice-coordenador que o substituirá em seus impedimentos. Suas eleições serão feitas na respectiva unidade onde ocorre o Internato, para mandato de dois anos, podendo ser renovado a critério do colegiado do curso.

São atribuições do Coordenador Geral do Internato entre outras:

- I – superintender os trabalhos da Coordenação do Internato;
- II – convocar as reuniões do colegiado do Internato e exercer sua presidência, cabendo-lhe o direito do voto, inclusive o de qualidade;
- III – executar e fazer cumprir as decisões do Colegiado do Internato;
- IV – representar o Internato junto à Coordenação do curso e demais órgãos da UFPI;
- V – manter a articulação permanente com os Coordenadores das áreas do Internato;

As demais competências do Coordenador Geral do Internato, assim como as atribuições dos Coordenadores de Áreas encontram-se especificadas na já citada Resolução 118/2000 que deverá ser alterada em atendimento às reformas propostas pelas diretrizes curriculares aprovadas em 20014.

## **6.5. O perfil docente almejado**

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 Picos 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, referencialmente 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 extraclases. 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;

### 6.6. Corpo docente para os dois primeiros anos do curso

A exemplo do campus de Parnaíba, o corpo docente necessário para os dois primeiros anos do curso a funcionar no campus de Picos, é aquele 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.

#### 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 Psicosociais	Antropologia Social	01
	Ética, Bioética e Filosofia	01
<b>TOTAL</b>		<b>22</b>

### 6.7. Apoio ao discente

No âmbito da Universidade Federal do Piauí, a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis e Comunitários (PRAEC), é o órgão responsável pelo planejamento e execução da política de assistência estudantil e comunitária. Tem como finalidade promover 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. Por meio da PRAEC, a UFPI oferece aos seus alunos uma rede de apoio acadêmico e social importante para a sua formação pessoal e profissional.

No **Campus de Picos**, especificamente, funciona o **Núcleo de Atendimento Estudantil (NAE)**, composto por uma rede de profissionais qualificados – nutricionistas, odontólogo, assistente social e psicólogo – focados no processo de execução e acompanhamento da política de assistência estudantil implantada no referido espaço, a saber:

- a) **Residência Universitária** - Propicia moradia e alimentação ao estudante da UFPI em situação de vulnerabilidade social e econômica, proveniente de municípios do Piauí ou de outros estados, garantindo a sua permanência na Instituição e conclusão do curso no tempo regulamentar;
- b) **Bolsa de assistência estudantil (BAE)** - Auxílio financeiro concedido ao estudante da UFPI em dificuldade socioeconômica. Atualmente o valor pago pelo benefício é de R\$ 400,00.
- c) **Bolsa Alimentação:** Garante o acesso do estudante em dificuldade socioeconômica ao Restaurante Universitário, com isenção total da taxa.
- d) **Projeto Inclusão Social:** Apoio ao estudante portador de necessidades especiais, a partir da concessão de bolsa especial aos universitários indicados por eles, com a finalidade de auxiliá-los nas atividades acadêmicas.
- e) **Auxílio Creche:** Auxílio financeiro concedido aos estudantes com dificuldade socioeconômica que sejam pais ou mães de bebês em idade de até 2 anos e 11 meses. O valor atual do benefício é de R\$ 400,00.

- f) **Atendimento psicossocial e pedagógico:** Acessível à comunidade universitária, com a finalidade de apoiar o estudante e o servidor, contribuindo para a superação de dificuldades sociais, psicológicas e pedagógicas.
- g) **Atendimento odontológico:** Benefício gratuito para toda a comunidade universitária, com atendimento clínico na área de diagnóstico (clínico e radiológico), restauração, prevenção e profilaxia.
- h) **Transporte coletivo:** disponibilização de ônibus para os estudantes com trajeto pré-estabelecido que vai **do Campus ao centro da cidade**, com paradas obrigatórias em pontos específicos do percurso.
- i) **Transporte intermunicipal e interestadual:** disponibilização de ônibus e vans para alunos que vão participar de eventos acadêmicos e científicos noutros municípios piauienses e noutros estados do Brasil.
- j) **Transporte rodoviário:** passagens terrestres na empresa Guanabara para todo o Nordeste a fim de apresentarem trabalhos em eventos científicos.
- k) **Apoio institucional à participação em eventos científicos no país:** objetiva apoiar financeiramente o deslocamento de alunos para eventos por meio da concessão de passagens, diárias e pagamento de taxa de inscrição.

Vale ressaltar que, o corpo discente do Campus de Picos conta, ainda, 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. No desempenho das atividades acadêmicas cotidianas os discentes recebem apoio permanente da **Coordenação do Curso** para assuntos da área acadêmica e também do **corpo docente** do curso, que é capacitado para o esclarecimento de dúvidas relacionadas aos conteúdos das disciplinas, orientação direcionada à realização de pesquisa e de atividades extracurriculares.

Por fim, cabe finalizar pontuando que a política de atendimento aos discentes, executada pela UFPI extrapola os limites administrativos do Campus posto que encontra-se interligado a um conjunto de ações desenvolvidas em parcerias com outras instancias administrativas sediadas em Teresina como: 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), além da assistência estudantil propriamente dita, através da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis e Comunitários (**PRAEC**).



### 6.8. Infraestrutura existente no Campus de Picos utilizada pelos cursos da área de saúde

#### Espaço físico – 2014

Espaço	Quantidade	Detalhes
Salas de Aula	Enfermagem – 07 Nutrição – 10 Biologia – 11	Cada sala comporta entre 50/60 alunos devidamente acomodados.
Laboratórios de Informática	02	01- Exclusivamente para os cursos da área de saúde. 01 – laboratório geral.
Laboratórios (Saúde)	<p><b>Biologia/Enfermagem/ Nutrição</b></p> 1 – Laboratório de zoologia; 2 – Laboratório de paleontologia; 3 – Laboratório de genética; 4 - Laboratório de enfermagem 5 - Laboratório de genética; 6 - Laboratório de microbiologia; 7 - Laboratório de imunologia/botânica 8 - Laboratório de biologia celular e genética; 9 - Laboratório de anatomia; 10 - Laboratório de fundamentação básica/posto de enfermagem; 11 - Laboratório de química e farmacologia; 12 - Laboratório de histologia; 13 - Laboratório de biofísica/fisiologia; 14 – Laboratório de patologia geral; 15 - Laboratório de microbiologia de alimentos; 16 - Laboratório de Bromatologia; 17 - Laboratório de avaliação nutricional; 18 - Laboratório de ecologia e lapebio; 19 - Laboratório de tecnologia de alimentos;	21 laboratórios

	20 - Laboratório de técnica e dietética; 21 - Laboratório nutrição experimental;	
Biotério	01	01
Biblioteca	01	01
Auditórios	01 com 116 lugares; 01 com 254 lugares	02
Salas de Professores	32 Salas 01 Sala Geral	33
Sala de Reuniões e de videoconferências	01	01

### **6.9. Infraestrutura em construção para o funcionamento do curso de Medicina em Picos**

Para a implantação do Curso de Medicina em Picos, a partir do segundo semestre de 2015, já encontram-se em andamento (sondagem do solo para aterramento e estruturação de estacas) obras que importam num investimento de treze milhões, novecentos e setenta e nove mil e quinhentos e oitenta e cinco reais e trinta centavos (R\$: R\$ 13.979.585, 30) destinados à construção de um prédio com cinco (05) pavimentos compostos pelos seguintes espaços físicos: 10 salas de aula; 12 salas de tutorias; 02 salas de estudo e informática; 05 salas de reuniões; 05 salas de orientações; 09 laboratórios; 02 auditórios; 01 sala de professores; 13 laboratórios de habilidades, entre outros espaços necessários (viveiros, vestiários, arsenais, áreas de circulação normal e de desinfecção e limpeza, 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).

### **6.10. Descrição física do hospital que funcionará como escola-médica**

O **Hospital Regional Justino Luz**, foi instalado na cidade de Picos pelo então Governador do Piauí Alberto Tavares Silva com uma estrutura provisória importada da Inglaterra nos anos 70 com validade de apenas cinco anos, mas que perdura até os dias atuais após a feitura de algumas reformas na sua estrutura física.

**Fotografia 6: Vista frontal do Hospital Regional de Picos**



Fonte: acervo próprio (2014)

O Hospital Regional Justino Luz (HRJL) está localizado na cidade de Picos- Piauí, na Praça Antenor Neiva, Nº 184, Bairro Bomba, possuindo esfera administrativa Estadual com gestão municipal. Apresenta administração direta da saúde (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde), com hospedagem em dependências coletivas.

O HRJL teve início no ano 1974, através de um acordo estabelecido entre o Governo do Estado do Piauí, comandado por Dirceu Mendes Arcoverde, e o Governo da Inglaterra, que possibilitou a construção de hospitais de campanha em Picos, Floriano, Parnaíba e Teresina. Finalizado em 1977, o hospital teve o nome dado em homenagem a uma importante liderança política nesta época, o Sr. Justino Rodrigues da Luz, que era também farmacêutico. A aparelhagem do hospital veio transferida do antigo Hospital São Vicente de Paula, antigo hospital da cidade mantido pela Sociedade São Vicente de Paula através de filantropia.

Considerado como ponto estratégico de atenção a saúde na macrorregião de Picos, o HRJL apresenta amplas instalações, que considerando o tempo de uso do hospital, atualmente necessitam de melhorias e ampliações devido ao elevado fluxo de atendimento e ao necessário alcance de padrões de qualidade. Obras já foram iniciadas neste sentido, que visam sua ampliação e reorganização.

Mantido totalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o HRJL proporciona serviços de assistência aos indivíduos enfermos em situação de urgência e emergência principalmente, realizando atendimento durante as 24 horas, atuando também no atendimento ambulatorial, clínica médica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica/ortopédica, clínica cirúrgica gineco/obstétrica, clínica psiquiátrica, urologia, cardiologia, radiologia, oftalmologia e fisioterapia, além de possuir um Laboratório de análises clínicas e um Centro de Reabilitação associado ao hospital. Atualmente, sua organização dispõe de mais de 500 colaboradores, entre funcionários efetivos, plantonistas e serviços prestados, que os auxiliam para melhor desempenho em tarefas.

**Com uma área física de aproximadamente 100m<sup>2</sup>, o HRJL atualmente conta com 133 leitos, divididos em Alas estratégicas, a saber;**

ALA A: Destinada a obstetrícia/maternidade composta por 36 leitos, onde ficam hospedadas as gestantes que aguardam o parto e puérperas (alojamento conjunto), bem como mulheres em tratamento ginecológico relacionados a complicações e/ou suspeitas de aborto. Segundo dados do HRJL, em 2013 a taxa de ocupação deste setor foi de 48,9%, com média aproximada de 12 pacientes por dia, em sua maioria (62%) provenientes de municípios da microrregião.

ALA B: Clínica médica geral, composta por 41 leitos destinados ao atendimento de pacientes acometidos por uma diversidade de patologias que vão desde doenças crônicas (diabetes, hipertensão, etc.) até doenças pulmonares e do trato gastrointestinal. Entre os diagnósticos mais frequentes, estão gastroenterite (6,1%), hipertensão (6,1%), AVC (8,7%), Diabetes (7,4%), Anemia (5,7%), ICC (5,7%), Pneumonia (7,9%), entre outros (HRJL, 2014). Nesse setor, em Outubro de 2014, a taxa de ocupação chegou a 76,8%, com média de 27 pacientes por dia e taxa de mortalidade de 9,48. Em relação ao tempo de internação, grande parte destes permaneceu de 02 a 03 dias no hospital.

ALA C: Destinada a Clínica Cirúrgica e Ortopédica é composta por 30 leitos, destinados a pacientes no pré e pós-operatório, bem como para pacientes vítimas de acidentes (trauma). Em 2013, foram hospedados 1960 pacientes, em sua maioria do sexo

masculino (62%) e idade entre 21 a 40 anos (40%). A taxa de ocupação aproximou-se de 34%, com média de permanência de 2,75 dias.

ALA D: A Clínica Pediátrica é composta por 26 leitos, os quais são diariamente ocupados por crianças com os diversos problemas de saúde, dentre estes, problemas respiratórios; fraturas; gripe; febre; diarreia; dengue; vômito, entre outros. Em 2013, a taxa de ocupação chegou a 29%, com média de 6,5 pacientes por dia e taxa de mortalidade de 4,2%.

SPA: Serviço de Pronto Atendimento, destinado ao atendimento de urgências e emergências médicas, nas áreas de cardiologia, cirurgia geral, clínica geral, clínico evolucionista, mastologia, obstetrícia, odontologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pediatria e urologia. Esse setor possui o sistema de classificação de risco implantado, com destinação de ambiente especializado para acolhimento da demanda e classificação, tendo em 2013 atendido 70.777 paciente, dos quais 15,8% emergentes (vermelho), 9,3% urgentes (amarelo), 75,7% pouco urgente (verde) e 9% não urgente (azul). Nesse mesmo ano, foram realizados 9.292 exames laboratoriais, 7.832 exames de Raio-x, 984 controles de glicose e 2045 pequenas cirurgias. Possui ainda espaços destinados a Observação, realização de Pequenas Cirurgias (Sala de Sutura) e Sala de Atendimento de Emergência (Sala de Parada);

UTI: Unidade de Terapia Intensiva. Atualmente encontra-se em processo de implantação (construção de UTI Adulto e Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários), visto que até o presente momento estava em funcionamento a USI – Unidade Semi-intensiva, destinada a pacientes com quadro clínico grave e com necessidade de isolamento.

BLOCO CIRÚRGICO: Possui uma Central de Material e Esterilização associada, bem como 04 Salas de operação e Sala de Parto. Em 2013, foram realizados 3.512 cirurgias, entre ortopedia, ooforectomia, apendicectomia, utetectomia, drenagem de tórax, laparotomia exploradora, colpoperineoplastia, nefrectomia, colecistectomia, histerectomia, gastrorrafia, prostatectomia, hernioplastia, procedimentos de oftalmologia, cesária, gravidez ectópica, hemorroidectomia, amputação, debridamento, toracotomia exploradora, entre outras.

### **6.11. A Policlínica de Picos**

A Policlínica de Picos deve atender a população da macrorregião do território do Vale do Rio Guaribas, do qual Picos é a cidade sede. Tem por finalidade promover um atendimento especializado nas mais diversas áreas de saúde, tanto na prevenção, como

diagnóstico e tratamento de enfermidades. Ao todo, a Policlínica de Picos vai oferecer 16 especialidades clínicas e deve atender uma média de 1.000 pessoas por mês.

### Fotografia 7: Inauguração da Policlínica de Picos



Fonte: acervo de Maria Moura da Grande Picos

A **Policlínica** foi planejada e construída pela ONG Pró-Brasil em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI) cuja finalidade social é melhorar os serviços de diagnósticos (tomografia, mamografia, raio X, etc) na referida macrorregião. O atendimento eletivo será nas áreas de cardiologia, neurologia, ortopedia, radiologia, urologia, ginecologia, mastologia, além das pequenas cirurgias. Junto às instalações da Policlínica está sendo construído um **Centro de Referência Médica** com 3 andares, 280 leitos, clínicas de alta complexidade, além de 3 unidades de terapia intensiva (UTIs) – neonatal, infantil e adulta, como veremos a seguir..

#### 6.12. A construção do Hospital-Escola de Picos

O novo Hospital de Picos está sendo construído ao lado da **Policlínica** do município, na BR 316. Tal obra constituirá em um grande avanço para a saúde pública da macrorregião e vai beneficiar não somente a população, mas, especialmente, os acadêmicos dos cursos de

saúde da cidade de Picos, sobretudo, do curso de Medicina do campus da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Segundo informações de Napoleão Lima, arquiteto do Núcleo de Engenharia e Infraestrutura da SESAPI, o novo Hospital de Picos terá **três pavimentos**:

**Fotografia 8 : construção do novo hospital – Centro de Referência Médica de Picos**



Fonte: Jornal 180°

**No térreo** funcionará toda a parte administrativa do hospital, consultórios e salas cirúrgicas que contará ainda, dentre outros setores, com espaço para nutrição e dietética com capacidade para 1500 refeições, lavanderia, almoxarifados, vestiários, central de resíduos, três (03) consultórios, um centro cirúrgico com quatro (04) salas de parto cirúrgico (02 salas), UTI Adulto (10 leitos), UTI Neonatal (05 leitos), UTI Pediátrica (07 leitos), Internação Geral (36 leitos), Internação Obstétrica (18 leitos), sala de pré-parto, parto e pós-parto (04 unidades); Internação Pediátrica (16 leitos) e internação Lactente (05 leitos).

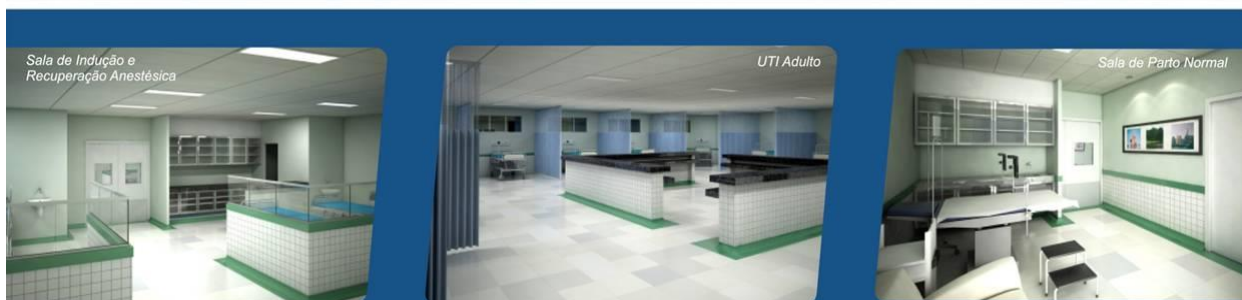
**Fotografia 9: Propaganda dos governos municipal, estadual e federal  
Sobre a construção do novo hospital de Picos**



# CENTRO DE REFERÊNCIA MÉDICA

Picos está ganhando um grande hospital. E você, mais saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde está investindo cerca de R\$ 30 milhões na construção do novo hospital de média e alta complexidade de Picos: o Centro de Referência Médica terá 284 leitos, UTI's Neonatal, Pediátrica e Adulto, Centro Cirúrgico com 6 salas de cirurgia e 4 Salas de Parto Normal. Tudo dotado de equipamentos de última geração. O mais moderno hospital do interior do Piauí, também será um hospital escola. Por isso vai contar ainda com auditório para 150 pessoas e biblioteca. As obras vão beneficiar mais de 60 municípios. São cerca de 450 mil pessoas que não precisarão mais se deslocar para outras regiões em busca de atendimento médico de qualidade.



**Novo Hospital de Picos, mais saúde pra você.**  
Av. Helvídio Nunes, S/N • Bairro Paraibinha



LOGOMARCA  
PREFEITURA  
DE PICOS



Fonte: acervo próprio (2014)

No **1º pavimento** ficará localizado o **auditório** com espaço para 170 lugares, **biblioteca, sala de aula** (02 unidades), internação geral (92 leitos) e ambientes de apoio. No **2º pavimento** também serão ofertados 92 leitos para internação geral, contabilizando um total de duzentos e oitenta (280) leitos.

Conforme depoimento do ex- Secretário de Saúde do Estado e atual coordenador do curso de Medicina em Picos, Ernani Maia, o valor previsto para a obra está orçado em R\$ 107 milhões. Trata-se, pois, da construção de um hospital de alta e média complexidade e de referência para alunos de medicina, já que será um **hospital-escola**. O novo hospital será uma unidade de saúde completamente moderna e com profissionais que possam oferecer uma saúde pública de melhor qualidade naquela região.



De fato, **O novo Hospital Regional de Picos** atenderá a média e alta complexidade, em regime de internação, atuando em parceria com a Policlínica Especializada de Picos. De acordo com o PDR – Plano Diretor de Regionalização e o PPI – Programação Pactuada Integrada, são referenciadas para o Hospital Regional a demanda dos 60 municípios que compõe a macro região de Picos, totalizando atualmente uma população acima de 400.000 habitantes. Para o novo hospital regional está previsto não só a manutenção dos serviços já prestados, mas a ampliação do atendimento em novas cirurgias de média e alta complexidade, ampliação do número de leitos na internação geral, na UTI adulto e a implantação das UTI's pediátrica e neonatal. O serviço de Urgência e Emergência permanecerá no Hospital Justino Luz. O novo projeto de arquitetura preconiza um atendimento humanizado ao paciente, a parturiente, aos acompanhantes e aos bebês. Para o serviço obstétrico estão previstos espaços com suítes individuais para Pré-parto / Parto e Puerpério (PPP), com equipamentos para relaxamento, pátios descobertos diferenciados para deambulação de parturientes e pacientes internados (solário).

### **6.13. Comitê de ética**

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, **sediado no Campus de Picos** foi criado em 01/10/2014 e constitui 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/Picos tem por objetivo pronunciar-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados em seres humanos no Campus de Picos e em Campus de outras instituições, quando requisitado, 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 PROPESQ ou 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.

#### **6.14. Referência e contrarreferência**

O sistema de referência e contrarreferência a ser adotado para o Curso de Medicina em Picos 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 Justino Luz e Hospitais Privados Conveniados) onde os alunos desenvolverão as atividades de Internato dando suporte também aos HPPS situados nos municípios da região.

## **ANEXOS**

- 1 - Normas do Estágio Obrigatório na UFPI ( Lei 177/2012)**
  
- 2 – Normas de Funcionamento do Internato do curso de Medicina da UFPI (Resolução n. 118/2000)**
  
- 3 - Alteração das Normas de Funcionamento do Internato na UFPI (Resolução n. 040/2005).**
  
- 4 – Normatização para trabalhos acadêmicos (TCC - Medicina)**

### **ANEXO – 1**

#### **NORMAS DE FUNCIONAMENTO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ 2012**

Aprovadas pela Resolução nº 177/12, de 5 de novembro de 2012 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão-CEPEX.

## **SEÇÃO IV**

### **DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO**

Art. 61 Estágio obrigatório é uma atividade acadêmica específica, que prepara o discente para o trabalho produtivo, com o objetivo de aprendizagem social, profissional e cultural, constituindo-se uma intervenção prática em situações de vida e trabalho.

Art. 62 O Estágio obrigatório, para efeito de integralização curricular, dever ser determinado pelo Conselho Federal de Educação nas diretrizes curriculares ou previsto no PPC, constituindo-se, nestes casos, componente curricular indispensável para integralização, e cada curso deverá normatizar seus estágios específicos para cada profissão.

Art. 63 O estágio será caracterizado como uma atividade acadêmica específica de um dos seguintes tipos, de acordo com sua natureza:

I - atividade de orientação individual, quando cada aluno dispõe do seu próprio orientador e executa o estágio de forma autônoma;

II - atividade especial coletiva, quando o professor orienta coletivamente um grupo de alunos em atividades de preparação ou prática para o exercício profissional.

## **SUBSEÇÃO I**

### **DAS CONDIÇÕES DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

Art. 64 O estágio pode ser realizado na própria UFPI, na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob a responsabilidade e coordenação da UFPI, de acordo com a legislação federal específica.

Art. 65 Para a realização de estágio junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado faz-se necessária a formalização de convênio, a ser firmado diretamente com a UFPI, mediante assinatura de termo de compromisso com interveniência obrigatória da Coordenadoria de Estágio Obrigatório/PREG.

Parágrafo único. O termo de compromisso constituirá parte do convênio a ser celebrado entre a Universidade e a parte concedente.

Art. 66 O estágio somente pode ocorrer em unidades que tenham condições de:

I - proporcionar experiências práticas na área de formação do estagiário;

II - dispor de um profissional dessa área para assumir a supervisão do estagiário.

Parágrafo único. Não é permitido o encaminhamento, para o estágio, de aluno que esteja com o curso trancado.

Art. 67 O estágio não cria vínculo empregatício de qualquer natureza.

## **SUBSEÇÃO II**

### **DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DOS ESTÁGIOS CURRICULARES OBRIGATÓRIOS DOS**

#### **CURSOS DE BACHARELADO**

Art. 68 O estágio curricular obrigatório, para a sua regularidade, envolve:

I – Coordenação de Estágio Obrigatório (CEO)/PREG

II - orientador de estágio;

III - supervisor de campo;

IV – coordenação de estágio no curso, quando for o caso.

§ 1º - A coordenação de estágio obrigatório da PREG tem como funções básicas:

- a) viabilizar as condições necessárias ao desenvolvimento do Estágio Obrigatório na UFPI.
- b) propor normas e diretrizes gerais para a operacionalização dos estágios obrigatórios;
- c) assessorar as coordenações de estágios nos cursos na elaboração e sistematização das programações relativas ao estágio obrigatório, com como, participar do acompanhamento, controle e avaliação da sua execução;
- d) providenciar as assinaturas de convênios entre a UFPI e as instituições de campos de estágio;
- e) organizar manter atualizado na UFPI, juntamente com as coordenações de estágio dos cursos, um sistema de documentação e cadastramento dos estágios;

§ 2º O orientador do estágio é um professor do quadro da UFPI responsável pelo acompanhamento didático-pedagógico do aluno durante a realização dessa atividade, que tem como atribuições:

- a) elaborar junto ao Coordenador de Estágio do curso a programação semestral de estágios obrigatórios;
- b) orientar os alunos, na elaboração dos seus planos e relatórios de estágio;
- c) acompanhar e orientar a execução das atividades dos estagiários;

d) avaliar o desempenho dos estagiários atribuindo-lhes conceitos expressos sob a forma adotada pela Universidade;

e) enviar ao Coordenador de Estágio do curso, no final de cada período letivo, o relatório correspondente aos Estágios Obrigatórios dos alunos sob a sua responsabilidade.

§ 3º O supervisor de campo é um profissional lotado na unidade de realização do estágio, responsável neste local pelo acompanhamento do aluno durante o desenvolvimento dessa atividade.

§ 4º A coordenação do estágio nos cursos será formada um docente efetivo escolhido entre os professores orientadores do estágio, cuja nomeação deverá ser efetivada por portaria da unidade acadêmica a qual o estágio está vinculado, quando o colegiado entender necessária a existência de um coordenador para o conjunto das atividades de estágio, e tem como atribuições:

a) coordenar a elaboração ou adequações de normas ou critérios específicos do estágio do curso, com base na presente resolução;

b) informar à CEO/PREG os campos de estágio, quando for o caso, tendo em vista a celebração de convênios e termos de compromisso;

c) fazer, no final de cada período, levantamento do número de alunos aptos e pretendentes ao estágio, em função da programação semestral;

d) elaborar, a cada semestre, junto com os docentes-orientadores, as programações de estágio obrigatório que serão enviadas à CEO/PREG no prazo estabelecido no calendário acadêmico;

e) orientar e encaminhar os alunos ao campo de estágio;

f) acompanhar o desenvolvimento do estágio, tendo em vista a consecução dos objetivos propostos;

g) enviar a CEO/PREG, no final de cada período letivo o relatório correspondente ao estágio obrigatório do curso;

Art 69 Nos casos de estágios onde há a participação de supervisor de campo, a avaliação do estágio é responsabilidade da coordenação do estágio, sendo solicitada a participação do supervisor de campo.

Parágrafo único. Exclui-se do disposto neste artigo os cursos cujos estágios tem duração regulamentada por legislação específica.

Art. 70 O aluno tem a obrigação de entregar um relatório final à unidade onde se realiza o estágio e à unidade da UFPI a qual se vincula a atividade de estágio.



§ 1º O aluno também terá a obrigação de entregar relatórios parciais a cada 06 (seis) meses caso a duração do estágio seja superior a um semestre.

§ 2º A unidade da UFPI à qual se vincula a atividade de estágio deve receber também, da unidade onde se realiza o estágio, avaliações e frequência do estagiário, assinados pelo supervisor de campo.

Art. 71 O estágio curricular não obrigatório é aquele previsto no projeto pedagógico do curso, no âmbito das atividades complementares e, na UFPI está sob responsabilidade da Pró-Reitoria de Extensão.

Art. 72 Os Estágios Obrigatórios serão desenvolvidos em até 20% (vinte por cento) da carga horária do currículo de cada curso.

#### **ANEXO - 4**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS**  
**CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA**

## **NORMATIZAÇÃO PARA TRABALHOS ACADÊMICOS**

PICOS/PI

2014

### **I - APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS**

A NBR 14724/2011 diz respeito aos princípios gerais para a elaboração de trabalhos acadêmicos, visando a sua apresentação à instituição (banca, comissão examinadora e outros), bem como sua entrega à biblioteca.

Esta norma aplica-se às teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso (TCC), trabalhos de conclusão de curso de especialização e/ou aperfeiçoamento e outros. Aplica-se, no que couber, nos trabalhos desenvolvidos no decorrer da vida acadêmica.

Todos os trabalhos acadêmicos constituem o produto de leituras, observações, investigações, reflexões e críticas desenvolvidas nos cursos de graduação e pós-graduação. Desta forma, os trabalhos acadêmicos distinguem-se uns dos outros pelo grau de profundidade com que tratam o assunto.

#### **CAPÍTULO 1 – Das Disposições Preliminares**

**Art. 1º** O presente regulamento disciplina o processo de elaboração, apresentação e avaliação de Trabalho de Conclusão do curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros.

**Art. 2º** O TCC é individual podendo abordar tema teórico ou teórico-prático, com orientação dos docentes ou preceptores dos Cursos da Medicina e relatado sob a forma de uma MONOGRAFIA ou ARTIGO CIENTÍFICO.

Parágrafo primeiro: no caso de monografia deverá seguir as normas atualizadas da ABNT.

Parágrafo segundo: no caso de artigo científico deverão ser utilizadas no TCC as normas técnicas adotadas pela revista para a qual será enviada para publicação, devendo ser apensada as normas adotadas.

**Art. 3º** O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) deve ser entregue ao professor-orientador, designado para este fim.

## **CAPÍTULO 2 – Dos alunos e professores-orientadores**

**Art. 4º** Os alunos do curso de Medicina da UFPI/CSHNB serão submetidos ao processo de orientação, para efeito de escolha do tema e elaboração do trabalho.

**Art. 5º** O aluno, dentre outros, tem os seguintes deveres específicos:

- I. Apresentar, primeiramente, ao professor-orientador um anteprojeto contendo: o tema, a justificativa da escolha do tema, metodologia utilizada, os objetivos e bibliografia até o final do 9º (nono) semestre;

- II. Cumprir o calendário divulgado pela coordenação do curso, para realização das atividades propostas na monografia ou artigo científico, sendo os mesmos deverá ser apresentado até o final do 12º (décimo) módulo;
- III. Manter contatos/encontros semanais com o seu professor-orientador, para discussão do trabalho acadêmico em desenvolvimento;
- IV. Elaborar a versão final da monografia ou artigo científico, obedecendo às normas e instruções deste regulamento e outras, aprovadas pela coordenação do curso de Medicina;
- V. Comparecer em dia, hora e local determinados pela coordenação do curso para apresentar e defender a versão final de sua monografia ou artigo científico, perante banca examinadora.

**Art 6º** Todos os professores e preceptores do Curso de Medicina são orientadores, desde que possue(a)m **no mínimo curso de especialização**. No entanto, tal orientação far-se-á adequando o interesse do orientador com a sua área de atuação e disponibilidade. Definidas estas questões, orientador e aluno estabelecerão, entre si, horário e local para encontros semanais ou quinzenais de orientação.

Parágrafo primeiro: só haverá substituição do orientador mediante concordância deste, do orientador substituto escolhido pelo aluno e do coordenador do curso, salientando que a troca de orientador não pode interferir nos prazos estabelecidos para a entrega do trabalho (que não serão estendidos). Esta troca ficará documentada por escrito.

Parágrafo segundo: o relacionamento entre o orientador e aluno deve ser o mais profissional possível, o que implica em direitos e responsabilidades de ambas as partes. Qualquer problema entre orientador e aluno deverá ser comunicado ao coordenador do curso o mais breve possível, para que sejam tomadas as providências cabíveis em cada caso.

**Art. 7º** Cabe ao orientador:

- I. Orientar os alunos na escolha do tema e na elaboração e execução do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob a forma de monografia ou artigo científico, desenvolvido ao longo do curso;
- II. Acompanhar o desenvolvimento do TCC por meio de reuniões semanais ou quinzenais de orientação em dia e hora combinados com o aluno;

- III. Participar de reuniões, convocadas pelo coordenador do TCC, para análise do processo do Trabalho de Conclusão de Curso, assim como da avaliação dos alunos;
- IV. Anotar as sugestões da banca examinadora durante a defesa do trabalho e acompanhar a inclusão das mesmas na elaboração do trabalho final a ser entregue pelo aluno;
- V. **Um orientador pode orientar, no máximo, 5 (cinco) trabalhos simultaneamente,** conforme Resolução 177/12, art. 91.

### **CAPÍTULO 3 – Da Defesa e Entrega Final do TCC**

**Art. 8º** A entrega do TCC será feita a banca examinadora, nos prazos estabelecidos em calendário pelo coordenador de curso, com antecedência de no mínimo 15 (quinze) dias úteis da primeira apresentação de TCC, em 3 (três) vias encadernadas em espiral simples, respeitando as normas exigidas para trabalhos acadêmicos de monografia ou artigo científico.

Art. 9º Após a defesa e aprovação do TCC o aluno terá um prazo máximo 30 (trinta) dias corridos, a contar da data da defesa, para os devidos ajustes e, em seguida, protocolar na Biblioteca do Campus a versão definitiva em 2 (duas) vias, encadernadas em capa dura, na cor preto, com letras escritas na cor dourado acompanhadas de 1 (uma) cópia em CD-rom.

Art. 10º Os trabalhos devem respeitar o cronograma e prazos estabelecidos para serem avaliados no período corrente. O aluno que não entregar por escrito o Trabalho de Conclusão de Curso e/ou que não se apresentar para a sua defesa oral, sem motivo justificado, será automaticamente reprovado, podendo apresentar novo trabalho, somente após aprovação do Colegiado do Curso.

Parágrafo único: O aluno que não apresentar o TCC de acordo com as normas vigentes desse regulamento não participará da colação de grau até que sua situação seja regularizada.

**Art. 11º** O professor orientador possui plena autonomia e poder para impedir que um trabalho entre em processo de avaliação ou mesmo para reprovar o aluno a qualquer tempo,

desde que com substância para tal decisão justificada, encaminhada e discutida na coordenação de curso.

#### **CAPÍTULO 4 – Da avaliação do TCC**

**Art. 12º** A avaliação do TCC será feita pelas três pessoas que participarão da banca examinadora, sendo composta pelo orientador e mais dois professores um do curso de Medicina e outro professor externo ao curso e/ou a UFPI.

Parágrafo primeiro: o professor orientador indicará os professores que irão compor a banca examinadora e estes deverão ser preferencialmente da área do objeto do TCC.

Parágrafo segundo: todas as notas referentes à avaliação do TCC compreenderão valores entre zero (0) e dez (10) e ficarão sujeitas, nas composições, aos critérios de arredondamento estabelecidos pelo colegiado do curso.

**Art. 13º** A primeira nota de avaliação do orientador com peso equivalente a 60% (sessenta por cento) far-se-á de acordo com os seguintes itens: conhecimento teórico, domínio prático do tema, complexidade do trabalho, originalidade do trabalho, compatibilidade das conclusões com a proposta inicial e desempenho do aluno, fundamentação teórica, coerência temática, estrutura formal, bibliografia, objetividade e recursos utilizados.

**Art. 14º** As segunda e terceira notas serão atribuídas pela banca examinadora, julgados seu desempenho na apresentação, capacidade de argumentação nos questionamentos e apresentação do trabalho escrito, tendo peso equivalente a 40% (quarenta por cento) do total.

Parágrafo único: a defesa do Trabalho de Conclusão do Curso compreenderá exposição oral do conteúdo do mesmo, podendo ser objeto de arguição e deverá estender-se por tempo não inferior a 15 minutos e não superior a 20 minutos para a apresentação oral e o mesmo tempo para arguição da banca examinadora.

**Art. 15°** Com base no exame do trabalho escrito e da apresentação oral do mesmo, os membros da banca deverão chegar a um total de notas que corresponderão a três julgamentos finais:

- I. média maior ou igual a 7,0: trabalho aprovado;
- II. média inferior a 7,0: trabalho reprovado, devendo o TCC ser apresentado no próximo ano letivo.
- III. sem média: aprovado com ressalvas

**Art 16°** No caso de aprovado com ressalvas, os alunos deverão proceder à correção do trabalho de acordo com as sugestões feitas pela Banca Examinadora, entregando nova versão para avaliação em prazo estipulado pela mesma antes da colação de grau. Após nova avaliação feita pelos mesmos membros da banca, total ou parcialmente composta, se aprovado, o aluno participará da cerimônia de colação de grau.

**Art. 17°** A coordenação do curso publicará a relação dos alunos que procederam à entrega da prévia do TCC até a data prevista, com a devida anuência do orientador definindo a data, horário e local das defesas e a constituição das bancas examinadoras.

Parágrafo primeiro: as defesas dos Trabalhos de Conclusão de Curso serão realizadas em sessão pública;

Parágrafo segundo: as notas finais serão publicadas após a entrega final do Trabalho de Conclusão de Curso, em versão definitiva.

## **CAPÍTULO 5 – Das disposições gerais**

**Art. 18°** É de inteira responsabilidade do aluno a verificação de seus prazos e obrigações junto à secretaria acadêmica e coordenação do curso de medicina.

**Art. 19°** Todas as suspeitas de fraude acadêmica, seja a utilização de trabalhos já realizados, nesta ou em outras instituições, seja o recorte de partes de outros trabalhos, serão rigorosamente verificadas.

Parágrafo único: em caso de confirmação das suspeitas será nomeada uma comissão de ética, com a presença do coordenador do curso e o professor orientador do TCC, que irão analisar a extensão e a gravidade do plágio acadêmico, ficando o aluno passível de aplicação das normas disciplinares da UFPI, que vão desde suspensão por um semestre das atividades até o jubramento.

**Art. 20°** Os trabalhos apresentados e aprovados pela banca examinadora estarão à disposição dos alunos para consulta na Biblioteca do Campus.

## **CAPÍTULO 6 - Das disposições finais**

**Art. 21°** Os casos omissos e as interpretações deste Regulamento devem ser resolvidos pela coordenação do curso de Medicina, com recurso, em instância final, para o conselho diretor do Campus.

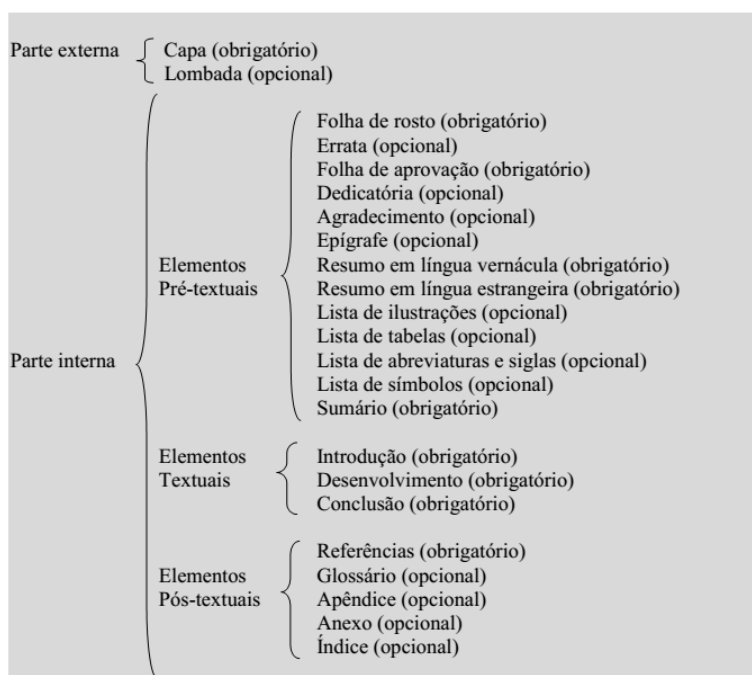
**Art. 22°** Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Superior da UFPI.

## **II - ESTRUTURA DE TRABALHO ACADÊMICO**

### **2.1. Estrutura do trabalho acadêmico**

A estrutura do trabalho acadêmico é composta de duas partes: externa e interna, as quais contêm elementos obrigatórios e opcionais, dispostos na ordem a seguir.





### 2.1.1 Parte externa

São compreendidas como elementos pertencentes à parte externa dos trabalhos acadêmicos a capa e a lombada.

#### 2.1.1.1 Capa

Elemento obrigatório. É a proteção externa do trabalho sobre a qual se imprimem as informações indispensáveis à sua identificação, exibidas na seguinte ordem:

- a) nome da instituição, seguido do centro ou faculdade, departamento, programa de pós-graduação (se for o caso) e/ou curso;
- b) nome do autor;
- c) título do trabalho;
- d) subtítulo, separado do título por dois pontos para evidenciar a subordinação ao título;
- e) número de volume. Se houver mais de um, deve constar em cada capa o respectivo volume;
- f) local (cidade) da instituição onde deve ser apresentado o trabalho. Em caso de homônimos, recomenda-se o acréscimo da sigla da unidade da Federação; e
- g) ano de entrega, em algarismos arábicos.

Inicia-se na margem superior da folha/página com todas as informações centralizadas, em letras maiúsculas, **em negrito**, fonte tamanho 12 e espaço 1,5 de entrelinhas (APÊNDICE A).

#### 2.1.1.2 Lombada

Elemento opcional. É a parte da capa do projeto que reúne as margens internas das folhas, sejam elas costuradas, grampeadas, coladas ou mantidas juntas de outra maneira. São elaboradas conforme a NBR 12225/2004. As informações que devem constar na lombada são:

- a) último sobrenome do autor e título do trabalho, impressos longitudinalmente e legível de cima para baixo;
- b) ano de publicação impresso na horizontal na altura de 1 cm; e
- c) quando houver mais de um volume, identifica-se com elementos alfanuméricos, por exemplo: v. 1, na horizontal, abaixo do ano de publicação.

#### 2.1.2 Parte interna

Nesta parte, constam os elementos pré textuais, textuais e pós textuais.

##### 2.1.2.1 Elementos pré textuais

Os elementos pré textuais são: folha de rosto, errata, folha de aprovação, dedicatória, agradecimentos, epígrafe, resumo em língua vernácula, resumo em língua estrangeira, listas (ilustrações, tabelas, abreviaturas e siglas e símbolos) e sumário.

##### 2.1.2.1.1 Folha de rosto

Elemento obrigatório. Contém informações que identificam o trabalho, dispostas no anverso e verso da folha, na ordem indicada.

No anverso da folha de rosto devem constar:

- a) nome do autor;
- b) título do trabalho;
- c) subtítulo (se houver), separado do título por dois pontos para evidenciar a subordinação ao título;
- d) número do volume. Se houver mais de um, deve constar em cada folha de rosto o respectivo volume em algarismos arábicos;
- e) natureza – nota contendo o tipo do trabalho (tese, dissertação, trabalhos de conclusão de curso e outros) e objetivo (aprovação em disciplina, grau pretendido e outros); nome da instituição a que é submetido; área de concentração;

- f) nome do orientador e, se houver, do coorientador;
- g) local (cidade) da instituição onde vai ser apresentado o trabalho. No caso de cidades homônimas, recomenda-se o acréscimo da sigla da unidade da federação;
- h) ano de entrega, em algarismos arábicos.

Inicia-se na margem superior da folha/página com autor e título centralizados, em letras maiúsculas, fonte tamanho 12 e espaço 1,5 de entrelinhas. A natureza do trabalho, área de concentração, nome do orientador e coorientador, se houver, devem vir alinhados a partir do meio da área do texto para a margem direita (reco de 8 cm da margem esquerda), em letras maiúsculas/minúsculas, fonte tamanho 12, em espaço simples de entrelinhas e justificados. O local e a data apresentam-se em letras maiúsculas, fonte tamanho 12 e espaço 1,5 de entrelinhas, e centralizados (APÊNDICE B).

No verso da folha de rosto devem constar os dados internacionais de catalogação na publicação (ficha catalográfica), conforme o Código de Catalogação Anglo-Americano (AACR2), que devem ser elaborados pela biblioteca que atende ao curso em que o trabalho foi apresentado.

#### 2.1.2.1.2 Errata

Elemento opcional. Lista de erros ocorridos no texto, seguidos das devidas correções.

Deve ser inserida logo após a folha de rosto, constituída pela referência do trabalho e pelo texto da errata. Apresenta-se em papel avulso ou encartado, acrescida ao trabalho depois de impresso.

#### Exemplo

ERRATA			
SILVA, C. A. B. <b>Usina de beneficiamento de leite e derivados</b> . Brasília: Ministério da Agricultura, do Abastecimento e da Reforma Agrária, 1995. 46 p.			
Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
31	34	sacos plásticos	embalagem cartonada

#### 2.1.2.1.3 Folha de aprovação

Elemento obrigatório. Folha que contém os elementos essenciais à aprovação do trabalho. Deve conter as seguintes informações, nesta ordem:

- a) nome autor;
- b) título;
- c) subtítulo (se houver), separado do título por dois pontos;
- d) natureza – tipo do trabalho (tese, dissertação, trabalhos de conclusão de curso e outros), objetivo (grau pretendido, aprovação em disciplina e outros) nome da instituição e área de concentração;
- e) data de aprovação;
- f) nome, titulação e assinatura dos componentes da banca examinadora e instituição a que pertencem.

Inicia-se na margem superior da folha/página com autor e título centralizados, em letras maiúsculas, fonte tamanho 12 e espaço 1,5 de entrelinhas. A natureza do trabalho, nome da entidade a que é submetido, área de concentração, e nome do orientador e coorientador, devem vir alinhados a partir do meio da área do texto para a margem direita (reco de 8 cm da margem esquerda), em fonte tamanho 12, em espaço simples e justificado. A data de aprovação deve vir em fonte tamanho 12, em espaço 1,5 de entrelinhas e alinhada à esquerda.

O nome, titulação e assinatura dos componentes da banca em letras maiúsculas/minúsculas, fonte tamanho 12, em espaço 1,5 de entrelinhas e centralizados (APÊNDICE C).

#### 2.1.2.1.4 Dedicatória

Elemento opcional.

Deve iniciar abaixo do meio da folha com recuo de 8 cm da margem esquerda. Dispensa o uso da palavra dedicatória. O texto deve ser apresentado em tamanho 12, justificado, espaço entrelinhas 1,5, sem aspas.

#### 2.1.2.1.5 Agradecimentos

Elemento opcional.

Iniciam-se em folha/página distinta, com a palavra AGRADECIMENTOS na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, sem indicativo numérico, em espaço 1,5 de entrelinhas e centralizada. O texto deve ser em espaço 1,5 de entrelinhas e justificado.

#### 2.1.2.1.6 Epígrafe

Elemento opcional.

Citação relacionada com o tema do trabalho, expressa em folha/página distinta, com indicação de autoria.

Inicia-se abaixo do meio da folha, com recuo de 8 cm da margem esquerda. Dispensa o uso da palavra epígrafe. Pode também haver epígrafes nas folhas/páginas de abertura das seções primárias. O texto deve ser digitado em tamanho 12, justificado, espaço entrelinhas 1,5, entre aspas.

#### 2.1.2.1.7 Resumo em língua vernácula

Elemento obrigatório. Apresentação concisa dos pontos relevantes do documento, fornecendo uma visão rápida e clara do conteúdo e das conclusões do trabalho. Elaborado de acordo com a NBR 6028/2003, conforme as seguintes orientações:

- a) o resumo deve ser informativo, apresentando finalidades, metodologia, resultados e conclusões;
- b) composto de uma sequência de frases concisas, afirmativas e não de enumeração de tópicos;
- c) deve-se usar parágrafo único e justificado;
- d) usar o verbo na voz ativa e na 3ª pessoa do singular;
- e) o resumo expresso em trabalhos acadêmicos (teses, dissertações e outros) deve conter de 150 a 500 palavras;
- f) a primeira frase do resumo deve ser significativa e expressar o tema principal do trabalho;
- g) deve ser evitado o uso de frases negativas, símbolos e fórmulas que não sejam de uso corrente, comentário pessoal, críticas ou julgamento de valor; e
- h) as palavras-chave devem figurar logo abaixo do resumo, antecedidas da expressão “Palavras-chave:” separadas e finalizadas por ponto.

Inicia-se em folha/página distinta com a palavra RESUMO, na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, fonte tamanho 12, sem indicativo numérico e centralizada. O texto do resumo deve ser digitado em espaço 1,5 de entrelinhas, fonte tamanho 12 e justificado.

#### 2.1.2.1.8 Resumo em língua estrangeira

Elemento obrigatório. É a tradução do resumo em língua vernácula para outro idioma de propagação internacional (em inglês ABSTRACT, em espanhol RESUMEN). Seguem as orientações:

- a) aparece logo após o resumo em língua vernácula e em formato idêntico; e
- b) as palavras-chave e/ou descritores também devem ser traduzidas.

Inicia-se em folha/página distinta com a palavra ABSTRACT ou RESUMEM, conforme a língua, na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, fonte tamanho 12, sem indicativo numérico e centralizada. O texto do resumo em língua estrangeira deve ser digitado em espaço 1,5 de entrelinhas, fonte tamanho 12 e justificado.

#### 1.1.2.1.9 Lista de ilustrações

Elemento opcional. Elaborada de acordo com a ordem exibida no texto, com cada item designado por seu nome e número específico, travessão, título e número da folha/página em que os itens se encontram.

Exemplo

**Quadro 1 – Adaptação do esquema de interação verbal ..... 89**

Inicia-se em folha/página distinta, com o título LISTA DE ILUSTRAÇÕES, na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, fonte tamanho 12, sem indicativo numérico, em espaço 1,5 de entrelinhas e centralizado. A lista deve ser digitada em fonte tamanho 12, em espaço 1,5 de entrelinhas e justificada.

Quando necessário, recomenda-se a elaboração de lista própria para cada tipo de ilustração (desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, quadros, organogramas, mapas e outras), por exemplo: LISTA DE GRÁFICOS, LISTA DE QUADROS.

#### 1.1.2.1.10 Lista de tabelas

Elemento opcional. Elaborada de acordo com a ordem apresentada no texto, com cada item designado por seu nome e número específico, travessão, título e número da folha/página em que se encontram os itens.

Exemplo

**Tabela 1 – Frequência das marcas evidenciais quanto à posição ..... 31**

Inicia-se em folha/página distinta, com o título LISTA DE TABELAS, na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, fonte tamanho 12, sem indicativo

numérico, espaço 1,5 de entrelinhas e centralizado. A lista deve ser digitada em fonte tamanho 12, em espaço 1,5 de entrelinhas e justificada.

#### 2.1.2.1.11 Lista de abreviaturas e siglas

Elemento opcional. Relação alfabética das abreviaturas e siglas utilizadas no trabalho, seguidas das palavras ou expressões correspondentes, grafadas por extenso.

Exemplo

UFPI Universidade Federal do Piauí

CSHNB Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Inicia-se em folha/página distinta, com o título LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS, na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, fonte tamanho 12, sem indicativo numérico, espaço 1,5 de entrelinhas e centralizado. A lista deve ser digitada em fonte tamanho 12, espaço 1,5 de entrelinhas e justificada.

Quando necessário, pode-se elaborar lista própria para cada tipo, por exemplo: LISTA DE ABREVIATURAS e LISTA DE SIGLAS.

#### 2.1.2.1.12 Lista de símbolos

Elemento opcional. Lista de símbolos elaborada de acordo com a ordem expressa no texto, com o devido significado.

Exemplo

$D_{ab}$	Distância euclidiana
$H_2O$	Água

Inicia-se em folha/página distinta, com o título LISTA DE SÍMBOLOS, na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, fonte tamanho 12, sem indicativo numérico, espaço 1,5 de entrelinhas e centralizado. A lista deve ser digitada em fonte tamanho 12, espaço 1,5 de entrelinhas e justificado.

#### 2.1.2.1.13 Sumário

Elemento obrigatório. Apresentação das divisões, seções e outras partes do trabalho, na mesma ordem e grafia em que se sucedem no texto, acompanhadas pelo respectivo número da página. Elaborado conforme a NBR 6027/2003, obedecendo às seguintes orientações:

- a) os elementos pré textuais não constam no sumário;
- b) os indicativos numéricos das seções e subseções são alinhados à esquerda;

- c) os títulos das seções e subseções sucedem os indicativos numéricos;
- d) os títulos das seções e subseções são alinhados à margem do título do indicativo numérico mais extenso; e
- e) caso o trabalho seja apresentado em mais de um volume, em cada um deve constar o sumário completo.

Inicia-se em folha/página distinta, com a palavra SUMÁRIO, na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, sem indicativo numérico, espaço 1,5 de entrelinhas e centralizada. O sumário deve ser digitado em fonte tamanho 12 e espaço 1,5 de entrelinhas (APÊNDICE D).

#### 2.1.2.2 Elementos textuais

Exposição da matéria em três partes fundamentais: introdução, desenvolvimento e conclusão. Nos elementos textuais, todas as seções são numeradas. As seções primárias devem iniciar em página distinta e, quando digitado nos dois lados da folha, no averso (página ímpar). A nomenclatura dos títulos dos elementos textuais fica a critério do autor.

##### 2.1.2.2.1 Introdução

Tem como finalidade dar ao leitor uma visão concisa do tema investigado, ressaltando-se: o assunto de forma delimitada, ou seja, enquadrando-o sob a perspectiva de uma área do conhecimento, de forma que fique evidente sobre o que se está investigando; a justificativa da escolha do tema; os objetivos do trabalho; o objeto de pesquisa que será investigado durante o transcorrer da pesquisa.

##### 2.1.2.2.2 Desenvolvimento

Visa a expor e discutir o tema abordado no trabalho acadêmico. Não possui uma estrutura rígida de apresentação, admitindo-se que seja constituído de capítulos que devem apresentar a temática de forma detalhada. Independentemente da natureza do estudo (pesquisa bibliográfica, de campo, experimental, descritiva ou outra), a revisão de literatura, os materiais e métodos e as análises ou resultados sempre constituem a parte textual do trabalho acadêmico.

##### 2.1.2.2.3 Conclusão

A conclusão deve ser decorrência natural do que foi exposto no desenvolvimento. Assim, em qualquer tipo de trabalho, deve resultar de deduções lógicas sempre fundamentadas no que foi apresentado e discutido anteriormente. Visa a recapitular sinteticamente os resultados da pesquisa.

#### 2.1.2.3 Elementos pós-textuais



Os elementos pós-textuais são: referências, glossário, apêndices, anexos e índices. Sucedem o texto e complementam o trabalho, na ordem em que se seguem.

#### 2.1.2.3.1 Referências

Elemento obrigatório. Listagem das publicações citadas na elaboração do trabalho, podendo ser ordenada alfabeticamente ou pelo sistema numérico. As referências são elaboradas conforme a ABNT NBR 6023/2002.

Inicia-se em folha/página distinta, com a palavra REFERÊNCIAS, na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, fonte tamanho 12, sem indicativo numérico e centralizada. As referências devem ser digitadas em fonte tamanho 12, espaço simples, alinhadas à esquerda e separadas uma da outra por um espaço simples em branco (APÊNDICE E).

#### 2.1.2.3.2 Glossário

Elemento opcional. Lista em ordem alfabética de palavras ou expressões técnicas de uso restrito ou sentido obscuro, acompanhadas de seus respectivos significados ou definições.

Inicia-se em folha/página distinta, com a palavra GLOSSÁRIO, na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, fonte tamanho 12, sem indicativo numérico e centralizada. A lista de palavras deve ser digitada com fonte tamanho 12 e espaço 1,5 de entrelinhas.

#### 2.1.2.3.3 Apêndice

Elemento opcional. Texto ou documento elaborado pelo autor, complementando sua argumentação.

Cada apêndice deve ser precedido da palavra APÊNDICE e identificado por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelo respectivo título. Utilizam-se letras maiúsculas dobradas, na identificação dos apêndices, quando esgotadas as letras do alfabeto.

Exemplos

**APÊNDICE A** - Curva de crescimento de *Dunaliella salina*

**APÊNDICE B** - Curva de crescimento de *Isochrysis galbana*

Iniciam-se em folha/página distinta, com a palavra APÊNDICE(S), na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, fonte tamanho 12, sem indicativo numérico e centralizada.

#### 2.1.2.3.4 Anexo

Elemento opcional. Texto ou documento não elaborado pelo autor, que serve de fundamentação, comprovação e ilustração.

Cada anexo deve ser precedido da palavra ANEXO e identificado por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelo respectivo título. Utilizam-se letras maiúsculas dobradas, na identificação dos apêndices, quando esgotadas as letras do alfabeto.

## Exemplos

ANEXO A - Curva de crescimento de *Dunaliella salina*

ANEXO B - Curva de crescimento de *Isochrysis galbana*

Iniciam-se em folha/página distinta, com a palavra ANEXO(S), na margem superior, em letras maiúsculas, negrito, fonte tamanho 12, sem indicativo numérico e centralizada.

### 2.1.3.3.5 Índice

Elemento opcional. Lista de palavras ou frases ordenadas segundo determinado critério, que localiza e remete para as informações contidas no texto. Elaborado conforme a NBR 6034/2004. Quanto à ordenação, o índice pode ser classificado em: alfabético, sistemático, cronológico, numérico e alfanumérico. Quanto ao enfoque, o índice pode ser geral e especial (quando organizado por autor, assunto etc.).

Inicia-se em folha/página distinta, com a palavra ÍNDICE e a respectiva classificação, na margem superior, em letras maiúsculas, em negrito, fonte tamanho 12, espaço 1,5 de entrelinhas, sem indicativo numérico e centralizada. A lista de palavras deve ser digitada com fonte tamanho 12 e espaço 1,5 de entrelinhas.

## 2.3. Forma de apresentação do trabalho acadêmico

Os trabalhos acadêmicos devem ser elaborados conforme a NBR 14724/2011.

### 2.2.1 Formato

A formatação obedece às seguintes orientações:

- a) impresso em papel branco ou reciclado, formato A4 (210 mm x 297 mm);
- b) fonte Arial ou Times New Roman, fonte tamanho 12 para todo o trabalho, inclusive a capa, com exceção das citações com mais de três linhas, notas de rodapé, paginação, dados internacionais de catalogação-na-publicação (ficha catalográfica), legendas e fontes das ilustrações e das tabelas, que devem ser fonte tamanho 10;

- c) o texto deve ser digitado em preto, podendo utilizar cores somente para as ilustrações;
- d) pode ser digitado no anverso e verso da folha, ou somente no anverso, com exceção da ficha catalográfica, que é impressa obrigatoriamente no verso da folha de rosto; e
- e) quando digitado no anverso e verso da folha, os elementos pré textuais (com exceção da ficha catalográfica), pós-textuais e seções primárias dos elementos textuais devem iniciar no anverso da folha (página ímpar).

### 2.2.2 Margem

Deve obedecer às seguintes orientações:

a) para o anverso:

- margens esquerda e superior de 3 cm;
- margens direita e inferior de 2 cm;

b) para o verso:

- margens direita e superior de 3 cm;
- margens esquerda e inferior de 2 cm;

c) a citação direta com mais de três linhas é destacada com recuo de 4 cm da margem esquerda;

d) na folha de rosto, a natureza do trabalho, a área de concentração, orientador e coorientador (se houver) devem estar alinhados a partir do meio da área do texto para a margem direita (recuo de 8 cm à esquerda);

e) na folha de aprovação, a natureza do trabalho e a área de concentração devem estar alinhadas a partir do meio da área do texto para a margem direita (recuo de 8 cm à esquerda); e

f) as notas devem ser digitadas dentro das margens do texto.

### 2.2.3 Espaçamento

O trabalho acadêmico deve obedecer às seguintes orientações sobre espaçamento:

a) todo o trabalho deve ser digitado com espaço de 1,5cm de entrelinhas, com exceção das citações diretas com mais de três linhas, notas de rodapé, referências, legendas das ilustrações e tabelas, ficha catalográfica e natureza do trabalho (na folha de rosto e folha de aprovação), que devem ser digitados em espaço simples;

b) os títulos das seções e subseções devem ser separados do texto que os precede e os sucede por um espaço de 1,5 cm em branco;

- c) as citações diretas com mais de três linhas devem ser separadas do texto que as precede e as sucede por um espaço de entrelinhas simples em branco;
- d) as notas de rodapé devem ser separadas do texto por um espaço simples de entrelinhas e por um filete de 5 cm, a partir da margem esquerda; e
- e) as referências ao final do trabalho devem ser separadas entre si por um espaço simples em branco.

#### 2.2.4 Paginação

Para os trabalhos digitados somente no anverso:

- a) todas as folhas, a partir da folha de rosto, devem ser contadas sequencialmente, considerando somente o anverso. Dessa forma, não se conta a página da ficha catalográfica;
- b) a numeração deve figurar a partir da primeira folhada parte textual (Introdução), em algarismos arábicos, no canto superior direito da folha, a 2 cm da borda superior, ficando o último algarismo a 2 cm da borda direita da folha;
- c) os apêndices e anexos, quando utilizados, devem ser numerados de forma contínua ao texto; e
- d) para trabalhos em mais de um volume, deve ser dada uma numeração sequencial às folhas do primeiro ao último volume.

Para os trabalhos digitados no anverso e verso:

- a) todas as páginas, a partir da folha de rosto, são contadas sequencialmente, considerando anverso e verso;
- b) a numeração deve figurar, a partir da primeira página da parte textual (Introdução), em algarismos arábicos, da seguinte forma:
  - para o anverso, no canto superior direito da página, a 2 cm da borda superior, ficando o último algarismo a 2 cm da borda direita da página;
  - para o verso, os números devem figurar a 2 cm da borda superior, ficando o primeiro algarismo a 2 cm da borda esquerda da página;
- c) os apêndices e anexos, quando utilizados, devem ser numerados de forma contínua ao texto; e
- d) para trabalhos em mais de um volume, deve ser dada uma numeração sequencial das páginas do primeiro ao último volume.

#### 2.2.5 Numeração progressiva

Deve ser utilizada para evidenciar a sistematização do conteúdo do trabalho, organizando as seções em que se divide o texto.

#### 2.2.5.1 Seções

De acordo com a NBR 6024/2003 (APÊNDICE AE):

- a) devem ser utilizados algarismos arábicos;
- b) deve-se limitar a numeração progressiva até a seção quinária;
- c) o indicativo numérico de uma seção antecede seu título, alinhado à esquerda, separados por um espaço de caractere em branco. Não se utiliza qualquer pontuação ou sinal entre o indicativo numérico e o texto;
- d) todas as seções devem conter um texto relacionado com elas;
- e) títulos de seções com indicação numérica, que ocupem mais de uma linha, devem, a partir da segunda linha, ser alinhados abaixo da primeira letra da primeira palavra do título;
- f) errata, agradecimentos, resumo em língua vernácula, resumo em língua estrangeira, listas de ilustrações, listas de abreviaturas e siglas, lista de símbolos, sumário, referências, glossário, apêndices, anexos e índices não são numerados, e devem ser centralizados, em letras maiúsculas e em negrito;
- g) os itens folha de rosto, folha de aprovação, dedicatória e epígrafe são elementos sem indicativo numérico e sem título, portanto, não devem constar as respectivas palavras;
- h) os títulos das seções devem ser destacados tipograficamente, da primária à quinária, utilizando-se os recursos caixa alta, negrito, itálico ou sublinhado e outros;
- i) os títulos das seções primárias devem começar em folha distinta, na parte superior, alinhados à esquerda e separados do texto que os sucede por um espaço entrelinhas de 1,5 cm em branco. Quando digitadas no anverso e verso da folha, as seções primárias devem iniciar em página ímpar; e
- j) os títulos das seções secundárias a quinárias devem ser separados dos textos que os precede e os sucede por um espaço entrelinhas de 1,5 cm em branco.

Exemplo:

<b>1 INTRODUÇÃO</b>
<b>2 APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS</b>
<b>2.1 Definição</b>
<b>2.1.1 Dissertação</b>
<b>2.1.2 Tese</b>
<b>2.1.2.1 Estrutura</b>
<b>2.1.2.1.1 Folha de rosto</b>

OBS.: Não confundir este exemplo com o sumário, em relação ao espaço entre o indicativo numérico e o título da seção.

#### 2.2.5.2 Alíneas

Quando for necessário enumerar os diversos assuntos de uma seção que não possua título próprio, esta deve ser subdividida em alíneas.

A disposição gráfica das alíneas obedece às seguintes regras:

- a) o trecho final do parágrafo anterior às alíneas termina em dois pontos;
- b) as alíneas são ordenadas alfabeticamente por letras minúsculas, seguidas de parênteses. Utilizam-se letras dobradas quando esgotadas as letras do alfabeto;
- c) as letras indicativas das alíneas devem apresentar recuo de 2 cm em relação à margem esquerda;
- d) o texto da alínea começa por letra minúscula e termina em ponto-e-vírgula, exceto a última, que termina em ponto final;
- e) o texto da alínea deve terminar em dois pontos se houver subalíneas; e
- f) a segunda e as seguintes linhas da alínea começam abaixo da primeira letra do texto da própria alínea.

#### 2.2.5.3 Subalíneas

Quando a exposição de ideia exigir, a alínea pode ser dividida em subalíneas. A disposição gráfica das subalíneas obedece às seguintes regras:

- g) a alínea anterior às subalíneas termina em dois pontos;
- h) as subalíneas devem começar por travessão, seguido de espaço;
- i) devem apresentar recuo em relação à alínea;
- j) o texto da subalínea começa por letra minúscula e termina em ponto-e-vírgula. Se não existir alínea subsequente, a última subalínea deve terminar em ponto final;
- k) a segunda e as seguintes linhas da subalíneas começam abaixo da primeira letra do texto da própria subalínea.

### 2.2.6 Siglas

Quando aparecem pela primeira vez no texto, deve-se colocar a expressão por extenso, seguido da sigla entre parênteses.

#### Exemplo

Fundada em 1940, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) é o órgão responsável pela normalização técnica no País, fornecendo a base necessária ao desenvolvimento tecnológico brasileiro.

### 2.2.7 Equações e fórmulas

Devem aparecer destacadas no texto e, quando necessário, numeradas com algarismos arábicos entre parênteses e alinhados à direita. Na sequência normal do texto, usa-se uma entrelinha maior, que comporte seus elementos, como expoentes, índices e outros.

#### Exemplo:

$$x^2 + y^2 = z^2 \quad (1)$$

$$(x^2 + y^2) / 5 = n \quad (2)$$

### 2.2.8 Ilustrações

Designação genérica de imagem que ilustra ou elucida um texto. São considerados ilustrações: desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros.

Apresentam-se da seguinte forma:

- a) sua identificação aparece na parte superior, composta pelo nome específico da ilustração (em letras maiúsculas/minúsculas), número de ordem em algarismos arábicos, travessão e título;
- b) após as ilustrações, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor);
- c) após a indicação da fonte, podem ser acrescentadas legenda, notas e outras informações necessárias ao entendimento das ilustrações; e
- d) as ilustrações devem ser citadas e inseridas o mais próximo possível do trecho a que se referem.

### 2.2.9 Tabela

Forma não discursiva de apresentar informações, das quais o dado numérico se destaca como informação central. A ABNT orienta a utilização das Normas de Apresentação Tabular do IBGE (1993), que estabelecem:

- a) possuem numeração independente e consecutiva;
- b) sua identificação aparece na parte superior composta pela palavra tabela (em letras maiúsculas/minúsculas), número de ordem em algarismos arábicos, travessão e respectivo título; em espaço simples e justificado;
- c) as fontes citadas e notas eventuais aparecem no rodapé da tabela, após o traço de fechamento;
- d) devem ser inseridas o mais próximo possível do trecho a que se referem;
- e) caso a tabela precise ser continuada na folha seguinte, não será delimitada por traço horizontal na parte inferior, sendo o título e o cabeçalho repetidos na folha/página seguinte, constando as palavras “continua” na primeira folha/página, “continuação” (em tabelas com mais de 3 folhas) e “conclusão”, na última folha/página;
- f) utilizam-se traços horizontais e verticais para separar os títulos das colunas no cabeçalho e para fechá-las na parte inferior; e
- g) evitam-se traços verticais para separar as colunas e traços horizontais para separar as linhas no corpo da tabela.

## MODELOS

### ATENÇÃO:

NO CASO DE **ARTIGOS**, USAR AS NORMAS DA REVISTA USADA, ANEXAR AS NORMAS DA REVISTA A VERSÃO ENTREGUE A BANCA EXAMINADORA.



APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS**  
**CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA**

(letra 12, maiúscula, negrito, centralizado)

**NOME DO ACADÊMICO**

(letra 12, maiúscula, negrito, centralizado)

**TÍTULO DO TRABALHO: SUBTÍTULO SE HOVER**

(título escrito em letra 12, maiúscula, negrito, centralizado)

**LOCAL, ANO**

(negrito maiúscula, centralizado, letra 12)

**TÍTULO DO TRABALHO: SUBTÍTULO SE HOVER**

(título escrito em letra 12, maiúscula, negrito, centralizado)

Trabalho submetido à Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros no período de 2014.2, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em medicina.

Orientador: Prof. Dr. (orientador)

**LOCAL, ANO**

(negrito maiúscula, centralizado, letra 12)

## APÊNDICE C

**AUTOR DO TRABALHO**

(letras maiúsculas, fonte tamanho 12, centralizado e em negrito)

**TÍTULO DO TRABALHO: SUBTÍTULO SE HOVER**

(letras maiúsculas, fonte tamanho 12, centralizado e em negrito)

Trabalho submetido à Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros no período de 2014.2, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em medicina.

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. (orientador)

Instituição

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. (1 membro)

Instituição

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. (2 membro)

Instituição

**Texto dedicatória ou mensagem (opcional)**

**AGRADECIMENTOS (opcional)**

Nesta página deve constar o agradecimento àquelas pessoas ou

Instituições que marcaram de forma significativa à realização do seu trabalho.

(opcional)

**“Este espaço serve para você citar um pensamento de algum autor que tenha relação com a temática do TCC.”**

**Autor**

**RESUMO** (obrigatório)

Consiste na apresentação dos pontos relevantes de um texto.

Deve ser digitado em espaço simples e sem parágrafos, não ultrapassando a 500 palavras.

**Palavras-chave:** Escrever de três a cinco palavras representativas do conteúdo do trabalho, separadas entre si por ponto.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES (opcional)**

Título em maiúscula, em negrito, alinhamento centralizado, letra 12, dar dois  
enter para iniciar a escrita do texto.

Figura 1 – Foto da Escola X..... 26



**LISTA DE TABELAS (opcional)**

Título em maiúscula, em negrito, alinhamento centralizado, letra 12, dar dois  
enter para iniciar a escrita do texto.

Tabela 1 - Pesquisados por Titulação.....22

Tabela 2 - Demonstrativo da Idade.....34

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (opcional)**

Título em maiúscula, em negrito, alinhamento centralizado, letra 12, dar dois  
enter para iniciar a escrita do texto.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

## APÊNDICE D

**SUMÁRIO (obrigatório)**

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Geral.....	17
2.2	Específicos.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	Tipo de estudo.....	26
4.2	Local e período de realização do estudo.....	26
4.3	População e amostra.....	27
4.4	Variáveis do estudo.....	28
4.4.1	Variáveis socioeconômicas.....	28
4.4.2	Variáveis relacionadas ao estilo de vida.....	30
4.4.3	Variáveis da Síndrome Metabólica.....	31
4.5	Coleta de dados.....	33
4.6	Análise de dados.....	34
4.7	Aspectos éticos e legais.....	34
5	RESULTADOS.....	35
6	DISCUSSÕES.....	41
7	CONCLUSÃO.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICES.....	58
	APÊNDICE A - Formulário.....	59
	APÊNDICE B -Instrumento para coleta da circunferência abdominal, da pressão arterial e dados laboratoriais.....	61
	APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	62
	ANEXOS.....	64
	ANEXO A - Técnica para a medida da pressão arterial.....	65
	ANEXO B - Classificação da pressão arterial.....	67
	ANEXO C - Carta de aprovação do conselho de ética.....	68

## **1 INTRODUÇÃO**

(Título da seção em maiúsculo, em negrito, alinhado à esquerda, letra 12, deixar dois espaços de 1,5 entrelinhas para iniciar a digitação).

Delimita o assunto, define brevemente os objetivos do trabalho e as razões de sua elaboração, bem como as relações existentes com outros trabalhos. Apresenta o problema e as questões norteadoras ou hipóteses. Não deve antecipar conclusões e recomendações.

## **2 OBJETIVOS**

(Título da seção em maiúsculo, em negrito, alinhado à esquerda, letra 12, deixar dois espaços de 1,5 entrelinhas para iniciar a digitação).

### **2.1 Objetivo Geral**

[TEXT0]

### **2.2 Objetivos Específicos**

[TEXT0]

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

(Título da seção em maiúsculo, em negrito, alinhado à esquerda, letra 12, deixar dois espaços de 1,5 entrelinhas para iniciar a digitação).

(Pode incluir uma breve seção de justificativa para os objetivos no fim.

Essa justificativa pode, também, ser apresentado no final da introdução ou no início da seção de objetivos).

**4 METODOLOGIA** (se optar pela forma de monografia)

**5 RESULTADOS** (se optar pela forma de monografia)

**6 DISCUSSÃO** (se optar pela forma de monografia)

**7 CONCLUSÃO** (se optar pela forma de monografia)

## **8. REFERÊNCIAS**

(Título da seção em maiúsculo, em negrito, alinhado à esquerda, letra 12, deixar dois espaços de 1,5 entrelinhas para iniciar a digitação).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERT, F.; ZIMMET, P. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications – Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus, provisional report of WHO consultation. **Diabet Med.**, v. 15, p. 539- 553, 1998.

ALBERTI, K.G.M.M.; ZIMMET, P; SHAW, J. IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome: a new worldwide definition. **Lancet.**, v. 366, p. 62-1059, 2005.

ALBERTI, K.; ZIMMET, P.; SHAW, J. Metabolic Syndrome – e new world-wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. **Diabetic Medicine.**, v. 23, p. 469-480, 2006.

American College of Endocrinology. Position statement on the insulin resistance syndrome. **Endocr Pract**, v. 9, p. 236-252, 2003.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 28, supl. 1, p. S304-S342, 2005.

ARAÚJO, T.L, et al. Pressão arterial de crianças e adolescentes de uma escola pública de Fortaleza - Ceará. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 4, p.82-476, 2007.

ANDRADE, A. P. A. et al. Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. **J. bras. Pneumologia**, v.32, n.1, p. 23-28, 2006.

## ANEXOS

- a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa [se houver]
- b. Questionários / Formulários [opcionais]
- c. Detalhes metodológicos adicionais [opcional]
- d. Outros documentos relevantes

### ATENÇÃO:

NO CASO DE **ARTIGOS**, USAR AS NORMAS DA REVISTA USADA, ANEXAR AS NORMAS DA REVISTA A VERSÃO ENTREGUE A BANCA EXAMINADORA.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- ALMEIDA, Carla B. S. **Medicina mestiça**. Saberes e práticas curativas nas minas setecentistas. São Paulo: Annablume, 2010. p. 23.
- ALMEIDA, Tito Franco de. **O conselheiro Francisco José Furtado**: biografia e estudo de história política contemporânea.Rio de Janeiro: Companhia Editora Nacional, 1944.
- 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
- BLASCO, P.G. **A Medicina de Família: um caminho para humanizar a medicina..** Disponível em <http://www.hottopos.com/notand9/pablo.htm>.>Acesso em 15.11.2012.
- 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 . 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.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Medicina** (Resolução CNE/CES Nº. 04, de 7 de novembro de 2001).

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. 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. **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 Educação. Secretaria da Educação Superior. **Proposta de Expansão de vagas no ensino Médico nas Instituições Federais de Ensino Superior**. Brasília: SESU, 2012, 51 p.

BRASIL. **Resolução nº 03 de 20 de junho de 2014** que aprova as DCNs para os cursos de Medicina. Brasília: MEC, 2014.

CADERNO DO CURSO DE MEDICINA. Centro de Ciências Biológicas- **Coordenação da Graduação em Medicina**. São Carlos: UFSCAR, 2007.

CARVALHO, A.D. As racionalidades pedagógicas da formação docente: **Tese de Doutorado**. UFC, 2007.

Conselho Federal de Medicina. **Demografia médica no Brasil**. V. 1, CFM, 2011 <[http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia\\_2\\_dezembro.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf)>

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº. 04, de 7 de novembro de 2001**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

DIAS SOBRINHO, J. **Avaliação: políticas educacionais e reformas da educação superior**. São Paulo: Cortez, 2003.

FERNANDEZ J.C.A.; MENDES R. (Org.) **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec-Cepedoc, 2007.

FEURY S, LOBATO, L,V,C, (org), **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

FUNDAÇÃO CEPRO. **Piauí em números**, 8 ed, 2011. Disponível em <CEPRO%20%28Teresina%29.%22&qFacets=autoria:%22 20%28Teresina %29.%22&sort=&paginacao=t&paginaAtual=1>. Acesso em 16.11.2012.

GOHN MG (Organizadora). *Movimentos Sociais no Início do Século XXI: antigos e novos atores sociais*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

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](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, humanist and humanitarian 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](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.gov.br/portal/Arquivos/df/organizacao\\_do\\_SUSRegioesdesaudeDAISGEP.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/Arquivos/df/organizacao_do_SUSRegioesdesaudeDAISGEP.pdf)> Acesso em 30.11.2012

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.gov.br/portal/Arquivos/df/organizacaoDoSUS\\_Regioes de saúde PAIS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/Arquivos/df/organizacaoDoSUS_Regioes_de_saude_PAIS.pdf)> Acesso em 28.11.2012.

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).

PIAUI. \_\_\_\_\_. Carta ao tenente João Rodrigues Bezerra da Missão dos Gueguês, manuscrita em 23 de novembro de 1771 pelo governador da capitania [Gonçalo Lourenço Botelho de Castro] ordenando a remoção do mestre da escola do gentio Gueguês e contratando para seu lugar o preto forro chamado Antônio José. In: **Livro de correspondência da Capitania do Piauí (1769-1773)**. Piauí: Arquivo Público do Estado do Piauí, [1774].

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 Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. **Coordenação do Curso de Enfermagem**: UFPI, 2008.

PROJETO PEDAGÓGICO do Curso de Estatística. Centro de Ciências da Educação. **Coordenação do Curso de Estatística**: UFPI, 2008.

RESTES, Nadja, M. H. **Educação e racionalidade**: conexões e possibilidades de uma razão comunicativa na escola. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

RIBEIRO, Lourival. **Medicina no Brasil Colonial**. Rio de Janeiro: GB, 1971; SANTOS FILHO, Lycurgo. **Pequena história da medicina brasileira**. São Paulo: DESA/Edusp, 1966.; \_\_\_\_\_. História geral da medicina brasileira. São Paulo: Edusp/HUCITEC, 1991.; \_\_\_\_\_. História da medicina no Brasil. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1947.; \_\_\_\_\_. Medicina Colonial. in HOLANDA, Sérgio Buarque de. História Geral da Civilização Brasileira (tomo I, vol. 2) - Difusão Européia do Livro, São Paulo, 1960.

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**.

SOARES. Ana Carolina Pinto. **A universidade e a promoção da cultura de humanização em saúde na formação médica**. Teresina: UFPI, 2013. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí (UFPI), em Ciências da Saúde.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Autoavaliação Institucional da UFPI-2010**. Teresina: UFPI, 2011, 169 p.

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. Diretoria de Informação e Avaliação Institucional. **Relatório de Atividades 2009-2012**, Teresina: UFPI, 2012, 136 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Plano de Desenvolvimento Institucional –PDI-2010-2014** Teresina: UFPI, 2010, 232 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Relatório de Gestão 2012** Teresina: UFPI, 2012, 165 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Relatório de Gestão da biblioteca Comunitária Carlos Castelo Branco**. Teresina: UFPI, 2012, 38 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. **Resolução do CEPEX nº 177/2012** que trata das normas de funcionamento dos cursos de graduação da UFPI. Teresina: UFPI, 2012.

VIEIRA. Maria Alveni Barros. **Educação e sociedade picoense (1850-1930)**. Teresina: EDUFI, 2005.

VIEIRA. Maria Alveni Barros. **A educação escolar das crianças no Piauí (1730-1859)**. Teresina: EDUFPI, 2013.