

Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos

Medical Training at UFSB: II. The Challenge of Professionalization in a 2-Cycle System

Naomar de Almeida-Filho^I
Antonio Alberto Lopes^{II}
Luciana Alaíde Alves Santana^{III}
Vanessa Prado dos Santos^{II}
Denise Coutinho^I
Antonio José Costa Cardoso^{IV}
Sebastião Loureiro^I

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Universidades;
- Estudos sobre Interdisciplinaridade;
- Currículo.

KEYWORDS

- Medical Education;
- University;
- Studies about Interdisciplinary;
- Curriculum.

RESUMO

Este é o segundo artigo de uma série que apresenta estrutura curricular e modelo pedagógico do curso de Medicina em implantação na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), que adota um regime de dois ciclos de formação, integralmente realizado nos contextos de prática do Sistema Único de Saúde. Para isso, apresentam-se resumidamente perfil e competências dos egressos, introduzindo a estrutura curricular do segundo ciclo do curso e destacando sua aderência ao marco legal vigente. Em seguida, destacam-se os blocos temáticos do eixo de formação técnico-científica, com organização de conteúdos em ciclos de vida, visando superar o modelo que fragmenta o sujeito humano em sistemas, órgãos e patologias. Aborda-se ainda o eixo de práticas, composto por estágios supervisionados em todos os níveis de atenção da rede SUS, destacando a Atenção Primária em Saúde, que perpassa todo o segundo ciclo de formação. Por último, discutem-se impacto e efeitos dessa reestruturação da educação superior no sentido da convergência entre modelos formativos de profissionais de saúde e necessidades de saúde da população.

ABSTRACT

This paper is the second in a series that presents the curricular structure and pedagogical model implemented at the Federal University of Southern Bahia (UFSB) school of medicine, which adopts a 2-cycle training system, fully integrated to the practices of the Brazilian Unified Health System. Firstly, graduate profiles and competencies are presented, introducing the second cycle course curriculum and highlighting its adherence to the current legal framework. Secondly, thematic blocks for scientific and technical training are presented, with contents organized in life cycles rather than in disciplines, aiming to overcome the model that fragments the human subject into systems, organs and pathologies. Thirdly, we address the element of practices, consisting of supervised internships at all levels of care in the SUS system, emphasizing primary health care, which pervades the entire second training cycle. Finally, we discuss the impact and effects of restructuring higher education in terms of the convergence between formative models of professional health training and public health needs.

Recebido em: 13/07/2014

Aprovado em: 03/10/2014

^I Universidade Federal da Bahia, Salvador; Universidade Federal do Sul da Bahia, Itabuna; BA, Brasil.

^{II} Universidade Federal da Bahia, Salvador; BA, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas, BA, Brasil.

^{IV} Universidade Federal do Sul da Bahia, Itabuna; BA, Brasil.

INTRODUÇÃO

Com o movimento da Atenção Primária em Saúde (APS), fomentado por organismos internacionais e acolhido pela expansão e consolidação de governos democráticos em todo o mundo, vários países ampliaram a cobertura e oferta de serviços nos níveis básicos de assistência em sistemas públicos de saúde¹. Em consequência, aumentou a demanda por formação de profissionais capazes de atuar na APS em regiões desassistidas, atentos e sensíveis à diversidade cultural da população, com competência técnica orientada por conhecimento cientificamente validado²⁻⁵.

No Brasil, contradições geradas pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no seio de uma sociedade estruturada em desigualdade e exclusão conflitam com o tradicional modelo de formação médica predominante no País, elitista, centrado no hospital, caracterizado por especialização precoce e orientado para tratamentos de alta complexidade. No curso médico, o ensino fragmentado em especialidades e que desvaloriza a relação médico-paciente forma um egresso que terá dificuldades em lidar com o cotidiano das comunidades⁶. Ademais, o ensino praticado na maioria dos cursos caracteriza-se por modelos e práticas pedagógicas passivos, verticais e alienantes, já superados em contextos avançados e mais equitativos de educação superior⁷.

Nas condições atuais do Brasil, o profissional de saúde recém-graduado em geral não está apto a oferecer atendimento com integralidade e qualidade, conforme os princípios do SUS, política pública crucial para a superação da dívida social da saúde⁸. O modelo de educação médica que predomina entre nós, na melhor das hipóteses, treina técnicos competentes, porém pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde^{6, 9-12} e com os valores da vida em sociedade, em geral expressos nos conceitos de humanidades, saberes e culturas¹³. Mesmo sem uma definição precisa do que seria o médico "ideal", há consenso de que a formação médica precisa de um novo paradigma, aliando conhecimento científico e competência técnica ao compromisso social e promovendo maior proximidade entre pessoas, que se reflete numa relação paciente-profissional de saúde mais solidária, humana e de qualidade¹¹⁻¹³.

A consolidação e a ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF), principal estratégia de APS no contexto brasileiro, requerem novas opções curriculares e pedagógicas, pois numerosos problemas do sistema público de assistência à saúde vêm sendo interpretados como consequência de uma formação inadequada⁸⁻¹⁴. Valorizando aspectos ético-políticos e humanísticos da formação, o marco normativo vigente¹⁴⁻¹⁶ postula a formação de médicos capazes de atuar no sistema

público de saúde com plena capacidade técnica, subsidiada por contínua atualização científica e tecnológica, orientada por conceitos ampliados de ética, vocação e cidadania. Tal perspectiva demanda programas de formação baseados na comunidade¹⁷, mediados por tecnologias¹⁸ e orientados por estratégias ativas de ensino-aprendizagem¹⁹, focalizados na prática dos serviços de saúde, na gestão e na educação em saúde.

Nesse contexto, é imperioso rever de modo crítico e positivo a questão da formação superior em saúde no Brasil, numa tripla perspectiva: enfoque planetário, a fim de promover no ensino médico uma compreensão do mundo como sistema complexo interconectado, onde todos são corresponsáveis pelo futuro do planeta, pela preservação do ambiente e pelos valores da vida social com solidariedade e equidade; perspectiva científica transdisciplinar, o que implica formação integrada do conhecimento dos processos bioecológicos, da clínica, do prognóstico e das intervenções, tanto quanto nos aspectos que envolvem as redes de determinações ambientais, culturais, subjetivas e sociais das enfermidades e dos modos de vida dos sujeitos que sofrem; e, finalmente, uma vertente política e social, para explorar possibilidades de ação cidadã como forma de modificar o meio social e institucional onde vive e atua o profissional de saúde, bem como suas atitudes em relação às pessoas, aos ambientes, às culturas e às relações sociais.

O presente artigo é o segundo de uma série que apresenta estrutura curricular e modelo pedagógico do curso de Medicina em implantação na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), que adota um regime de dois ciclos de formação, integralmente realizado nos contextos de prática do SUS. Para isso, em primeiro lugar, apresentamos resumidamente perfil e competências dos egressos, introduzindo a estrutura curricular do segundo ciclo do curso e destacando sua aderência ao marco legal vigente. Em segundo lugar, destacamos os blocos temáticos do eixo de formação técnico-científica, com organização de conteúdos em ciclos de vida em vez de disciplinas, visando superar o modelo que fragmenta o sujeito humano em sistemas, órgãos e patologias. Em terceiro lugar, abordamos o eixo de práticas, composto por estágios supervisionados em todos os níveis de atenção da rede SUS, em especial na APS, que perpassa todo o segundo ciclo de formação. Por último, discutimos impacto e efeitos dessa reestruturação da educação superior no sentido da convergência entre modelos formativos de profissionais de saúde e necessidades de saúde da população.

COMPETÊNCIAS GERAIS E ESTRUTURA CURRICULAR

O curso de Medicina da UFSB, em regime de ciclos, promoverá a formação de profissionais familiarizados com conceitos epidemiológicos, modelos clínicos, paradigmas de gestão, no-

ções de custo-benefício e aplicabilidade da evolução tecnológica na área da saúde, capazes de buscar e avaliar evidências científicas, aplicando-as de forma resolutiva e apropriada a cada situação, mantendo-se em constante aprendizado, promovendo seu próprio desenvolvimento ético, técnico e humano, bem como da sua equipe de trabalho. O egresso desse programa de formação será um profissional-cidadão capacitado a tratar cada pessoa ou grupo com um olhar abrangente, uma escuta sensível e uma perspectiva socialmente referenciada, reconhecendo-o como sujeito histórico num contexto social concreto. Hábil nas relações interpessoais, no trabalho em equipe e nas interações com a comunidade e demais atores sociais, atuará em prol da saúde do indivíduo, da comunidade, da sociedade e da sua própria saúde, consciente de sua responsabilidade perante o bem-estar coletivo. Competente em acolher, dialogar, observar e cuidar de forma humanizada e empática, sem preconceitos ou juízos de valor, será um profissional preparado para lidar com a dor e o sofrimento, promover melhores práticas de vida, manejar, minimizar e/ou resolver implicações subjetivas decorrentes desses processos, considerando singularidades humanas e correlações psicossociais da sua prática²⁰.

O perfil almejado é certamente um “tipo ideal” aplicável à área de saúde em geral e, especificamente, à medicina. Podemos definir esse ideal numa vertente descritiva: alguém que se tenha desenvolvido, no decorrer de uma formação interprofissional, de forma integrada e equilibrada, nas dimensões cognitiva, afetiva, procedimental, técnica, interpessoal, ética e social, de modo a ser um médico **competente** do ponto de vista técnico, **proativo** na busca permanente de aprimoramento pessoal e aprendizado científico, **humano** na forma de cuidar, **responsável** do ponto de vista moral, **consciente** da dimensão ética, **solidário** nas relações interpessoais, **engajado** socialmente e **participativo** como cidadão.

Para a formação desse profissional-crítico, o curso de Medicina da UFSB acolhe o conjunto de competências definidas pelo Pró-Saúde¹⁴ e ratificadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (2014)¹⁶ – de aplicação obrigatória conforme a Lei 12.871/2013¹⁵. Assim, reafirma e reforça valores e competências gerais incorporados ao primeiro ciclo do modelo de formação, com o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, objeto do primeiro artigo desta série²¹. No segundo ciclo, prioriza valores e competências de caráter específico e profissionalizante, visando à formação de um profissional apto a prestar atendimento clínico integral e resolutivo em todos os níveis do SUS, além de competente nos atos de gestão, prevenção e promoção da saúde.

A articulação de competências e valores, de acordo com níveis de abrangência (gerais e específicos) e ciclos da formação, pode ser visualizada de modo esquemático no Quadro 1.

QUADRO 1 Competências gerais e específicas conforme etapa da formação médica (primeiro e segundo ciclo)	
Formação interprofissional	Formação profissional
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender/conhecer a realidade econômica, social e cultural • Conhecer as bases bioecológicas e socioculturais dos processos saúde-enfermidade-cuidado • Atuar em prol da transformação da realidade social e de saúde por meio de práticas interdisciplinares em equipes multiprofissionais • Agir com autonomia e auto-organização, comprometendo-se com a educação permanente • Desenvolver proficiência em línguas e demonstrar capacidade de comunicação, escuta ativa e empatia 	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a situação de saúde individual e coletiva • Atuar na proteção e promoção da saúde e na gestão eficiente dos serviços de saúde • Atuar na prevenção, tratamento e reabilitação dos problemas de saúde humana • Atuar na redução do sofrimento e no acompanhamento dos pacientes nos processos de enfermidade, incapacitação e morte • Conduzir-se de acordo com os preceitos éticos e deontológicos das profissões de saúde

Embora a medicina não seja uma ciência, a boa prática médica precisa do apoio do conhecimento científico validado^{3-5, 22,23}. Competências científicas, portanto, serão importantes no processo de educação continuada dos egressos do curso de Medicina da UFSB ao promover a integração da experiência clínica com a capacidade de investigar, selecionar, avaliar e aplicar racionalmente a informação científica para melhorar as práticas em saúde. Isso implica uma constante apropriação de conceitos epidemiológicos, métodos diagnósticos e terapêuticos, avaliando eficácia e efetividade das intervenções em saúde, prospectando as evidências científicas mais atuais, sua aplicabilidade prática e adequação às particularidades regionais²³.

No segundo ciclo, será dada grande ênfase ao treinamento interprofissional em competências científicas, com análise crítica de informações, para subsidiar decisões que conduzam a diagnóstico, prevenção, tratamento, gestão e educação em saúde, nas esferas individual, familiar e comunitária, configurando uma prática de Cuidados em Saúde Baseados em Evidências (CSBE). Os CSBE compreendem uma abordagem pragmática interdisciplinar para solução de problemas; consiste no

uso criterioso da melhor evidência científico-tecnológica disponível de forma integrada à experiência clínica^{3,22}. Nessa fase, o estudante deverá desenvolver as seguintes competências:

– Formular e resolver questões aplicadas à prática médica seguindo o modelo PPR, no qual o primeiro P identifica o problema, o segundo P, o fator de predição, e R é o resultado almejado. O fator de predição pode ser um dado para diagnóstico ou intervenção terapêutica, uma estratégia de rastreamento (*screening*), fator de risco ou fator de prognóstico. O resultado pode ser qualquer evento clínico relevante, como qualidade de vida, sobrevivência, hospitalização, diagnóstico, cura e prevenção de enfermidades e suas complicações;

– Planejar e executar uma busca bibliográfica com base no modelo PPR, utilizando instrumentos eficientes de pesquisa extensiva de fontes primárias de evidências, como o Pubmed²⁴, e de consulta eficiente e rápida, como o Up to date²⁵;

– Selecionar a melhor fonte de conhecimentos científico-tecnológicos para responder à questão;

– Avaliar criticamente a qualidade da evidência no que se refere a validade interna, significado dos resultados e aplicabilidade em situações concretas.

Competências científicas e práticas dessa natureza compõem o eixo estruturante do curso em pauta, plenamente alinhado ao marco legal vigente. A estrutura curricular do segundo ciclo de formação encontra-se esquematizada no Quadro 2.

Como se pode verificar, em contraste com o fluxograma curricular aberto que define o primeiro ciclo, predominando Componentes Curriculares (CC) optativos e livres, o segundo ciclo é fortemente estruturado e demanda dedicação exclusiva do estudante. Neste segundo ciclo, ampliam-se os eixos técnico-científico e de práticas, mantendo-se o foco no eixo de formação ético-político-humanístico. A ênfase nas atividades

QUADRO 2
Estrutura curricular do curso de Medicina em regime de ciclos

BI-SAÚDE	ANO I		ANO II			ANO III			ANO IV		
	Componentes Livres		CC Livre	CC Livre	CC Livre	CC Livre	CC Livre	CC Livre	CC Livre	CC Livre	
	PROPEDEÚTICA-DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA EMBRIOGÊNESE E NA GESTAÇÃO	PROPEDEÚTICA-DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA	PREVENÇÃO-CONTROLE DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA GESTAÇÃO	PREVENÇÃO CONTROLE DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA	COMPETÊNCIAS TÉCNICAS A CURSAR	TRATAMENTO-REABILITAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA GESTAÇÃO	TRATAMENTO-REABILITAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA	COMPETÊNCIAS TÉCNICAS A CURSAR	CONHECIMENTOS BÁSICOS NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	COMPETÊNCIAS TÉCNICAS A CURSAR	COMPETÊNCIAS TÉCNICAS A CURSAR
Área de Concentração: Estudos sobre Saúde-Doença-Cuidado	PROPEDEÚTICA-DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA	PROPEDEÚTICA-DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA VELHICE	PREVENÇÃO CONTROLE DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA	PREVENÇÃO CONTROLE DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA VELHICE	COMPETÊNCIAS TÉCNICAS A CURSAR	TRATAMENTO-REABILITAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA	TRATAMENTO-REABILITAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE NA VELHICE	COMPETÊNCIAS TÉCNICAS A CURSAR	PRÁTICAS INTEGRADAS EM ALTA COMPLEXIDADE (270 h)		
									PRÁTICAS INTEGRADAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (360 h)		
									PRÁTICAS INTEGRADAS EM MÉDIA COMPLEXIDADE (810 h)		
	PRÁTICAS INTEGRADAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA (1440 h)										
	SUPERVISÃO DAS EQUIPES DE APRENDIZAGEM ATIVA (360 h)										
	OFICINAS DE CUIDADOS EM SAÚDE ORIENTADOS POR EVIDÊNCIAS (340 h)										
	EIXO ÉTICO-POLÍTICO-HUMANÍSTICO (990 h)										
	ATIVIDADES COMPLEMENTARES (280 h)										

práticas passa a definir todo o conjunto de atividades curriculares, em que um bloco de competências técnicas gradativamente se incorpora, pela aplicação em situações concretas, às atividades de práticas supervisionadas.

Também devem ser cumpridos quatro CCs optativos e quatro livres, interagindo com os demais cursos da saúde, para dar conta do eixo ético-político-humanístico numa perspectiva interprofissional. Na escolha desses componentes, sob orientação de preceptores, instrutores, tutores e mediadores (vide o terceiro artigo da série), observa-se forte ênfase em questões éticas e na relação médico-paciente, incluindo discussões sobre o mundo do trabalho em saúde, modalidades de atividades e vínculos, qualidade da assistência prestada, expectativas dos indivíduos e de suas redes societárias. Os estudantes também podem realizar atividades complementares, participando de programas de pesquisa e extensão, encontros, congressos e simpósios, entre outras. Devem ser engajados e motivados a participar em programas de voluntariado em creches, orfanatos, asilos, associações de moradores, além de atividades esportivas, recebendo em troca créditos acadêmicos para compor sua integralização curricular.

Em termos práticos, durante todo o segundo ciclo, os estudantes frequentam Oficinas de CSBE semanais, em conjunto com estudantes de outros cursos de saúde (Enfermagem, Psicologia e Saúde Coletiva) integrantes das equipes multiprofissionais das unidades de saúde, promovendo, assim, melhor integração ensino-aprendizagem-serviço. As Oficinas compreendem avaliação sistemática de artigos científicos, a partir de discussões com docentes e pares sobre abrangência e relevância de novas publicações, focalizando a aplicabilidade no cotidiano da prática médica. Nessa atividade, os estudantes aprendem a dominar ferramentas de análise crítica de evidências para usá-las na discussão de casos clínicos em reuniões de grupos e nos cuidados aos pacientes^{3,4,18,23}. Além disso, completando a formação no eixo técnico-científico, seminários interdisciplinares de pesquisa em saúde abordam temas atuais de ciência e tecnologia em saúde, destacando problemas, prioridades, linhas e grupos de pesquisa em atividade, com o objetivo de avaliar o estado da arte da produção científica recente no campo da saúde.

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

A vertente técnica do eixo de formação técnico-científico compreende CCs que articulam questões propedêuticas, diagnósticas, epidemiológicas, preventivas e terapêuticas dos problemas de saúde considerados como alterações patofisiológicas e clínicas pertinentes a quatro ciclos de vida^{26,27}: embriogênese e gestação, infância e adolescência, idade adulta, velhice e morte.

Essa abordagem permite organizar a estrutura curricular em torno de uma visão integralizadora do sujeito, da comunidade e da sociedade como elementos de um universo complexo e em constante interação. Sobre todas as fases da vida, integram-se conhecimentos de clínica médica e de CSBE, sendo que no estudo da gestante há maior ênfase nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, na abordagem da criança e do adolescente observam-se as particularidades da Pediatria, e assim por diante, enfatizando-se sempre conteúdos pertinentes ao campo da Saúde Coletiva.

A etapa inicial compreende o bloco temático Integração de Competências Propedêuticas, incluindo estratégias e procedimentos da propedêutica clínica e cirúrgica, anamnese, exame físico, exames laboratoriais e de imagem, com a discussão dos principais problemas de saúde nos ciclos de vida. A abordagem do paciente como sujeito social não negligencia as particularidades da realidade brasileira e regional. Na fase final da área de concentração do BI-Saúde, o estudante terá cursado um CC de Propedêutica Geral no qual se discutem as inter-relações entre processos morfofuncionais e fisiopatológicos, articulado à compreensão dos modelos de saúde-enfermidade, e sua correlação com sinais e sintomas de importância para o diagnóstico clínico. O momento propedêutico será, portanto, valorizador do diálogo, do acolhimento e da percepção do ambiente que cerca o sujeito doente.

Esse bloco prossegue com a abordagem diagnóstica dos principais problemas de saúde da população, analisando criticamente evidências científicas para a identificação de agravos e enfermidades prevalentes. Isso inclui os diversos métodos diagnósticos e sua efetividade em nível individual, comunitário e populacional, de acordo com os ciclos de vida, e compreende uma visão geral da prática médica nas vertentes clínica, cirúrgica, psiquiátrica, pediátrica, ginecológica e obstétrica. A complexidade do cuidado em saúde é destacada não apenas como aplicação de tecnologia a uma dada doença, mas como o cuidado de um paciente que é sujeito social, trabalha, tem família, vive em comunidade e sofre.

Componentes curriculares propedêuticos e diagnósticos, também disponíveis aos estudantes da área de concentração Estudos em Saúde-Enfermidade-Cuidado do BI-Saúde, organizam-se da seguinte maneira, sem uma sequência predefinida ao longo dos quadrimestres:

- Propedêutica/diagnóstico de problemas de saúde na embriogênese e na gestação;
- Propedêutica/diagnóstico de problemas de saúde na infância e na adolescência;
- Propedêutica/diagnóstico de problemas de saúde na idade adulta;

– Propedêutica/diagnóstico de problemas de saúde na velhice.

O segundo bloco deste eixo, Integração de Competências Preventivas, aborda estratégias de prevenção, controle e tratamento dos problemas de saúde, doenças e agravos prevalentes na população brasileira e no contexto regional. Compreende, ainda, análise das concepções de saúde e doença, e sua interface com a terapêutica clínica e cirúrgica, abordando aspectos socioculturais e seu efeito na adesão individual e comunitária a medidas de controle e prevenção, destacando a influência da relação médico-paciente na eficácia da terapêutica. Sem ordem fixa de pré-requisitos, os CCs desse bloco são:

- Prevenção/controle de problemas de saúde na embriogênese e na gestação;
- Prevenção/controle de problemas de saúde na infância e na adolescência;
- Prevenção/controle de problemas de saúde na idade adulta;
- Prevenção/controle de problemas de saúde na velhice.

O bloco temático Integração de Competências Interventivas compreende tecnologias de tratamento para as doenças prevalentes na população no respectivo ciclo de vida. Inclui apresentação das terapêuticas clínicas e cirúrgicas, enfatizando custo-efetividade. Incorpora ainda apropriação de conhecimentos básicos das especialidades médicas que todo profissional deve dominar, com treinamento breve, porém estruturado o suficiente para habilitar o estudante a identificar e encaminhar corretamente os principais problemas de saúde de cada especialidade, fornecendo orientação inicial e acompanhamento resolutivo e responsável. Finalmente, abordam-se os problemas relativos a efeitos secundários iatrogênicos das intervenções, enfatizando aspectos éticos e sociais relacionados. Os componentes curriculares desse bloco organizam-se da seguinte maneira:

- Tratamento/reabilitação de problemas de saúde na gestação;
- Tratamento/reabilitação de problemas de saúde na infância e na adolescência;
- Tratamento/reabilitação de problemas de saúde na idade adulta;
- Tratamento/reabilitação de problemas de saúde na velhice;
- Conhecimentos básicos nas especialidades médicas;
- Terapêutica intervencionista e iatrogenias.

Durante todas as atividades, os estudantes serão encorajados a trazer casos das suas atividades práticas para discussão das possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Evidências científicas serão sempre avaliadas levando em consideração

questões éticas, pressões do mercado, segurança no ambiente de trabalho para doente e profissionais, temas da cultura, sociedade e mídia, que também incidem sobre decisões preventivas diagnósticas e terapêuticas.

EIXO DE PRÁTICAS (INTERNATO COM IMERSÃO GRADUAL NO SUS)

A formação em Medicina na UFSB tem como eixo obrigatório de todo o segundo ciclo um internato sequencial integrado²⁸⁻³⁰. Os estudantes se organizam em Equipes de Aprendizagem Ativa (EAA), compostas por dois estudantes de cada ano do segundo ciclo, com atividades de aprendizagem em equipe (TBL – *Team-Based Learning*)², utilizando técnicas de problematização alternadas por momentos de coelaboração de sínteses de competências. Os estudantes atuam na respectiva EAA durante todo o curso, desempenhando atividades práticas em grau crescente de complexidade. Cumprindo programas e protocolos, a supervisão dos estudantes será realizada por residentes em todos os níveis de atenção do SUS. O programa de preceptoria dos residentes é conduzido por profissionais dos serviços de saúde devidamente treinados e supervisionados por docentes do quadro próprio da UFSB. Mais detalhes sobre os conceitos de TBL e EAA encontram-se no artigo seguinte desta série.

Durante todo o segundo ciclo, os estudantes engajam-se em estágios supervisionados de práticas nos três níveis de atenção – primário, secundário e terciário – da rede SUS. No primeiro ano, atuam em Práticas Integradas em Saúde da Família I, com responsabilidades relacionadas ao exame clínico (anamnese, avaliação física) e desempenham atividades de saúde coletiva nas comunidades atendidas pela equipe de Saúde da Família (eSF) à qual sua EAA se vincula. No segundo ano, continuam o estágio de Práticas Integradas em Saúde da Família II, onde cumprem responsabilidades relacionadas ao diagnóstico de problemas de saúde dos usuários do SUS. Nos serviços de média complexidade da região, iniciam atividades nas Práticas Integradas em Média Complexidade I, frequentando unidades de atendimento nas quatro grandes áreas de assistência (Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia/Obstetria e Saúde Mental – nesse caso, nos Caps), com estágios de três semanas em cada uma delas, acompanhando pacientes da EAA.

No terceiro ano, os estudantes mantêm atividades na eSF, em Práticas Integradas em Saúde da Família III, e nas unidades da Rede SUS, agora em Práticas Integradas em Média Complexidade II, com responsabilidades relacionadas à terapêutica. Nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou em outros serviços de urgência atendidos por sua EAA, iniciam

nova atividade prática em Atendimento de Urgência e Emergência. Nessa etapa da formação, recebem treinamento prático em procedimentos cirúrgicos básicos. Nos últimos períodos, cumprem estágio de Práticas Integradas em Alta Complexidade em ambiente hospitalar. Ainda assim, continuam como membros das respectivas equipes de aprendizagem, responsáveis pela coordenação das atividades da sua EAA, mantendo atividades de Práticas Integradas em Saúde da Família IV no ESF, com enfoque na prática em saúde coletiva, nas Práticas Integradas em Média Complexidade III e no Atendimento em Urgência e Emergência II.

Em todos os níveis de complexidade, nessa etapa conclusiva da formação, pretende-se dar ao estudante uma visão ampliada da intervenção clínico-cirúrgica, com abordagem das vantagens, limitações, complicações e principais questões relacionadas ao tratamento invasivo das patologias prevalentes. Destaque especial será dado à terapêutica médica baseada em evidências, com permanente avaliação das bases científicas que norteiam decisões e conduta terapêutica, incluindo análises de custo-benefício e de qualidade de vida^{21,23}. Nessa fase, conteúdos teóricos de planejamento, programação, gestão e avaliação de programas e serviços serão aplicados em contextos de práticas, com foco na qualidade e eficiência dos serviços de saúde.

CARGA HORÁRIA E DURAÇÃO

O Quadro 3 apresenta os quantitativos de carga horária do curso de Medicina da UFSB, classificados por eixos de formação e blocos de componentes. A carga horária do programa totaliza, no mínimo, 8.100 horas, sendo 2.640 horas no BI-Saúde e 5.460 no Segundo Ciclo. Dura portanto, sete anos letivos ou 21 quadrimestres (9 no primeiro ciclo e 12 no segundo). Atividades curriculares práticas cobrem quase 70% da carga horária do segundo ciclo em todos os eixos de formação, extrapolando os parâmetros mínimos das DCN atuais, em conformidade com valores, objetivos e modelo pedagógico do curso. O eixo de práticas (Internato com Imersão Gradual na Rede SUS) corresponde a 40% da carga horária total do curso. A carga horária total dedicada ao internato é de 3.240 horas; desse total, 1.980 horas (portanto 61% da carga horária prevista) destina-se à APS (1.440 horas) e aos Serviços de Urgência e Emergência (360 horas). O restante (39%) da carga horária do internato inclui, necessariamente, aspectos essenciais das práticas em Clínica Médica que se realizam na atenção secundária e terciária.

No eixo de formação científica, mais de 1.700 horas (21% do total) são distribuídas de modo equilibrado entre primeiro e segundo ciclos de formação. Os estudantes integram

ainda 1.320 horas no eixo de competências técnicas (16% do total), sendo um terço dessa carga horária destinada a CCs obrigatórios relativos aos aspectos propedêuticos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos dos problemas de saúde qualificados de acordo com os ciclos de vida. Para o eixo ético-político-humanístico, destinam-se 990 horas (12% do total), predominantemente alocadas em atividades curriculares simultâneas e integradas à formação prática no segundo ciclo de formação médica. Oitocentos e quarenta horas (10% do total do curso) estarão reservadas a componentes curriculares e atividades complementares com plena liberdade de escolha para os estudantes. Finalmente, a Formação Geral no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, com carga horária distribuída proporcionalmente nos eixos de formação científica e ético-político-humanista, corresponde a 5% do total da formação médica.

QUADRO 3
Carga horária por eixos e componentes do segundo ciclo do curso médico da UFSB

Eixos e blocos de componentes curriculares	N	%
Eixo de práticas (internato com imersão gradual na rede SUS):	3.240	40
Práticas integradas na Estratégia Saúde da Família	1.440	18
Práticas integradas em Média Complexidade	810	10
Práticas integradas em Urgência e Emergência	360	4
Práticas integradas na Alta Complexidade	270	3
Supervisão das Equipes de Aprendizagem Ativa (EAA)	360	4
Eixo de competências técnicas	1.320	16
Eixo científico	1.710	21
Eixo científico na formação médica	720	9
Área de concentração do BI em Saúde	810	10
Formação geral no bacharelado interdisciplinar	180	2
Eixo cultural (ético-político-humanístico)	990	12
Formação geral no bacharelado interdisciplinar	240	3
Eixo cultural na formação médica	750	9
Componentes livres / Atividades complementares	840	10
Total	8.100	100

No Quadro 4, podemos observar a distribuição de atividades semanais de uma EAA padrão por turno, dia e ano. Trata-se de uma simulação com parâmetros concretos de carga horária que permite verificar as possibilidades de integração das Equipes de Aprendizagem Ativa e o padrão de concentração de atividades práticas, à medida que o estudante avança no programa de formação, ocupando-se também turnos noturnos e fins de semana. Componentes curriculares do eixo científico e do eixo de competências técnicas (nesse caso, somente aqueles referentes a Propedêutica/Diagnóstico) terão sido cursados ainda no BI-Saúde, na área de concentração pertinente. Assim, o estudante pode antecipar o aprendizado de componentes desse bloco sem ordem de pré-requisitos. A rigor, portanto, somente os estágios curriculares na modalidade Práticas Integradas seguirão sequência temporal prefi-

xada, conforme níveis crescentes de complexidade no cuidado à saúde³⁰. Note-se, enfim, que, para incorporar atividades curriculares adicionais, sobrar tempo no segundo ciclo para complemento da formação em preparação para eventuais programas de Residência.

No geral, duas são as principais características do modelo adotado. Por um lado, ênfase na formação prática, revelada não só nas escolhas pedagógicas, mas também na conformação da estrutura curricular, sobretudo no segundo ciclo de formação. Por outro lado, clara opção preferencial pela APS, de fato vinculando o essencial da formação prática à Estratégia Saúde da Família. No total dos dois ciclos de formação, 68% das atividades curriculares são de natureza prática. No BI-Saúde, pouco mais da metade da carga horária é destinada a atividades práticas, enquanto no segundo ciclo a formação em

QUADRO 4
Distribuição de atividades semanais por turno, dia e ano (simulação de uma EAA padrão)

Ano	Turno	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira	Sábado	Domingo
1º	Matutino	Práticas ESF I	Práticas ESF I	Oficina CS Baseados em Evidências	Seminários de Pesquisa	Práticas ESF I	ACC	Livre
	Vespertino	Propedêutica Geral	Propedêutica PS A/B	Propedêutica PS C/D	Diagnóstico PS A/B	Supervisão das EAA	Livre	Livre
	Noturno	CC Optativos dos Eixos Cultural e Científico				Livre	Livre	Livre
2º	Matutino	Práticas ESF II	Práticas Média Complexidade I	Oficina CS Baseados em Evidências	Seminários de Pesquisa	Práticas ESF II		Livre
	Vespertino	Diagnóstico PS C/D	Prevenção e Controle PS A/B	Prevenção e Controle PS C/D	Práticas ESF II	Supervisão das EAA	ACC	Livre
	Noturno	CC Optativos dos Eixos Cultural e Científico				Livre	Livre	Livre
3º	Matutino	Práticas ESF III	Práticas Média Complexidade II	Oficina CS Baseados em Evidências	Seminários de Pesquisa	Práticas ESF III	Práticas ESF III	Livre
	Vespertino	Tratamento PS A/B	Tratamento PS C/D	Práticas Urgência & Emergência I	Práticas Urgência & Emergência I	Supervisão das EAA	Urgência & Emergência I (plantão mensal)	Livre
	Noturno	CC Optativos dos Eixos Cultural e Científico				Livre	Livre	Livre
4º	Matutino	Práticas ESF IV	Práticas Média Complexidade III	Oficina CS Baseados em Evidências	Seminários de Pesquisa	Práticas ESF IV	Práticas Média Complexidade III (plantão mensal)	Urgência & Emergência II (plantão mensal)
	Vespertino	CC Obrigatórios restantes		Práticas Urgência & Emergência II	Práticas Alta Complexidade	Supervisão das EAA		
	Noturno	CC Optativos dos Eixos Cultural e Científico				Livre	Livre	

contextos reais representa aproximadamente 77%. No segundo ciclo, com ampliação gradual, a proporção de atividades práticas começa em 63% no primeiro ano, aumenta para 68% no segundo, no terceiro ano alcança 81% e, no período final de formação, 90% da carga horária de atividades curriculares ocorrem em ambientes concretos da rede APS. Em relação ao segundo aspecto, quase 50% de todo o tempo do internato encontra-se reservado para Práticas Integradas na Estratégia Saúde da Família (1.440 horas) e na Rede SUS de Urgência e Emergência (360 horas), incluindo supervisão das EAA.

COMENTÁRIOS FINAIS

O ensino de Medicina na Universidade Federal do Sul da Bahia orienta-se por uma concepção de base: para prevenir e resolver problemas de saúde no nível individual e comunitário, é preciso não apenas saber usar instrumentos, ferramentas e outras opções técnicas disponíveis, mas também adquirir conhecimento científico e suas tecnologias, com autonomia, responsabilidade e criatividade, considerando limitações e recursos disponíveis, nos contextos social e cultural. Formar médicos para trabalhar na APS, em localidades pobres e geograficamente isoladas, não significa preparar profissionais com baixo nível de conhecimento técnico e menor capacidade para tomar decisões. Para conduzir eficientemente o processo de diagnóstico e de tomada de decisões para tratamento ou prevenção, no nível da saúde tanto individual quanto coletiva, precisamos de médicos com capacitação clínica e raciocínio epidemiológico de forma a discernir qual a melhor opção ou caminho a seguir de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis e os valores culturais de cada pessoa, paciente ou comunidade. Um médico que demonstre competência para solucionar problemas em condições de baixa densidade tecnológica, prioritariamente em comunidades pobres, será ainda mais bem capacitado a resolver problemas em ambientes com indicadores socioeconômicos elevados e que dispõem de tecnologias mais avançadas.

Ao adotar o regime de ciclos na educação superior em saúde, buscamos construir um modelo de educação possível e viável neste momento crucial de revisão e recriação da universidade brasileira³¹. Como vimos no artigo anterior desta série²¹, o primeiro ciclo compõe-se de um Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI-Saúde), articulado a uma rede de Colégios Universitários como dispositivo amplo e territorializado de integração social. O BI-Saúde oferece formação geral em línguas, computação, matemáticas, ciências (incluindo saúde), humanidades e artes, antecedendo uma formação específica integrada num tronco comum às carreiras profissionais em saúde. O segundo ciclo compreende programas de formação

profissional e acadêmica, para habilitação de trabalhadores, gestores, pesquisadores e intelectuais em carreiras profissionais e atividades ocupacionais no campo da saúde. O terceiro ciclo, pós-graduação, compõe-se primordialmente por mestrados profissionais com equivalência à residência médica, além de mestrados acadêmicos em áreas básicas de pesquisa como transição ao doutorado. Embutida nesta proposta encontra-se uma ideia que se discute no Brasil há pelo menos duas décadas e que não encontrou as condições objetivas para sua implementação em face da resistência corporativa das especialidades médicas: não há qualquer motivo para que as residências não sejam consideradas em nível equivalente ao mestrado profissional. Residências médicas e multiprofissionais em saúde exigem carga horária mais longa e revelam aprofundamento curricular muitas vezes maior que os mestrados em geral.

Com base num primeiro ciclo comum a todos os estudantes da área da saúde, formando as diferentes profissões em programas de aprendizagem compartilhada e convergente, o regime de formação universitária em ciclos, modular e flexível, promove uma prática efetivamente interprofissional, numa perspectiva interdisciplinar fundamentada em rigorosos referenciais científicos³². Em consonância com os princípios do SUS, o sistema universitário brasileiro tem então a oportunidade de transformar profundamente as práticas assistenciais a fim de promover solidariedade, integralidade e trabalho em equipe no cuidado em saúde. Assim, superando os modelos tradicionais de educação médica, o regime de ciclos abre uma possibilidade real de mudanças na preparação do profissional em saúde para o mundo contemporâneo, com a expectativa de contribuir para a construção de uma sociedade fundada em princípios éticos de equidade e solidariedade.

Mesmo prevalente em centros universitários tecnologicamente avançados, o modelo de formação médica em ciclos certamente passará por avaliações e ajustes locais para poder, de fato, viabilizar uma formação médica voltada para maior acesso, qualidade e humanização do cuidado em saúde no contexto nacional^{13,20,33}. O modelo de arquitetura curricular aqui apresentado incorpora não somente o regime de ciclos, mas também uma síntese, ajustada à realidade nacional, dos fatores de qualidade observados nos programas de formação médica de melhor qualificação no plano mundial. Nessa perspectiva, mediante uma formação interdisciplinar que possibilite um contato estreito do estudante com componentes curriculares das ciências, artes e humanidades em geral, o modelo curricular e pedagógico proposto favorece o desenvolvimento de habilidades sociais, fomenta o trabalho em equipe interprofissional, diminuindo níveis de estresse e possibilitando melhor qualidade de vida pessoal e profissional.

A formação médica integrada à cultura universitária, promovendo autonomia, responsabilidade social e criatividade, é cada vez mais urgente, pois ainda é possível no Brasil um estudante graduar-se numa universidade sem ter tido acesso aos temas da arte, da cultura, da civilização, da ciência, do pensamento crítico, que a própria instituição fomenta e elabora como bens culturais. De fato, nas universidades públicas brasileiras ainda predominam cursos em que o estudante, ao ingressar, recebe uma grade curricular detalhada, a ser seguida rigorosamente, disciplinadamente, do primeiro ao sexto ano, de modo que, naquele momento inicial, já se sabe o que cursará no último período do programa. No regime vigente de formação, a mera coexistência de alguns poucos componentes das ciências humanas, com carga horária reduzida, com as disciplinas morfofuncionais e clínicas, de maior carga horária, expressa uma hierarquia entre componentes curriculares, estimulando uma “falsa escolha” dos estudantes por aqueles considerados de fato importantes ao “ser médico”. O desinteresse dos estudantes pelas chamadas “humanidades médicas”, encontrado nos estudos de Rios e colaboradores³³, Ayres e colaboradores¹³ e outros autores, permite ponderar se não ocorrerá no futuro, parafraseando Sérgio Arouca, um “dilema humanista”³⁴, demonstrando que uma intervenção pontual num currículo linear é incapaz de levar a modificações profundas na formação médica.

Trazemos, enfim, uma proposta concreta de recriar o ensino médico na universidade pública rejeitando o isolamento institucional, a alienação dos sujeitos, a fragmentação dos saberes e a desintegração das práticas, com arquiteturas curriculares e modelos pedagógicos baseados em autonomia e flexibilidade. Trata-se de um grande desafio que, sabemos bem, não configura uma problemática local. No cenário internacional, grupos mobilizados para uma educação médica orientada por evidências científicas – como, por exemplo, a *Best Evidence Medical Education (Beme) Collaboration* – encontram dificuldades para avaliar se as mudanças no ensino em saúde podem resultar em transformações “reais” nas práticas profissionais e na saúde da população, devido à complexidade do tema, ao pouco investimento em pesquisas na área e a problemas metodológicos³⁴. Referindo-se ao contexto brasileiro atual, Costa¹² ressalta a importância de repensar a prática docente no ensino médico como parte das mudanças necessárias à formação de um novo profissional de saúde, identificando a desvalorização do ensino, a falta de profissionalização docente, o individualismo e a resistência a mudanças como alguns dos problemas que têm impacto na formação do estudante.

Os problemas levantados por propostas inovadoras são inúmeros e exigem a superação do tradicional papel do professor isolado que prepara e ministra aulas. Demanda-se do educador uma postura dialógica e flexível, aberta à escuta de colegas e estudantes, com o compromisso de construir coletivamente o cotidiano institucional. Parceiros nas trajetórias formativas, educandos e educadores deverão se colocar em permanente posição de investigadores, reconhecendo e valorizando a humildade do aprendiz, o que implica capacitar-se em métodos e técnicas básicos de pesquisa, criação e inovação. Em todos os momentos, o educando deve ser respeitado como sujeito histórico e contextualizado, que pode assumir o rumo de sua autoconstrução e do seu processo de transformação. Isto não se dará de forma espontânea, mas resultará da ação coletiva dos educadores entre si e junto aos educandos em todos os momentos significativos dos cursos e na universidade reconcebida como instituição educadora.

A possibilidade de emergência do “novo” no ensino em saúde requer muito mais que modificações nas estratégias pedagógicas ou atualizações curriculares num modelo de ensino superado. É preciso renovar estrutura institucional e processos de ensino-aprendizagem mediante uma nova arquitetura curricular, com base em um modelo educacional flexível e aberto. Essa visão remete à necessidade de uma nova cultura pedagógica para o ensino superior e de um desempenho institucional socialmente referenciado, pautado nos princípios e diretrizes de uma concepção sociocrítica de educação, com modelos de ensino-aprendizagem efetivamente inovadores, o que será objeto do terceiro artigo desta série.

REFERÊNCIAS

1. WHO. The world health report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008[capturado 13 jan 2014]. Disponível em:<http://www.who.int/whr/2008/en/>.
2. Morrison G, Goldfarb S, Lanken PN. Team Training of Medical Students in the 21st Century: Would Flexner Approve? *Academic Medicine* 2010; 85(2):254-259.
3. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Teaching professionalism in medical education: a Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. *BEME Guide No. 25. MedTeach*. Jul 2013; 35(7):1252-66.
4. Dauphinee WD, Wood-Dauphinee S. The Need for Evidence in Medical Education: The Development of Best Evidence Medical Education as an Opportunity to Inform, Guide, and Sustain Medical Education Research. *Acad Med*. 2004;79:925-930.

5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923-1958.
6. Almeida-Filho N. Higher Education and Health Care in Brasil. *TheLancet*. 2011; 377/9781:1898-1900.
7. Seabra-Santos F, Almeida-Filho N. A Quarta Missão da Universidade. Coimbra/Brasília: Edu Coimbra/EdUNB; 2012.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; [online] (11):60054-8.
9. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado ecuidado. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):884-99.
10. Temporão JG. Educação na Saúde e Saúde na Educação. 2012. [capturado 11 dez.2013]. Disponível em: <http://jornalggm.com.br/blog/luisnassif/educacao-na-saude-e-saude-na-educacao-por-temporao>.
11. Almeida MJ. Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança. *Interface (Botucatu)* [online]. 1998; 2(2):214-215.
12. Costa NMSC. Docência no Ensino Médico: por quê é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(1):21-30.
13. Ayres JRC, Rios IC, SchraiberLB, Falcão MTC, Mota A. Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(3):455-463.
14. Brasil. Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional em Saúde – PRO-SAÚDE. Ministério da Educação e Ministério da Saúde (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília, 2007, 186 p. [capturado 20 nov. 2011]. Disponível em: http://www.prosaude.org/rel/pro_sau-de1.pdf.
15. Brasil. Lei 12.871/2013. Brasília: Senado Federal, 2014.
16. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
17. Hunt JB, Bonham C, Jones L. Understanding the Goals of Service Learning and Community-Based Medical Education: A Systematic Review. *Academic Medicine* 2011; 86(2):246-251.
18. Chretien KC, Yarris LM, Lin M. Technology in Graduate Medical Education: Shifting the Paradigm and Advancing the Field. *Journal of Graduate Medical Education* 2014; 6(2):195-196.
19. Brears L, MacIntyre B, O'Sullivan G. Preparing Teachers for the 21st Century Using PBL as an Integrating Strategy in Science and Technology Education. *Design & Technology Education* 2011;16(1):36-46.
20. Onocko-Campos R. *Psicanálise & Saúde Coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec; 2012.
21. Almeida-Filho N, Santana LA, Santos VP, Coutinho D, Loureiro S. Formação Médica na UFSB: I. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no Primeiro Ciclo. *Rev Bras Educ Med*. 2014 (no prelo).
22. Lopes AA. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. *Rev Assoc Med Bras* 2000; 46:285-288.
23. Lopes AA. Medicina Baseada em Evidências: Potenciais Contribuições para a Educação Médica Continuada. *Gaz-Méd Bahia* 2007; 78(Suplemento 1):25-30.
24. U.S. National Institutes of Health. National Library of Medicine (NIH/NLM). PUBMED. [capturado 21 jun. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>.
25. WoltersKluwer Health. UpToDate. Filadélfia, EUA. [capturado 21 jun. 2014]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/home>.
26. Barreto M, Almeida-Filho N. Abordagens Epidemiológicas do Curso da Vida. In: Almeida-Filho N, Barreto M. *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações*. Rio: Guanabara-Koogan, 2011, p. 399.
27. WHO. A Life Course Approach to Health - The implications for training of embracing. Geneva: World Health Organization, 2000. [capturado 21 jun. 2014]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_en.pdf.
28. Hirsh DA, Ogur B, Thibault GE, Cox M. New models of clinical clerkships: "Continuity" as an organizing principle for clinical education reform. *N Engl J Med*. 2007; 356: 858-866.
29. Norris TE, Schaad DC, DeWitt D, Ogur B, Hunt DD. Longitudinal integrated clerkships for medical students: An innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Acad Med*. 2009; 84: 902-907.
30. Hirsh D, Gaufberg E, Ogur B, Cohen, P, Krupat EC, Malcolm PS, Bor D. Educational Outcomes of the Harvard Medical School-Cambridge Integrated Clerkship: A Way Forward for Medical Education. *Academic Medicine* 2012; 87(5):643-650.
31. Almeida-Filho N, Coutinho D. Nova arquitetura curricular na universidade Brasileira. *Cienc. Cult.*[online]. 2011; 63(1):4-5.
32. Palácios M. Pesquisa científica como eixo integrador da formação e prática médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011;35(4):443-444.

33. Rios IC, Lopes Junior A, Kaufman A, Vieira JE, Scanavino MT, Oliveira RA. A Integração das Disciplinas de Humanidades Médicas na Faculdade de Medicina da USP – Um Caminho para o Ensino. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(1):112-121.
34. Arouca AS. O Dilema Preventivista. São Paulo: EdUnesp; 2003 [1975].

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Naomar de Almeida Filho: Coordenação geral, planejamento do estudo, concepção do modelo, redação dos relatórios, revisão final. Antonio Alberto Lopes: planejamento do estudo, concepção do modelo, redação dos relatórios. Luciana Alaíde Alves Santana: planejamento do estudo, concepção do modelo, redação dos relatórios. Vanessa Prado dos Santos: planejamento do estudo, concepção do modelo, redação dos relatórios.

Denise Coutinho: concepção do modelo, redação e revisão dos relatórios, revisão final. Antonio José Costa Cardoso: redação e revisão dos relatórios, revisão final. Sebastião Loureiro: planejamento do estudo, concepção do modelo, redação dos relatórios, revisão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Naomar de Almeida-Filho
Campus Jorge Amado UFSB – Rodovia BR-415 – Km 39
Ferradas – Itabuna
CEP 45613-204 – BA
E-mail: naomaralmeida@gmail.com