



ISSN 1806-5031

# CADERNOS DA ABEM

---

FAIMER Brasil  
10 anos

VOLUME 12  
MARÇO / 2016



Copyright © Associação Brasileira de Educação Médica  
Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por  
qualquer meio, sem a prévia autorização deste órgão.

### Conselho Editorial

Eliana Amaral  
Henry de Holanda Campos  
Valdes Roberto Bollela

### Normatização

Danielle Torres de Souza

### Revisão Gramatical

Fani Knoploch  
Luiza Gualhamo

### Diagramação e Formatação

HG Design Digital

### Impressão

Corbã Gráfica

### Secretaria Executiva

Toda correspondência e submissão de trabalhos deverão ser  
encaminhados à Secretaria Executiva, no endereço abaixo:  
Av. Brasil, 4036 - Sala 1008 - Mangueiras | CEP: 21040-361 / Rio  
de Janeiro - RJ  
Tel: (21) 2260-6161 / 2573-0431 | Fax: (21) 2260-6662 E-mail:  
secretaria@abem-educmed.org.br

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação  
Associação Brasileira de Educação Médica

Associação Brasileira de Educação Médica

Cadernos da Abem – v.12 (março 2016) – Rio de Janeiro:  
ABEM, 2016.

Anual  
ISSN 1806-5031

I. Educação Médica. II. Associação Brasileira de Educação  
Médica

Tiragem 300 exemplares

## CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ABEM

### Conselho Diretor

**Diretor Presidente** – Prof. Sigisfredo Luis Brenelli (Unicamp)  
**Diretora Vice-Presidente** – Profª. Lucia Christina Iochida  
(UNIFESP)  
**Diretora Tesoureira** – Profª. Maria Luisa Carvalho Soliani (EBMSP)  
**Diretora Secretária** – Profª. Marcia Hiromi Sakai (UEL)  
**Diretor Executivo** – Prof. Francisco Barbosa Neto  
(UNIGRANRIO)

### Diretores Regionais

**Regional Centro-Oeste**  
Antonio José de Amorim (UFMT)  
**Regional Norte**  
Tânia de Fátima D Almeida Costa (UFPA)  
**Regional Nordeste**  
Maria Goretti Frota Ribeiro (UFC)  
**Regional Minas Gerais**  
Geraldo Cury (UFMG)

**Regional Rio de Janeiro e Espírito Santo**  
Filomena Euridice Carvalho de Alencar (UFES)  
**Regional São Paulo**  
Victor Evangelista de Faria Ferraz (USP)  
**Regional Sul I**  
Sandro Schreiber de Oliveira (FURG/UCPEL)  
**Regional Sul II**  
Olavo Franco Ferreira Filho (UEL)

### Coordenadores Residentes

**Regional São Paulo**  
Thereza Taylanne Souza Loureiro Cavalcanti (USP/ HCFMRP)  
**Regional Sul II**  
Thiago Cherem Morelli (SMS/ FLN)

### Coordenadores Discentes

**Regional Minas Gerais**  
Douglas Vinicius Reis Pereira (FCM-MG)  
**Regional Centro-Oeste**  
Raphaela Mendes Moreira (UCB)

---

# SUMÁRIO

---

**EDITORIAL** .....9

## **PARTE 1: O PROGRAMA FAIMER BRASIL E ALGUNS DADOS DOS 10 ANOS DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Instituto Regional de Educação para as Profissões da Saúde: o currículo FAIMER Brasil..... 12  
*Valdes Roberto Bollela/ Paulo Marcondes Carvalho Junior/ Maria Neile Torres Araújo/ Maria Goretti Frota Ribeiro/ Henry de Holanda Campos/ Eliana Amaral*

Instituto Regional de Educação para as Profissões da Saúde FAIMER Brasil: perfil dos participantes de 2007 a 2016..... 17  
*Luciana Almeida Teixeira/ Maria Goretti Frota Ribeiro/ Maria Neile Torres Araújo/ Henry de Holanda Campos/ Paulo Marcondes Carvalho Junior/ Valdes Roberto Bollela/ Eliana Amaral*

Instituto Regional de Educação para as Profissões da Saúde FAIMER Brasil: avaliação das sessões presenciais de 2010 a 2015.....22  
*Raquel Autran Coelho Peixoto/ Maria Goretti Frota Ribeiro/ Maria Neile Torres Araújo/ Henry de Holanda Campos/ Paulo Marcondes Carvalho Junior/ Valdes Roberto Bollela/ Eliana Amaral*

Tendência dos projetos de intervenção realizados no Programa FAIMER Brasil 2007 a 2016: 10 anos de história.....26  
*Oscarina da Silva Ezequiel/ Henry de Holanda Campos/ Maria Goretti Frota Ribeiro/ Maria Neile Torres Araújo/ Paulo Marcondes Carvalho Júnior/ Valdes Roberto Bollela/ Eliana Amaral*

## **PARTE 2: PROJECTS THAT WORK**

INTRODUÇÃO: Projects That Work: uma amostra da potência dos projetos na formação de agentes de mudanças educacionais nas profissões da saúde.....32  
*Eliana Amaral, Henry de Holanda Campos/ Maria Goretti Frota Ribeiro/ Maria Neile Torres Araújo/ Paulo Marcondes Carvalho Júnior/ Valdes Roberto Bollela*

PROJECTS THAT WORK: Resumos

### TEMA: EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E O SISTEMA DE SAÚDE

Blended-learning no internato em Atenção Primária à Saúde no Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora: uso da problematização, mapa conceitual e educação a distância.....34  
*Oscarina Ezequiel*

Formação inovadora em saúde mental no currículo médico: uma parceria ensino-serviço entre a UNIFENAS/BH e a Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte.....38  
*Alexandre Pereira*

Importância do Estágio Supervisionado em Atenção Primária na Odontologia.....42  
*Franklin Forte/ Claudia Helena Soares de Moraes Freitas/ Talitha Ribeiro Rodrigues Fernandes Pessoa/ Thiago Pelucio Moreira/ Paulo Marcondes Junior*

O curso de odontologia da UFPI em tempos de novas Diretrizes Curriculares Nacionais. o papel das vivências e experiências no SUS.....45  
*Otacílio Batista de Sousa Néto*

Integração ensino-serviço-comunidade mediado pelo Pró-Saúde/UNIFOR: impacto da atenção farmacêutica.....49  
*Maria Angelina Medeiros*

Atenção farmacêutica na Saúde da Família: cenário de prática para formação profissional.....53  
*Sally Monteiro/ Ilka Kassandra Pereira Belfort/ Paulo Marcondes Carvalho Jr/ Luciana Brando Motta*

Estruturação e implantação do estágio rural indígena do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá.....55  
*Maira Nazima*

Habilidades de raciocínio clínico e pensamento crítico na Atenção Primária.....59  
*Sandra Gasparini*

Programa de Qualificação Docente e o processo de implantação de um novo curso de medicina com currículo inovador.....63  
*Sheyla Martins*

#### TEMA: INTERDISCIPLINARIEDADE

Implementação de ações integradas na área da saúde de uma Universidade Comunitária.....67  
*Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves*

Inserção da Educação Interprofissional no currículo médico.....69  
*Ana Claudia Germani*

Gerenciamento de conflito em equipe multiprofissional – um curso de capacitação a distância.....73  
*Aristides Palhares Neto*

Interprofissionalismo e Competência Cultural na Graduação.....77  
*Gláucia de Oliveira Moreira Moreira*

#### TEMA: AVALIAÇÃO DE PROGRAMA E GESTÃO DO ENSINO

Diversificação dos cenários de prática no internato: da teoria à realidade.....79  
*Luciana de Almeida Silva Teixeira/ Felipe Bueno Spicacci/ Marina Mayumi Vendrame Takao/ Isabela Borges de Melo/ Vanessa Fraga Mendes/ Fernanda Amaral Lau/ Alberto Garcia Dornelas/ Guilherme Rocha Pardi/ Mario León Silva-Vergara/ Valdes Roberto Bollela*

O desafio de construir sem destruir – estratégias para realização de reforma curricular em curso médico tradicional.....	83
<i>Marta Menezes</i>	
Aprendendo em grupo: projeto de fortalecimento da equipe gestora da reforma curricular.....	87
<i>Rosana Brandão Vilela</i>	
Desafios e caminhos para a mudança curricular em Odontologia.....	89
<i>João Luiz Silveira/ Vera Lúcia Garcia</i>	
Avaliação do perfil sócio demográfico e percepções do ambiente escolar (DREEM) dos estudantes de medicina provenientes do interior do Amazonas.....	93
<i>Adriana Taveira/ Katia do Nascimento Couceiro/ Cosme Sabino de Oliveira Junior/ Enny Luana Carmo de Vasconcelos/ Antônio de Araújo Figueiredo Junior/ Celsa da Silva Moura Souza/ Elaine Lira Medeiros Bezerra/ Jose Diniz Junior/ Isolda Prado de Negreiros Nogueira</i>	
<b><u>TEMA: DESENVOLVIMENTO DOCENTE E DA PRECEPTORIA</u></b>	
Desenvolvimento de Competência Pedagógica para Prática da Preceptoria e Docência.....	95
<i>Denise Afonso Herdy</i>	
Competência Pedagógica na Prática da Preceptoria na Educação Médica.....	99
<i>Alessandra Ribeiro</i>	
Desenvolvimento docente e preceptor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.....	102
<i>Edna Regina Silva Pereira/ Bárbara Souza Rocha Cerise de Castro Campos/ Henry de Holanda Campos</i>	
Programa de Inovação e Assessoria Curricular (PROIAC).....	106
<i>Claudia Marcia Barreto</i>	
Desenvolvimento de competências pedagógicas em docentes, necessárias à realização de práticas com as técnicas de simulação, <i>feedback</i> e <i>debriefing</i> no ensino médico, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Juiz de Fora.....	109
<i>Ana Lúcia de Lima Guedes/ Sandra Helena Cerrato Tibiriça/ Maria Goretti Frota Ribeiro/ Oscarina da Silva Ezequiel</i>	
Estímulo à Docência desde a Graduação.....	112
<i>Jacqueline Caramori</i>	
Programa de Desenvolvimento Docente utilizando a liderança como estratégia de integração curricular.....	116
<i>Olivia Bessa/ Luisa Fogarolli/ Mario Cesaretti</i>	
Programa de habilidades clínicas para integração básico-clínica.....	119
<i>Francisco das Chagas Medeiros</i>	

Ensinando habilidades de comunicação para dar más notícias.....	123
<i>Ana Schliemann/ Fernando Almeida/ Magali Zampieri/ Maria Goretti Frota Ribeiro</i>	
Educação na saúde: o cotidiano em movimento.....	127
<i>Izabel Cristina Coelho</i>	
Os desafios da inserção da Aprendizagem Baseada em Problemas apoiada pelo Mapa Conceitual em um currículo híbrido.....	131
<i>Sandra Tibiriçá/ Oscarina da Silva Ezequiel/ Eliana Amaral</i>	
Uso da narrativa médica para integração da teoria e prática no ensino da patologia geral.....	135
<i>Cristina Maria Ganns Chaves Dias</i>	
Ensino clínico com supervisão mínima e indireta.....	138
<i>Ernesto Figueiro-Filho</i>	
Sensibilização e instrumentalização de estudantes de Medicina para o cuidado obstétrico humanizado .....	140
<i>Roxana Knobel</i>	
Aquisição de competência para o preenchimento da Declaração de Óbito.....	143
<i>Rejane Queiroz/ Silvanilde Severiano de Carvalho/ Maria Helena Senger</i>	
Visita Domiciliar em ambiente simulado - uma experiência brasileira.....	146
<i>Andréa Contini</i>	
Opinião e satisfação dos discentes do primeiro ano de médico da FAMERP em relação ao método TBL na disciplina de embriologia humana.....	148
<i>Alba Regina de Abreu Lima</i>	
<b><u>TEMA: EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA, HÍBRIDA E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</u></b>	
O uso do MOODLE na integração básico-clínica e na educação permanente de estudantes de medicina.....	152
<i>Luisa Patricia Fogarolli de Carvalho</i>	
Uso do Ambiente Virtual para Integração Disciplinar: como fazer, como avaliar.....	155
<i>Iêda Aleluia</i>	
Capacitação de profissionais de saúde frente ao envelhecimento populacional.....	158
<i>Luciana Motta</i>	
O uso da plataforma Moodle como estratégia de integração curricular.....	160
<i>Maria Roberti</i>	

Implantação da disciplina interprofissional da área de saúde – UEM..... 164  
*Edson Arpini Miguel*

**TEMA: AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE E TESTE DE PROGRESSO**

Avaliação do Estudante no Internato em Pediatria na Universidade Federal de Santa Catarina: uma nova proposta..... 166  
*Suely Grosseman*

Reestruturação da Avaliação do Ensino-Aprendizagem na Faculdade de Medicina em Tempos da Reforma Curricular..... 169  
*Maria Viviane Vasconcelos*

Implantação do Teste de Progresso em uma instituição pública..... 172  
*Elisabeth Campos de Andrade/ Vera Lúcia Garcia/ Sandra Helena Cerrato Tibiriçá/ Oscarina da Silva Ezequiel/ Mariana Lima Cerqueira de Souza/ Fernando Antonio Basile Colugnati*

Avaliação de competências para o internato em ginecologia e obstetrícia..... 176  
*Raquel Autran Coelho/ Francisco das Chagas Medeiros/ Rosiane Diniz/ Danette McKinley/ Valdes Roberto Bollela*

Programa de ensino de segurança do paciente na graduação de enfermagem..... 180  
*Francis Tourinho*



---

---

# EDITORIAL

---

A participação, a partir de 2002, de quatro de nós como alunos (*fellows*) do Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores Médicos – Faimer Institute, oferecido pela Foundation for the Development of Medical Education and Research (Faimer), na Filadélfia (EUA), deu-nos a certeza da importância e do impacto que teria a instalação de um programa semelhante no Brasil.

Naquele período, o País já despertara para a importância da formação docente em educação médica como estratégia de viabilização das mudanças de formação dos profissionais da saúde propostas ou em andamento. Foi nesse clima favorável que decidimos nos organizar para oferecer um programa similar ao desenvolvido pela Faimer na Filadélfia, adaptado às características do Sistema de Único de Saúde (SUS) e da educação superior para as profissões da saúde no Brasil. Contando com o decisivo apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, da Fundação Faimer e da Universidade Federal do Ceará, realizamos um evento preparatório com o intuito de avaliar a receptividade dos docentes brasileiros e de outros países da América Latina a um programa educacional com aquelas características. Organizamos, então, em Fortaleza, em fevereiro de 2005, o *Workshop de Liderança e Gestão nas Profissões da Saúde*. Esse evento, extremamente bem-sucedido, teve a participação de 51 docentes de escolas médicas do Brasil, Uruguai e Argentina, e demonstrou que as estratégias educacionais e o escopo do programa da Filadélfia eram adequados e de grande interesse para os docentes de nossas universidades.

Assim, em fevereiro de 2007, com o apoio financeiro do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana

da Saúde no Brasil, da Fundação Faimer, da Filadélfia, e de um acordo de cooperação firmado entre a Fundação Faimer e a Universidade Federal do Ceará, demos início à primeira turma do Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores Médicos – Instituto Regional de Educação Médica Faimer Brasil, com 25 participantes e cerca de 20 facilitadores nacionais e internacionais. A avaliação feita pelos participantes do programa demonstrou que ele era adequado e agregava valor à formação de educadores médicos brasileiros, a despeito de muitos integrantes da primeira turma já possuírem expressiva experiência docente e de gestão acadêmica ao iniciarem o programa.

Dois anos após, ficou claro que seria necessário estender a oferta de vagas a docentes de todas as profissões da saúde. O programa passou a ser denominado Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores das Profissões da Saúde – Instituto Regional Faimer Brasil. O Instituto Faimer da Filadélfia, até então direcionado exclusivamente a docentes de escolas médicas, seguiria, poucos anos depois, a estratégia brasileira, passando a incluir educadores de todas as profissões da saúde. Esta foi apenas uma das várias contribuições do programa brasileiro para o aprimoramento do programa na Filadélfia e nos institutos regionais da Índia, África do Sul e China, surgidos a partir de 2005.

Em 2016, estamos iniciando a décima turma do Instituto Regional Faimer Brasil, formada por 40 docentes de universidades públicas e privadas de todas as regiões do País. As características centrais do programa estão preservadas e têm por alicerce os princípios da educação de adultos, a aprendizagem baseada em projetos, o traba-

---

lho em grupos interprofissionais. Movidos pelo espírito colaborativo, esses grupos materializam a formação de redes que produzem a aprendizagem de diversas maneiras e em diversas direções, sustentados pela relação de cooperação que se estabelece entre participantes e facilitadores. O programa tem duração de dois anos, incluindo dois momentos presenciais, que totalizam 24 dias, entremeados por atividades de educação a distância preparadas e coordenadas pelos grupos, com a supervisão de facilitadores.

O currículo do Instituto Regional Faimer Brasil inclui estratégias educacionais de desenho e implementação de currículos, avaliação de estudantes, programas educacionais, métodos diversificados de ensino-aprendizagem, liderança, gerenciamento de conflitos e gestão de mudanças no ambiente acadêmico. O principal diferencial do programa é a sua centralidade no desenvolvimento de pessoas para implementação de projetos educacionais em suas respectivas instituições. Com base em projetos de mudança educacional, forja-se o desenvolvimento de lideranças para atuar nos diferentes cenários de formação no ensino superior para as profissões da saúde no País.

O núcleo estruturante do programa do Brasil contou, inicialmente, com quatro egressos do programa na Filadélfia, que se juntaram a um seleto grupo de professores reconhecidos por seu engajamento e atuação na educação médica no Brasil. Além disso, contamos com a participação de facilitadores internacionais, pesquisadores em educação médica e das profissões da saúde, o que permanece até hoje. Progressivamente, o programa foi incorporando participantes do programa brasileiro no seu quadro de facilitadores, criando oportunidades de educação continuada, no que poderia ser denominado “carreira docente Faimer Brasil”. Na dinâmica de preparação e desenvolvimento das atividades, um grupo de pelo menos três facilitadores discute as atividades e os conceitos essenciais e os formata, com o privilégio de reflexão sobre a prática e planejamento de ações de mudança compartilhados. Já conseguimos incorporar cerca de 30% dos egressos do programa brasileiro como facilitadores voluntários, capacitando-os para serem multiplicadores em projetos similares em suas escolas ou em iniciativas regionais e nacionais.

Atualmente, mesmo após terem concluído o programa, cerca de 300 docentes se mantêm conectados por

uma lista eletrônica, o que consolida a “Comunidade de Práticas Faimer Brasil”. Este grupo tem participado de inúmeras iniciativas que buscam implantar mudanças na formação dos profissionais da saúde no Brasil, como as mudanças curriculares exigidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, Revalida, Pró-Ensino na Saúde, Expansão das Escolas Médicas, Formação de Preceptores, entre outros.

Este número especial dos *Cadernos da Abem*, em comemoração aos dez anos de criação do Instituto Regional Faimer Brasil, representa uma extraordinária oportunidade para contarmos esta história de sucesso, que atingiu resultados inimagináveis mesmo para os sonhos daqueles que acreditaram nesta iniciativa há dez anos. Por meio dos relatos e experiências que compõem a presente edição, é possível conhecer melhor o perfil do programa, sua proposta e, principalmente, os trabalhos daqueles que ousaram ser agentes de mudanças e transformações e que, por intermédio da implementação de projetos educacionais, causaram impacto em suas instituições e nas comunidades a que servem.

Temos certeza de que o apoio recebido para a criação deste programa muito contribuiu para os resultados alcançados, que não se limitam ao desenvolvimento profissional daqueles que dele participam, mas exercem também forte influência nas instituições de ensino e qualificam a formação dos profissionais da saúde no Brasil. O efeito mais esperado, de longo prazo, é o impacto positivo na saúde das populações, a melhora na qualidade e humanização do cuidado à saúde e o compromisso assumido pelas instituições formadoras e seus egressos com a construção de uma sociedade mais justa e menos desigual.

Estamos muito felizes e agradecidos à Abem por esta oportunidade.

**Grupo Gestor do Faimer Brasil:** Henry Campos, Neile Torres, Maria Goretti Ribeiro (Universidade Federal do Ceará); Eliana Amaral (Universidade Estadual de Campinas); Valdes Roberto Bollela (Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto); Paulo Marcondes Filho (Faculdade de Medicina de Marília)



---

# PARTE I: O PROGRAMA FAIMER BRASIL E ALGUNS DADOS DOS 10 ANOS DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

## Instituto Regional de Educação para as Profissões da Saúde: o currículo FAIMER Brasil

*Valdes Roberto Bollela/ Paulo Marcondes Carvalho Junior/ Maria Neile Torres Araújo/  
Maria Goretti Frota Ribeiro/ Henry de Holanda Campos/ Eliana Amaral*

Ao completar 10 anos da criação do Instituto Regional de Educação para as Profissões da Saúde FAIMER Brasil, publicamos nesta edição do Cadernos da ABEM um pouco da história deste programa de desenvolvimento docente, que tem sua origem com a criação da *Foundation for Advancement of Medical Education and Research* (FAIMER) na Filadélfia, em 2001, e que se expande para diferentes continentes chegando ao Brasil em janeiro de 2007.

O propósito deste artigo é apresentar brevemente e comentar as características essenciais do currículo deste programa de desenvolvimento docente, único no Brasil, no mundo, com suas características, que também é um curso de especialização oferecido pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Um dos princípios básicos do programa, que tem duração de dois anos intercalando sessões presenciais e atividades desenvolvidas à distância, é o intenso envolvimento daqueles que se inscrevem

e são selecionados e o apoio das suas instituições de origem. Além disso, a experiência educacional proposta valoriza o aprendizado que resulte da interação/reflexão entre os participantes e destes com os facilitadores do programa.

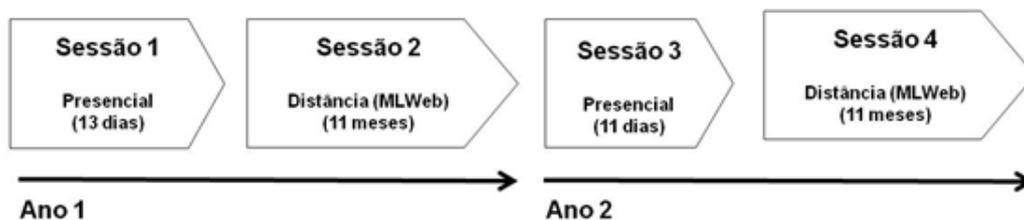
Um dos aspectos centrais do currículo do Instituto FAIMER Brasil é o respeito aos princípios da aprendizagem de adultos, que guarda estreita relação com métodos ativos de ensino e aprendizagem. Adultos, em geral, acumulam maior quantidade e melhor qualidade de aprendizagem a partir de suas experiências pregressas. Assim, é necessário desenhar experiências de aprendizagem que facilitem as conexões entre o que já se sabe e as necessidades atuais de aprendizagem do indivíduo, dando assim maior significado ao aprendizado atual. Neste aspecto, o momento e a cultura das instituições onde estão inseridos têm um papel relevante.

Assim, o Instituto FAIMER Brasil é um programa voltado para professores/preceptores da área da saúde que, geralmente, têm interesse especial pelo ensino, e desejam se qualificar para realizar melhor o seu papel de auxiliar outras pessoas a aprenderem e promoverem mudanças em suas instituições e no espaço da saúde onde atuam. É aqui que a necessidade (desejo de aprender) encontra a oportunidade (FAIMER Brasil), facilitada pelo apoio da instituição de origem e financiamento externo a essa instituição, oferecendo-se um programa que tem duração de dois anos no aspecto formal, mas que significa aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional contínuos, numa comunidade de trocas de saberes e experiências muito potente.

### Currículo do FAIMER Brasil:

O programa do Brasil tem uma estrutura e currículo que acompanham a essência do programa original, oferecido na Filadélfia e também tem duração de dois anos, assim divididos (**Figura 1**):

1. Um encontro presencial de 13 dias (Sessão 1)
2. Um período de atividade à distância de 11 meses (Sessão 2)
3. Uma nova sessão presencial de 11 dias (Sessão 3)
4. Um período de 11 meses de trabalho à distância (Sessão 4)
5. Concluindo com a elaboração de um trabalho de conclusão do curso.



**Figura 1:** Distribuição das atividades presenciais e à distância do Programa Faimer Brasil. \*MLWeb: Mentoring and Learning na Web – cursos à distância no ambiente Moodle e lista de e-mails dos participantes Faimer do Brasil.

O público-alvo do programa é constituído de professores dos cursos de graduação da área da saúde que têm responsabilidades com o ensino/gestão nas suas instituições, e que façam um projeto de intervenção no currículo da sua própria escola. O processo de seleção é feito pela análise do projeto de intervenção, sendo mandatório que o candidato apresente documento escrito manifestando o apoio da administração da escola em que trabalha ao projeto que está sendo submetido.

A seguir, apresentamos nas Figura 2 e 3, a essência do programa e as atividades presenciais, em uma imagem colorida. Cada cor representa um dos eixos/temas que são foco do programa: Amarelo (eixo educacional); Rosa (Discussão/revisão de Projetos); Azul (liderança e gestão

educacional); Laranja (operacional do curso); Verde (educação na comunidade e políticas públicas ligadas ao SUS).

A Figura 2 mostra o programa presencial dos participantes de primeiro ano (**Sessão 1**) e a **InterSessão**, que é o momento em que os participantes do primeiro ano encontram os participantes de segundo ano que estão chegando para mostrar o resultado dos seus projetos, após um ano de trabalho. A Figura 3 mostra o programa dos participantes de segundo ano, que inclui a **InterSessão** e a **Sessão 3**. Estas Figuras são o espelho do programa do ano de 2016 e têm duração maior que a habitual (13 dias no Ano 1 x 11 dias no Ano 2), por conta das comemorações dos dez anos.



	D0	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
8:30-8:35	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese	Bom dia com síntese
8:35-9:00	39. Apresentações MIL Web da S2	44. Apresentação dos projetos 2016 para 2015 (6 grupos de 4/5) -	48. Sessão de pôsteres	50. Sessão comemorativa especial - <i>Projects that Work</i>	51. DINEPS - Os 10 anos de Faimer Brasil resultados e desafios futuros	54. Expandindo o seu repertório de liderança & MBTI avançado -	58. Educação à distância e Aprendizagem "mista"	59. Planejamento, gestão e avaliação de programas educacionais -	62. Discussão de projeto 2 (coleta de dados, Gantt, SOCKS):	65. Trabalho individual no projeto (plano de continuidade, Gantt e SOCKS): instrumentos de coleta de dados)	68. Estabelecendo padrões de bom desempenho na avaliação	71. Preparando problemas para motivar aprendizagem	
9:00-9:30	34. Educação dos profissionais da saúde orientada para a comunidade	40. MIL Web #3: o que, como, quando nas sessões 2/4 -											
9:30-10:00													
10:00-10:30													
10:30-11:00	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
11:00-11:30	34. Educação dos profissionais da saúde orientada para a comunidade	44. MIL Web #4: escolhendo tópicos de discussão da sessão 2/4	45. MIL-Web #5: preparando MILWeb/2016 -	48. Sessão de pôsteres	51. DINEPS - Os 10 anos de Faimer Brasil resultados e desafios futuros	55. Sustentando mudanças na carreira -	58. Educação à distância e Aprendizagem "mista"	59. Planejamento, gestão e avaliação de programas educacionais -	63. Revisão e atualizando conceitos em avaliação -	66. Como desenvolver/garantir profissionalismo durante a formação?	68. Estabelecendo padrões de bom desempenho na avaliação	71. Preparando problemas para motivar aprendizagem	
11:30-12:00													
12:00-12:30													
12:30-14:00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
14:00-14:30													
14:30-15:00	35. Apresentação de versão final de projeto	42. Revisão de resumos e pôsteres	45. MIL-Web #5: preparando MILWeb/2016 -	48. Sessão de pôsteres	Sessões concomitantes - temas de interesse com <i>experts</i> -	51. DINEPS - Os 10 anos de Faimer Brasil resultados e desafios futuros	56. Discussão de projetos 1 (Grove e método da pesquisa)	60. Desenvolvimento docente	64. Como garantir qualidade das questões? -	67. Avaliação de desempenho clínico -	69. Apresentação do projeto -	72. MILWeb #6: relacionos de continuidade do projeto e carreira Faimer -	
15:00-15:30													
15:30-16:00	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
16:00-16:30	36. (2016) Fim da S1 -	43. Reflexão sobre o projeto						livre					
16:30-17:00			46. (2015) Preparação e simulação da apresentação dos pôsteres - (prática)	49. Feedback dos pôsteres nos grupos -	42.1. Revisão de resumos 2	Avaliação online (Turma 2015)			61. Mérito científico avançado e desenvolvimento da carreira docente	64. Como garantir qualidade das questões? -	67. Avaliação de desempenho clínico -	70. Visita a exposição de projetos -	
16:30-17:00	cont 37. (2015) Re-entrada 53 - completando biografia	46. (2015) Preparação e simulação da apresentação dos pôsteres - (prática)	49. Feedback dos pôsteres nos grupos -	42.1. Revisão de resumos 2	52. Encerramento Turma 2016 -	52. Encerramento Turma 2016 -							
17:00-17:30													
17:30-18:00	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line	Avaliação diária on line
18:00-19:00	Chegada da Turma Ano 2						57. Círculos de aprendizagem 2		57b. Círculos de aprendizagem 2	57c. Círculos de aprendizagem 2	57c. Círculos de aprendizagem 2		73. Atualização do Portfólio Profissional
	Sessão 3 (Presencial Ano 2)												
	Intersessão (Presencial para Ano 1 e Ano 2)												

**Figura 3:** Programa presencial do FAIMER Brasil dos participantes do segundo ano. As cores representam os temas do currículo: Amarelo (eixo educacional); Rosa (Discussão/revisão de Projetos); Azul (liderança e gestão educacional); Laranja (operacional do curso); Verde (educação na comunidade e políticas públicas ligadas ao SUS).

---

Gostaríamos de destacar alguns elementos do Instituto FAIMER Brasil que fazem desta proposta um modelo a ser seguido!:

- Existência de um projeto de intervenção, como elemento central do programa. Relaciona-se à necessidade da escola e do professor que se candidata ao programa. Está intimamente relacionado à motivação intrínseca, que deve ser alinhada às necessidades da escola.
- Um currículo híbrido com componentes educacionais e de liderança/gestão no contexto educacional.
- Coerência entre o que ensina e aquilo que, de fato, faz.
- Valorizar experiências e conhecimentos prévios e privilegiar a interação, facilitando a troca entre os todos os envolvidos.
- Valorização e respeito à diversidade entre os participantes.
- Ambiente seguro de aprendizagem, com uso de ferramentas de gestão como a Avaliação Apreiativa, Gestão de Conflitos, Tipologia de Myers-Briggs.
- Formação de redes de aprendizagem e comunidades de práticas.
- Avaliação de programa regular que orienta revisões e ajustes.

Uma amostra dos projetos desenvolvidos por participantes e seu impacto, ao longo destes dez anos, está disponível neste volume dos Cadernos da ABEM. São excelentes exemplos dos desdobramentos de vários projetos que vêm ocorrendo e se expandindo em instituições de ensino brasileiras que têm formação profissional superior na saúde.

## REFERÊNCIA

1. Bollela VR, Machado VMP, Carvalho Junior PM, Araujo MNL, Ribeiro MGF, Amaral E, et al. Princípios de ensino-aprendizagem significativos na pós-graduação da saúde. In: Rodrigues AJ, Gemignani EYMY (Org.). Metodologias ativas nos processos de aprendizagem: concepções e aplicações. 1 ed. São Paulo: Factash Editora & Hagrado Edições; 2014. p. 17-32.

---

# Instituto Regional de Educação para as Profissões da Saúde FAIMER Brasil: Perfil dos Participantes de 2007 a 2016

*Luciana Almeida Teixeira/ Maria Goretti Frota Ribeiro/ Maria Neile Torres Araújo/ Henry de Holanda Campos/ Paulo Marcondes Carvalho Junior/ Valdes Roberto Bollela/ Eliana Amaral*

## INTRODUÇÃO

O Instituto Regional FAIMER Brasil é um programa de desenvolvimento docente para educadores nas profissões da saúde visando à formação de agentes de mudança em educação superior, que respeita os objetivos e competências gerais em tecnologias educacionais, liderança e gestão da proposta original desenvolvida nos Estados Unidos, adicionando importantes adaptações regionais<sup>1</sup>. A partir da análise das inscrições dos candidatos apoiados por suas instituições, seleciona profissionais que tenham potencial multiplicador, com perfil para realizar o programa e implantar mudanças, oriundos das diversas regiões do país. É um programa de especialização de dois anos, com requerimento de um trabalho de conclusão de curso e apresentação de pôster e resumo em português e inglês e relatórios intermediários. Alinha-se com as políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores da área da saúde no país. Assim, o Instituto Regional FAIMER Brasil trabalha de forma coerente com as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde, dentre outras iniciativas do Ministério da Saúde<sup>2</sup>.

Amaral *et al*, em 2012, avaliaram o perfil e a percepção de ganho de habilidades dos participantes do Programa oferecido pelo Instituto Regional FAIMER Brasil no período compreendido entre os anos de 2007 e 2010.

Pode-se observar um predomínio de participantes da Região Sudeste, oriundos de instituições públicas com crescente participação nas políticas públicas de melhoria da formação de recursos humanos<sup>3</sup>. O perfil dos participantes selecionados no programa FAIMER-Brasil é diretamente influenciado pelo processo seletivo e existe um cuidado específico com a seleção dos candidatos, avaliados a partir de critérios pré-estabelecidos, por facilitadores do programa. Evita-se a homogeneidade nas turmas de participantes, já que são objetivos do FAIMER no Brasil conviver com a diversidade e estimular o aprendizado por pares diversos<sup>4</sup>.

O presente relato tem por objetivos descrever o processo seletivo para inserção dos participantes no Programa FAIMER Brasil e analisar o perfil dos participantes do programa ao longo dos 10 anos de sua existência no país. As fontes de informação foram 1) o formulário usado para a submissão ao processo seletivo do FAIMER; 2) os critérios de pontuação do formulário de candidatura; 3) o banco de dados com informações dos participantes inseridos no programa entre os anos de 2007 e 2016.

## O processo seletivo

Como requisito do processo seletivo para integrar o Programa do Instituto Regional FAIMER Brasil, há um formulário disponível *online* similar ao do programa original. É necessário que o candidato tenha envolvimento com educação superior para profissões da saúde e um

projeto de intervenção educacional, com proposta de avaliação dos resultados. O questionário é semiestruturado e as páginas vão sendo abertas conforme a progres-

são do preenchimento. As informações solicitadas ao candidato estão resumidas no **Quadro 1**.

**Quadro 1: Resumo das informações solicitadas ao candidato no formulário online de inscrição para o Programa do Instituto Regional FAIMER Brasil**

FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO AO PROCESSO SELETIVO		
<b>Parte A</b> Informação Biográfica	Dados de identificação, instituição de procedência, dados de graduação e pós-graduação; posição acadêmica; experiência internacional; como tomou conhecimento do FAIMER; auto percepção de benefício do FAIMER na sua vida profissional e candidaturas prévias.	
<b>Parte B</b> Portfólio profissional	<u>Seção 1</u> Histórico profissional	Histórico empregatício, posições administrativas, atividades de desenvolvimento profissional avançado em Gestão e em Educação de Profissões da Saúde e departamento ou unidade educacional com a qual está vinculado.
	<u>Seção 2</u> Realizações profissionais	Publicações, materiais educativos, apresentações, participação como facilitador, dentre outros, produzidos dentro do campo da educação para as profissões da saúde nos últimos 5 anos
	<u>Seção 3</u> Reconhecimentos profissionais	Prêmios/honras e subsídios recebidos dentro do campo da educação para as profissões da saúde nos últimos 5 anos.
<b>Parte C</b> Ensino e Funções administrativas	Responsabilidades administrativas (p.ex., chefia de departamento, pesquisa, unidade clínica, comitê de avaliação de estudantes, planejamento curricular, etc.).	
<b>Parte D</b> Instituição	Características da instituição de ensino superior de vinculação tais como, ser pública ou privada, número de alunos, inovações, compromisso com o ensino das profissões da saúde, dentre outros	
<b>Parte E</b> Projeto de Inovação de Currículo	Projeto de inovação que o candidato pretende desenvolver em sua instituição. Os projetos cujos objetivos são ligados à melhoria da educação para diretamente promover a saúde da comunidade, região ou país do candidato têm prioridade. No caso do Brasil, tem importância a consonância dos projetos com as iniciativas desenvolvidas pelo governo federal no campo da educação nas profissões da saúde e com as diretrizes curriculares.	

Finalizado o prazo do preenchimento do formulário online, os mesmos são enviados para assessores do programa, os quais realizam sua avaliação. Cada formulário

é avaliado por, no mínimo, dois assessores e a pontuação do candidato é distribuída segundo os critérios descritos no **Quadro 2** (pontuação de 0 a 5).

**Quadro 2: Critérios de avaliação dos candidatos para realizar o Programa do Instituto Regional FAIMER Brasil e valor proporcional de cada item na avaliação**

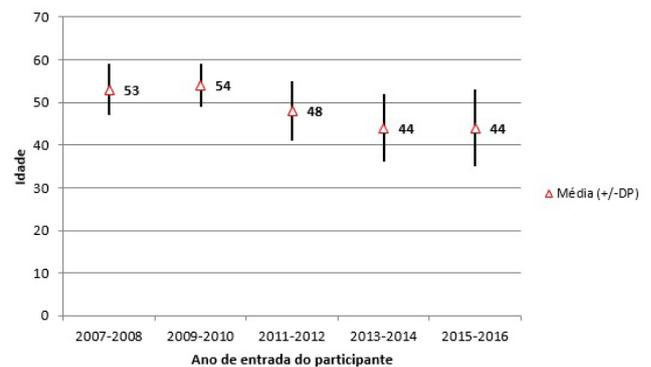
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS CANDIDATOS	
Registro de realizações (Peso 15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Credenciais acadêmicas</li> <li>• Encontros profissionais / Educação Avançada / Rede de contatos / Interesse em aumentar o próprio conhecimento</li> <li>• Histórico de desenvolvimento e condução de inovações.</li> <li>• Posição (habilidade de afetar e se beneficiar do programa)</li> <li>• Comitês, projetos</li> <li>• Publicações (foco e número)</li> <li>• Experiência internacional</li> </ul>
Envolvimento em Ensino, Gestão de Educação e Pesquisa Educacional (Peso 15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantidade de esforço e tempo dedicado ao ensino, à gestão de programas/atividades educacionais e pesquisa educacional.</li> <li>• Evidência de compromisso com a educação.</li> </ul>

Proposta de Projeto (Peso 40)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viabilidade</li> <li>• Nível de apoio – (financiamento, pessoal, equipamentos, etc. disponíveis para o projeto)</li> <li>• Plano de avaliação</li> <li>• Politicamente experiente – visão geral</li> <li>• Amplitude de impacto (departamento, escola, região)</li> <li>• Grau de inovação</li> <li>• Parceria ou ligação com participantes/projetos já existentes no Instituto</li> <li>• Ligação comprovada com a melhoria da saúde das comunidades.</li> </ul>
Conexão e Suporte Institucional (Peso 20)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração de projetos com objetivos institucionais.</li> <li>• História institucional de sucesso em inovação ou mudança na educação</li> <li>• Apoio institucional e orientação para o candidato</li> </ul>
Habilidades de comunicação escrita (Peso 10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização e clareza de ideias</li> </ul>

## I. Perfil dos Participantes ao longo dos 10 anos do FAIMER Brasil

Foram oferecidas 25 vagas ao ano, até 2010, 30 vagas até 2014 e 40 vagas nos anos de 2015 e 2016. Entre 2007 e 2016, houve 651 candidatos que completaram todas as etapas de inscrição. Um total de 301 docentes foram classificados e chamados para iniciar o programa entre 2007 e 2016. O perfil dos participantes do Programa FAIMER Brasil, ao longo dos últimos 10 anos, foi sendo modificado. Inicialmente, havia predomínio da faixa etária acima de 50 anos, observando-se redução da média de idade com o passar do tempo (**Figura 1**). Participantes com faixa etária maior que 50 anos foram maioria entre os anos de 2007-2008 e 2009-2010, de forma similar. A partir de 2011-2012, houve inversão da faixa etária, com predomínio estatisticamente significativo de

participantes com idade menor ou igual a 50 anos ( $\chi^2 p < 0,005$ ) (**Tabela 1**).



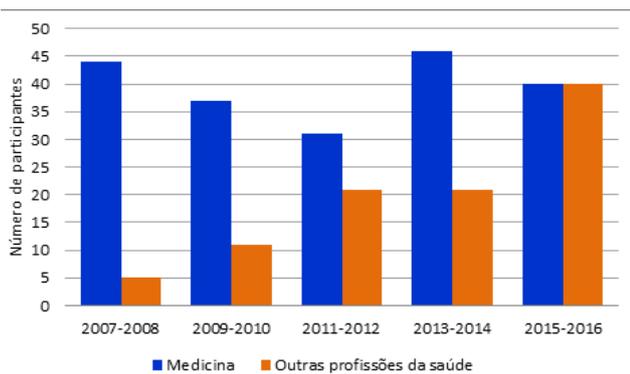
**Figura 1:** Média da idade dos participantes do Programa FAIMER Brasil, segundo ano de entrada

**Tabela 1: Comparação entre o número de participantes com idade superior a 50 anos, segundo ano de entrada no Programa FAIMER Brasil**

Idade	Ano de entrada no FAIMER Brasil					Total
	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	
> 50 anos	24	36	20	11	20	111
≤ 50 anos	10	11	29	49	60	159
Total	34	47	49	60	80	270

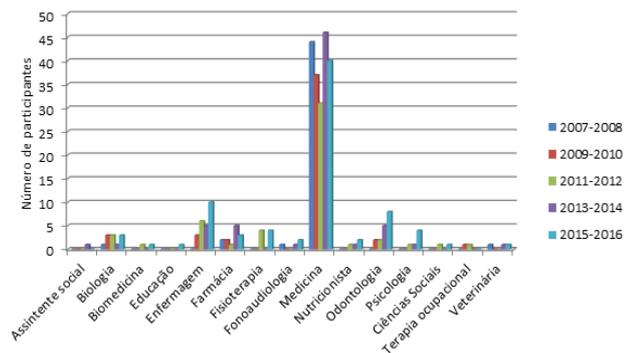
Em 2007, o Programa foi oferecido somente para professores de cursos de medicina, seguindo o modelo inicial do FAIMER *Institute*, que tem sede na Filadélfia-EUA. Ao longo dos anos, foram admitidos profissionais docentes de todos os outros cursos da área da saúde no

Brasil, o que influenciou o programa norte-americano a modificar seus critérios e também receber profissionais de outras áreas da saúde, que não apenas a médica (**Figura 2**).



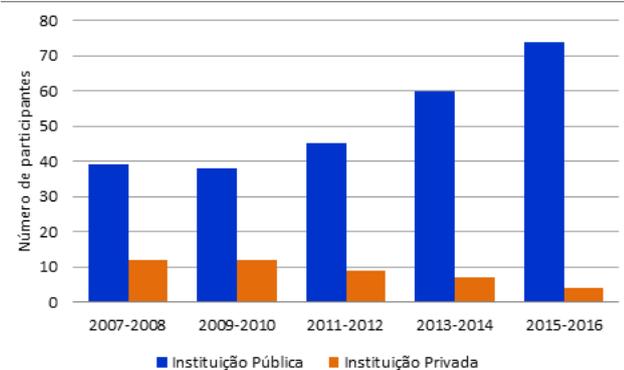
**Figura 2:** Número total de participantes a cada biênio, tempo total do programa FAIMER

A formação profissional dos participantes, ao longo dos anos, está representada na **Figura 3**. Mostra o predomínio da Medicina, seguida por Enfermagem, Odontologia, Farmácia e Fisioterapia destacando-se progressivamente.



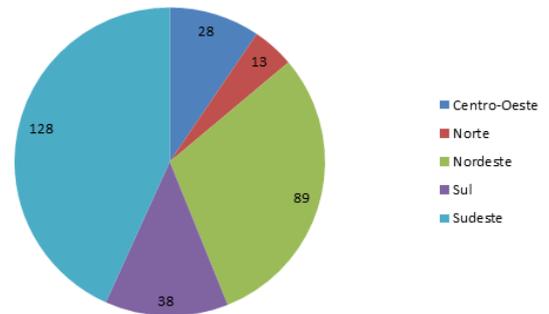
**Figura 3:** Distribuição do número de participantes, segundo formação profissional e ano de entrada no FAIMER Brasil

Outro aspecto relevante foi o predomínio de participantes provenientes de instituições públicas (**Figura 4**).

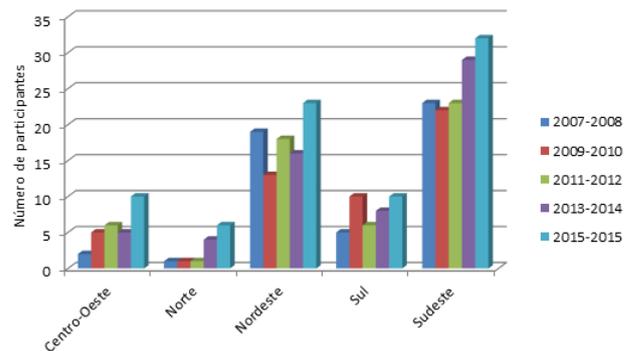


**Figura 4:** Distribuição dos participantes FAIMER Brasil, segundo natureza jurídica da instituição de origem

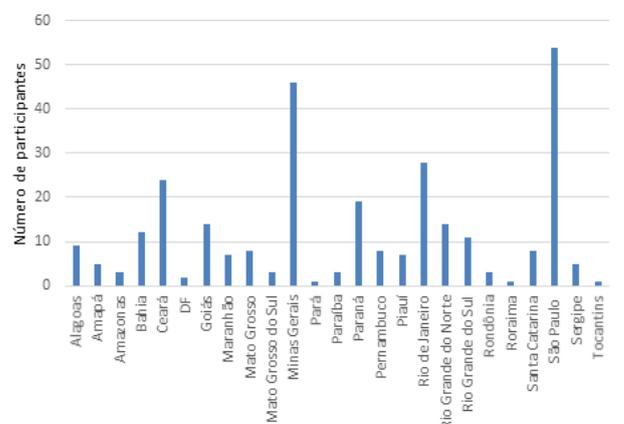
A distribuição dos participantes mostra maior número proveniente da Região Sudeste, seguida pela Região Nordeste (**Figura 5**), observando-se crescente participação das demais regiões do país (**Figura 6**). Os Estados com maior número de Participantes no FAIMER Brasil foram São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Ceará (**Figura 7**).



**Figura 5:** Distribuição dos participantes FAIMER Brasil, segundo região de origem



**Figura 6:** Distribuição dos participantes, segundo região de origem e ano de entrada no FAIMER Brasil



**Figura 7:** Distribuição dos participantes do Programa FAIMER Brasil, segundo estado de origem

Quanto à titulação acadêmica de pós-graduação *stricto sensu*, houve predomínio de participantes com título de Doutorado ao longo dos anos (Figura 8).

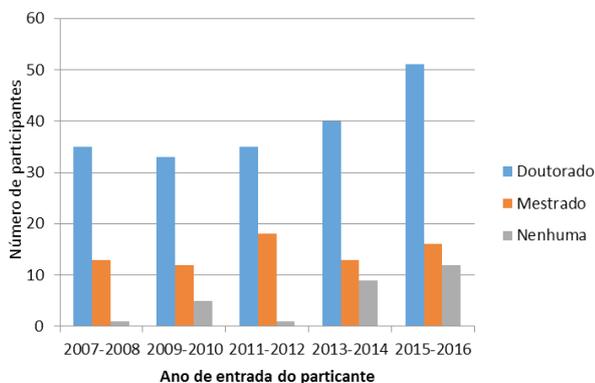


Figura 8: Titulação acadêmica dos participantes, segundo ano de entrada no FAIMER Brasil

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados mostram a evolução e modificação do perfil dos participantes, que inicialmente era composto por docentes de cursos de medicina, com média de idade de 50 anos, e praticamente todos com mestrado e doutorado. Muitos destes participantes foram convidados e tornaram-se facilitadores do programa ao longo desta década. Mais recentemente, têm predominado participantes do FAIMER Brasil, com um perfil mais jovem, muitos no início da carreira docente em um curso da área da saúde. Uma parcela destes participantes, mesmo sem título de pós-graduação, buscou no FAIMER uma oportunidade de especialização e qualificação de sua prática docente.

Estes dados refletem a consolidação e amadurecimento progressivo do Programa FAIMER Brasil. Mesmo com a manutenção dos critérios de seleção, houve adaptação à realidade da docência nas universidades brasileiras, resultando na entrada crescente de professores mais jovens no programa, na necessidade de colaboração multiprofissional e na diversidade no que diz respeito à procedência dos participantes.

O Instituto Regional FAIMER Brasil tem sido, nestes últimos dez anos, uma das mais importantes oportunidades de desenvolvimento docente no Brasil. Ele busca uma formação autônoma e de excelência, embasado em estratégias de aprendizagem de adulto, gestão e liderança, como

a literatura internacional recomenda<sup>4</sup>. Ao mesmo tempo, mantém o comprometimento de atender à demanda de formação de profissionais de saúde do Brasil, com expansão e diversidade de participantes, oriundos de diferentes regiões do país.

## REFERÊNCIAS

1. Burdick WP, Ed MS, Diserens D, Friedman SR, Morahan PS, Kalishman S, Eklund MA, Mennin S, Norcini JJ. Measuring the effects of an international health professions faculty development participant ship: the FAIMER Institute. *Medical Teacher*. 2010; 32: 414-421.
2. Cyrino EG, Figueiredo AM, Lopes CV, Monteiro EMM, Fronza FL, Santos FL, et al. Políticas públicas indutoras de mudanças nas graduações da saúde na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Bollela V, Germani ACC, Campos HH, Amaral E (Org.). *Educação Baseada na Comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira*. Ribeirão Preto: FUNPEC-Editora; 2014. p. 37-53.
3. Amaral E, Campos HH, Friedman S, Morahan PS, Araujo MNT, Carvalho Júnior PM, Bollela V, Ribeiro MGF, Mennin S, Haddad AE, Campos F. An educational international partnership responding to local needs: process evaluation of the Brazil FAIMER Regional Institute. *Education for Health*. 2012; 25(2).
4. Steinert Y, Mann K. Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 19. *Medical Teacher*. 2012; 34: 483-503.

---

# Instituto Regional de Educação para as Profissões da Saúde FAIMER Brasil: Avaliação das sessões presenciais de 2010 a 2015

*Raquel Autran Coelho Peixoto/ Maria Goretti Frota Ribeiro/ Maria Neile Torres Araújo/  
Henry de Holanda Campos/ Paulo Marcondes Carvalho Junior/ Valdes Roberto Bollela/  
Eliana Amaral*

## INTRODUÇÃO

O programa de Desenvolvimento Docente instituído pelo *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research* (FAIMER) recebeu adaptações regionais, respeitando-se os objetivos e competências centrais estabelecidos pela sede, que tem como núcleo central a melhoria das condições de saúde da população através da melhor formação dos docentes e, consequentemente, dos profissionais egressos dos cursos da saúde<sup>1,2</sup>. Atualmente existem sete Institutos regionais FAIMER espalhados em países da Ásia, África e América do Sul, onde está localizado o Instituto Regional FAIMER Brasil, desde 2007. Os objetivos centrais do programa foram preservados, e mantém foco na formação em liderança, tecnologias de educação, gestão educacional e formação de uma comunidade mundial de educadores em saúde.

O processo avaliativo de um programa educacional permite rever o alinhamento do mesmo com os objetivos de aprendizagem propostos, idealmente na perspectiva de vários apoiadores e participantes do seu processo de desenvolvimento. A avaliação de programas educacionais em profissões de saúde é tarefa complexa, com múltiplas interações entre os participantes e os elementos do programa. Existem algumas fontes e formas de obtenção de dados para compor o conjunto de informações, que serão analisadas, documentadas para emissão de juízo de valor, e posterior de tomada de decisão<sup>3</sup>.

Muitos modelos baseiam-se fortemente em desfechos dos estudantes<sup>4</sup>, outros como Karpa e Abendroth<sup>5</sup> descreveram um sistema de avaliação de programa que considera quatro componentes internos: objetivos de aprendizagem, conteúdo, métodos de avaliação da aprendizagem e opinião dos estudantes.

O Programa Faimer Brasil tem duas sessões presenciais, intercaladas por dois períodos à distância, com atividades *online* que duram 11 meses cada uma. Ao longo dos dois anos de programa, o aluno implementa um projeto educacional em sua instituição. A cada atividade educativa realizada nas inúmeras sessões presenciais, todos os participantes são convidados a responderem um questionário eletrônico, através da ferramenta *Survey Monkey* onde expressam suas impressões sobre cada atividade e podem comentar o que foi adequado e o que poderia ser revisto e melhorado no futuro. No período de 2007 a 2015, o programa tem sido avaliado pelos participantes, em temas como a aquisição de conhecimento e habilidades, além do potencial impacto educacional na prática docente. O modelo adotado na avaliação do programa educacional do Instituto FAIMER Brasil tem inúmeros componentes, que incluem um conjunto de dados alinhado com o modelo de Karpa e Abendroth<sup>5</sup>, abrindo espaço para reflexões e contribuições dos participantes do programa, via de regra são docentes de cursos superiores da área da saúde com experiência e interesse no tema “educação”, que aprendem a avaliar programas educacionais sendo agentes ativos.

---

Além de questionários de avaliação preenchidos pelos participantes, outras medidas dos resultados do programa podem ser conferidas através de publicações completas em jornais e revistas da área da saúde/educação, trabalhos apresentados em congressos de educação nacionais e internacionais, progressão na carreira dos participantes após término do programa, assumindo cargos de liderança em suas instituições de origem, dentre outros. Este texto não pretende apresentar tais resultados para os 10 anos de programa, que estão em fase de coleta de dados, para posterior análise. Permanece o grande desafio de avaliar o impacto de todas estas ações sobre a qualidade do profissional formado, que impacta a saúde da população. Este estudo buscou avaliar a percepção dos participantes do Instituto FAIMER Brasil no período de 2010 a 2015, sobre a aquisição de conhecimento e o impacto educacional.

## MÉTODOS

Foi realizado estudo retrospectivo, descritivo, tendo como base os questionários usados para a avaliação das sessões durante o presencial FAIMER, bem como banco de dados com informações dos programas entre os anos de 2010 e 2015. A avaliação do programa FAIMER Brasil é realizada através da avaliação feita pelos participantes após vivenciar cada uma das sessões e por uma avaliação retrospectiva de percepção pré e pós-programa, realizada ao final da 2ª etapa presencial (início do 2º ano).

Cada sessão tem objetivos de aprendizagem específicos a serem atingidos. São divididas em alguns eixos: 1. Aspectos operacionais (apresentação do programa, avaliação do participante, consentimento informado, tarefas), 2. Criação da Comunidade de Prática (círculos de aprendizagem, recursos eletrônicos como *listserv* Moodle), 3. Teoria de projetos/programas (ferramentas de planejamento de projetos, avaliação de programas), 4. Discussão de projetos, 5. Tecnologias educacionais (currículo, aprendizado de adultos, avaliação de estudantes e *feedback*, desenvolvimento docente), 6. Integração ensino-serviço saúde, 7. Gestão (trabalho em equipe, liderança apreciativa, gerenciamento de mudança, tipologia Myer-Briggs-MBTI, gerenciamento de conflitos). Existe também um período em que duas turmas, Participantes do ano 1 e Participantes do ano 2 se encontram, no que é denominado "InterSessão". Neste período, os

participantes interagem e compartilham informações sobre seus projetos e necessidades/potencialidades, buscando criar uma rede de educadores com potencial de dar suporte uns aos outros.

Após cada atividade, os participantes preenchem questionários semiquantitativos (Escala Likert de 3 ou 7 pontos) disponibilizados no *Survey Monkey*, com perguntas abertas ao final, e oportunidade para comentários anônimos. São avaliados o nível de envolvimento e o ganho de conhecimento e/ou habilidades após cada atividade educacional. As sessões são avaliadas quanto à sua adequação e nível entre: 1. Muito básico, 2. Na medida correta ou 3. Muito avançado. Quanto ao envolvimento e à aquisição de conhecimentos, a escala varia de: 1. Discordo fortemente, 2. Discordo moderadamente, 3. Discordo, 4. Concordo levemente, 5. Concordo moderadamente, 6. Concordo fortemente, 7. Concordo muito fortemente, ou Não se aplica (N/A). Os dados quantitativos foram agregados por Excel MS e analisados.

Todos os participantes são questionados sobre seu interesse em participar da avaliação do programa, que não é obrigatória e assinam um consentimento. Os projetos de pesquisa que envolvem a avaliação no Instituto FAIMER Brasil tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, Brasil, da Universidade da Pensilvânia e da Universidade do Novo México, nos Estados Unidos.

## RESULTADOS

Ao longo dos anos, houve aumento do número de participantes do programa, saindo de 25 em 2007 até 40 em 2015 e 2016. Tem se observado também aumento do número de facilitadores (participantes que após conclusão do programa, são convidados a auxiliar no programa dos anos seguintes). Em 2007, eram 10 pessoas e, em 2016, somam 45 pessoas nas duas sessões. Em 2007, 80% (20/25) dos participantes concordaram em participar da avaliação e desde o ano de 2008, 100% dos participantes tem consentido em participar.

Quando perguntados sobre a qualidade da experiência educacional vivenciada após cada sessão, obtivemos os seguintes resultados:

1. Quanto à adequação, a maioria das sessões eram consideradas na medida correta. As atividades classificadas como muito avançadas por mais de 30% da

---

turma foram relacionadas à avaliação do estudante, “Como garantir a qualidade das questões nas provas” e “Estabelecendo padrões de bom desempenho na avaliação” e “Mayer-Briggs Type Inventory” (MBTI) para trabalhos em grupos”.

2. Quanto ao nível de envolvimento com a atividade, as melhores avaliadas (mais de 80% de concordo fortemente ou muito fortemente) foram “Exercício de Trabalho em Equipe”, “Discussão de projetos”, “Profissionalismo”, “Educação a Distância (EaD)”, e “Círculos de aprendizagem”.
3. As sessões com mais de 80% de concordo fortemente ou muito fortemente de aquisição de conhecimentos foram: “Exercício de equipe”, “Discussão de projetos”, “Comunicação verbal e não-verbal” e “MBTI”.

A percepção dos participantes sobre o programa, a partir das questões abertas do questionário, demonstram uma avaliação bastante positiva, e os pontos fortes mais comentados dizem respeito aos momentos de discussão dos projetos em grupos, o poder da comunidade de práticas e as atividades voltadas ao processo avaliativo de alunos e de programas. Sugestões têm sido feitas no sentido de aumentar, ainda mais as oportunidades de discussão para reflexão sobre o que está sendo discutido e a realidade da docência, incluindo possíveis melhorias a serem aplicadas nos seus cursos e instituições de origem.

Houve mudanças de sessões ao longo dos anos, como resultado do processo avaliativo, com inclusão de novos temas, como novas ferramentas de Educação a Distância (EaD), Educação Baseada na Comunidade (EBC), *Team-based Learning* (TBL) e *Problem-Based Learning* (PBL), além de ajustes de cronograma, com aumento de tempo para algumas sessões para propiciar maior discussão e abertura de espaço de área verde, em função da densidade do programa que se desenvolve em 13 ou 11 dias ininterruptos (turma do ano 1 e turma do ano 2). Outras adaptações foram feitas com o aumento progressivo do número de participantes, de 25 para 40, especialmente para garantir a participação ativa de todos nas frequentes atividades em pequenos grupos que se intercalam com miniconferências (máximo 20-30 min) e atividades de colaboração entre o grande grupo (atualmente, 40 participantes).

## DISCUSSÃO

De um modo geral, os alunos mostraram-se satisfeitos com o programa de desenvolvimento docente para profissões de saúde. Perceberam aquisição significativa de conhecimentos e habilidades em todos os temas curriculares questionados, de forma similar aos dados do Instituto Faimer original<sup>6</sup>. Foram consideradas fortemente positivas a abordagem orientada por projetos e o poder da comunidade de práticas, o que viabiliza maior apoio das instituições de ensino superior ao programa, pela relevância em saúde pública, como tem sido recomendado, e já demonstrado<sup>6,7,8</sup>. Dados prévios de questionários retrospectivos ao final do programa revelam alta incorporação desses projetos nos currículos e políticas institucionais<sup>2</sup>. A construção de comunidade de educadores, por sua vez, é um objetivo primordial desse programa de desenvolvimento profissional. As sessões são desenhadas envolvendo os participantes em trabalhos em equipes, intensa reflexão sobre a prática docente, com uso extensivo de redes de apoio multiprofissional *online*<sup>6</sup>. Os achados trazem importante *feedback* quanto às sessões ministradas e seu potencial impacto educacional.

Os questionários aplicados aos participantes do programa revelaram ainda importante aquisição de conhecimento para atividades em equipe e de ferramentas de liderança e gestão, como o MBTI e dinâmicas de comunicação verbal e não-verbal. Steinert observou que os domínios de menor conhecimento prévio em programa de formação docente foram liderança e gerenciamento de mudanças, demonstrando o baixo treinamento docente nesse quesito<sup>9</sup>.

Houve alterações nas sessões do programa ao longo dos anos, como resultado do processo avaliativo, com inclusão de novos temas de grande interesse e demanda por parte dos alunos. O aumento do número de participantes tem se mostrado um desafio importante às metodologias ativas utilizadas na maior parte das atividades. O tema da redução do tempo das exposições, aumentando as oportunidades de discussão, demonstra a necessidade do espaço de discussões e preferência dos participantes por estratégias que os envolvam na atividade e reflexão, o que é uma característica do programa, que busca um modelo de aprender fazendo em aprendizagem de adultos.

---

Uma limitação desta análise foi o período incluído na amostra, com variações quanto ao perfil dos participantes, readequações das atividades dentro de cada *workshop* que compõe o programa, reconstituição do grupo de 3-5 facilitadores que participam de cada um dos *workshops*. A presença de um grupo experiente de facilitadores que já foi participante do programa torna-o muito ativo, permitindo-se redesenho das atividades pelo grupo a cada ano, no interesse de responder às sugestões. Essas alterações do programa refletem o dinamismo no planejamento de atividades a cada ano, buscando-se alinhar mais adequadamente aos objetivos e metodologias empregadas.

Além disso, há necessidade de maior seguimento dos profissionais após os dois anos de programa, em suas instituições e comunidades, visto que o indicador de maior relevância ainda é o impacto sobre a qualidade da prática docente do profissional e sobre a saúde da população.

## CONCLUSÃO

Os instrumentos de avaliação respondidos pelos participantes nas sessões presenciais do programa FAIMER Brasil tem sido ferramentas apropriadas e úteis. Servem de modelo para avaliações periódicas em programas de treinamento, com flexibilidade para adaptações e alinhamento com o currículo em transformação ao longo dos anos.

## REFERÊNCIAS

1. Burdick WP, Diserens D, Friedman SR, et al. Measuring the effects of an international healthprofessions faculty development fellowship: the FAIMER Institute. *Medical Teacher*. 2010; 32: 414–421.
2. Amaral E, Campos HH, Friedman S, et al. An educational international partnership responding to local needs: process evaluation of the Brazil FAIMER Regional Institute. *Education for Health*. 2012; 25(2).
3. Bollela VR, Castro M. Avaliação de Programas. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014;47(3):332-42.
4. Frye AW, Hemmer PA. Program evaluation models and related theories: AMEE Guide No.67. *Medical Teacher*. 1992;14(2/3).
5. Karpa K, Abendroth CS. How we conduct ongoing programmatic evaluation of our medical education curriculum. *Medical Teacher*. 2012; 34:783–786
6. Burdick WP. Global Faculty Development: Lessons Learned From the Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER) Initiatives. *Academic Medicine*. 2014;89(8):1097-1099.
7. Guilbert JJ. Educational handbook for health personnel. WHO (1992) (6th ed). WHO offset Publication no. 35, revised and updated, Geneva, p. 335.
8. Jeannot E, Stoll B, Chastonay P. Alumni Evaluation of a Community-Oriented Master of Public Health Program. *J Community Health*. 2013; 38:357–359
9. Steinert Y. Commentary: Faculty development: The road less traveled. *AcadMed*. 2011; 86:409-11

---

# Tendência dos projetos de intervenção realizados no Programa FAIMER Brasil 2007 a 2016: 10 anos de história

Oscarina da Silva Ezequiel/ Henry de Holanda Campos/ Maria Goretti Frota Ribeiro/  
Maria Neile Torres Araújo/ Paulo Marcondes Carvalho Júnior/ Valdes Roberto Bollela/  
Eliana Amaral

## INTRODUÇÃO

O desafio de formar profissionais de saúde aptos a responderem às necessidades de saúde da população persiste<sup>1,2</sup>. Múltiplos são os fatores que o mantêm: a dificuldade de mudanças de paradigmas das concepções pedagógicas, envolvendo opções de ensino e avaliação inadequados, os cenários de ensino inapropriados, a falta de preparo para a docência e para o trabalho em equipe, entre outros<sup>1</sup>. Adequar a formação docente para agir na realidade do mundo atual, interagir com os novos perfis dos estudantes e transformar o processo ensino-aprendizagem parece ser um passo fundamental<sup>3,4</sup>.

O Programa FAIMER (*Foundation for the Advancement of International Medical Education and Research*) iniciou no Brasil sua proposta de desenvolvimento docente no formato de aprendizagem mista, presencial e à distância, em 2007, completando 10 anos de atividades contínuas em 2016. O programa de especialização em ensino para os professores de educação superior na saúde, com duração de dois anos, tem como objetivos o desenvolvimento de competências em ensino, liderança e gestão, bem como a criação de uma comunidade de práticas em ensino na saúde<sup>5</sup>. Esta proposta adquiriu especial importância no momento de sua implantação porque foi concomitante com as amplas discussões acerca da necessidade de adequações curriculares, já iniciada nos anos 80-90, que culminaram com as diretrizes curriculares nacionais para os cursos da saúde em 2001<sup>6,7</sup>. Desta forma, havia uma demanda das políticas públicas para as

quais o Programa, com seu desenho educacional, poderia contribuir, catalisando as mudanças com a facilitação dos projetos de intervenção, e por criar uma rede nacional de lideranças em educação na forma de uma verdadeira comunidade de prática<sup>2</sup>.

As comunidades de prática favorecem o aprendizado ao criarem um ambiente protegido e de confiança, permitirem a troca de conhecimentos e, conseqüentemente, gerarem colaborações produtivas<sup>8,9</sup>. Resultados de estudo do Programa Instituto FAIMER, desenvolvido na Filadélfia e que recebe participantes de diversos continentes desde 2002, mostram que a diversidade geográfica dos participantes é considerada um fator positivo para a formação da rede, que convivem e aprendem com a diversidade de participantes e instituições<sup>5</sup>. O Programa FAIMER utiliza uma proposta de projeto de intervenção educacional como instrumento de desenvolvimento para o docente que participa, aproveitando as oportunidades de planejamento e desenvolvimento do projeto como aplicações práticas dos conceitos de liderança e gestão que pretende ajudar a desenvolver ou aprimorar nos participantes. A educação baseada em projeto tem sido recomendada como uma estratégia potente de aprendizagem de adultos porque parte do interesse do indivíduo por determinada questão do mundo real, demandando para sua realização pensamento crítico e colaboração que aceleram o desenvolvimento de competências<sup>10</sup>.

O presente relato objetiva comparar a tendência dos temas de projetos de intervenção educacional em dois diferentes quinquênios do programa FAIMER. Conhecer esta realidade poderá fornecer subsídios para uma melhor compreensão da transformação iniciada a partir destes projetos e aqueles que o vivenciam e do espectro de temáticas e experiências.

## MÉTODOS

Estudo transversal envolvendo os participantes inscritos no programa FAIMER Brasil, no período de 2007 a 2016. Mediante a consulta na base de dados disponibilizada pela secretaria administrativa do programa no Brasil, originados dos formulários de inscrição. A população de estudo se constituiu de 300 profissionais da área da saúde matriculados.

As variáveis avaliadas foram tema principal do projeto e ano de ingresso no programa, gênero, profissão, região geográfica e característica jurídica da instituição (se pública ou privada), como variáveis independentes. Os projetos foram inicialmente categorizados quanto ao seu tema mais relevante em: avaliação do estudante (AE), questões envolvendo estudantes (qualidade de vida, saúde mental, *mentoring* – QE), desenvolvimento de competência (DC), currículo (CUR), desenvolvimento docente (DD), métodos de ensino (ME), avaliação de programa (AP), desenvolvimento organizacional (DO), tecnologias de informação e comunicação (TIC), interprofissionalidade (IP), educação baseada na comunidade (EBC) e desenvolvimento de competência em pesquisa em educação (PE). Para análise da tendência dos projetos, agrupamos as categorias em quatro grupos, baseados no foco da intervenção: grupo 1: projetos com foco nos estudantes (AE, QE, DC); grupo 2: projetos com foco no currículo (CUR, ME, TIC); grupo 3: projetos com foco de ação no programa (AP, DD, DO, PE) e grupo 4: projetos com focos de ação na comunidade (EBC, IP). Para análise da diferença entre os dois grupos de ano de matrícula, foram comparadas as proporções utilizando-se testes de qui-quadrado. AS variáveis e categorias foram ano de matrícula (grupo 1, ingressantes entre 2007 e 2011; grupo 2, ingressantes entre 2012 e 2016), gênero (feminino; masculino), profissões (grupo 1, médicos; grupo 2, outras profissões da área da saúde, incluindo ciências biológicas, biomedicina, enfermagem, farmácia,

cia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, sociologia, terapia ocupacional e medicina veterinária), região de localização da instituição (grupo 1, Sudeste, Sul; grupo 2, Norte, Nordeste, Centro-Oeste), tipo instituição (pública; privada).

## RESULTADOS

Entre 300 profissionais matriculados no programa FAIMER Brasil no período, foram excluídos três estrangeiros: dois de Moçambique e um de Angola. Dos 297 participantes incluídos na amostra, 126 (42,4%) se matricularam de 2007 a 2011 (grupo 1). Observou-se redução na proporção de professores médicos, que foram 58,5% dos participantes no período de 2012-2016, com aumento das instituições públicas (90,1%), sem mudança significativa para gênero, título acadêmico dos participantes e região geográfica, com 64,3% de mulheres, 62,6% com Doutorado prévio e 53,8% dos participantes das regiões Sul e Sudeste (Tabela 1).

**Tabela 1: Características dos participantes e de seus projetos no Programa FAIMER Brasil, por grupos 1 e 2, segundo ano de matrícula**

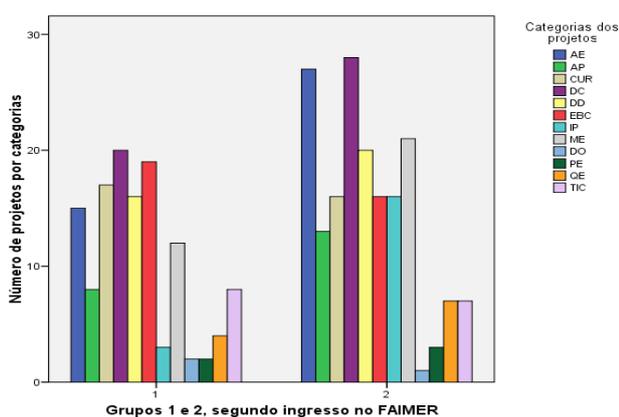
Características	2007 a 2011	2012 a 2016	Valor de p
	(n=126)	(n=171)	
	N (%)	N (%)	
<b>Gênero</b>			
Feminino	80 (63,5)	110 (64,3)	0,881
Masculino	46 (36,5)	61 (35,7)	
<b>Profissões dos docentes</b>			
Médicos	97 (77,0)	100 (58,5)	0,001
Outras Profissões da Saúde*	29 (23,0)	71 (41,5)	
<b>Pós-Graduação</b>			
Não tem	7 (5,6)	19 (11,1)	0,218
Mestrado	32 (25,4)	45 (26,3)	
Doutorado	87 (41,6)	107 (62,6)	
<b>Instituições de Ensino</b>			
Públicas	98 (77,8)	154 (90,1)	0,04
Privadas	28 (22,2)	17 (9,9)	
<b>Região geográfica</b>			
Centro-Oeste	9 (7,1)	17 (9,9)	0,532
Nordeste	40 (31,7)	52 (30,4)	
Norte	3 (2,4)	10 (5,8)	
Sudeste	56 (44,4)	72 (42,1)	
Sul	18 (14,3)	20 (11,7)	

\* Biologia, biomedicina, ciências sociais, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, sociologia, terapia ocupacional, veterinária

A distribuição dos temas dos projetos pode ser observada na tabela 2 e figura 1.

**Tabela 2: Distribuição dos temas dos projetos Faimer Brasil de 2007-2016**

Categoria dos projetos	N(%)	2007-2011	2012-2016
		(n=126) N(%)	(n=171) N(%)
Avaliação do Estudante	41 (13,8)	15 (11,9)	26 (15,2)
Avaliação do Programa Educacional	21 (7,1)	8 (6,3)	13 (7,6)
Currículo	33 (11,1)	17 (13,5)	16 (9,4)
Desenvolvimento de Competências	47 (15,8)	20 (15,9)	27 (15,8)
Desenvolvimento Docente	36 (12,1)	16 (12,7)	20 (11,7)
Educação Baseada na Comunidade	34 (11,4)	19 (15,1)	15 (8,8)
Interprofissionalidade	19 (6,4)	3 (2,4)	16 (9,4)
Métodos de Ensino	33 (11,1)	12 (9,5)	21 (12,3)
Desenvolvimento Organizacional	3 (1,0)	2 (1,6)	1 (0,6)
Pesquisa em Educação	5 (1,7)	2 (1,6)	3 (1,8)
Questões envolvendo Estudante	10 (3,4)	4 (3,2)	6 (3,5)
Tecnologia de Informação e Comunicação	15 (5,1)	8 (6,3)	7 (4,1)
Total	297 (100)	126(100)	171 (100)



**Figura 1:** Distribuição dos projetos do Programa FAIMER Brasil, por categorias, segundo ano de matrícula, no período de 2007 a 2016

A distribuição dos temas dos projetos, agrupados pelo foco da intervenção (grupos projetos 1 a 4), apresentam

uma tendência mantida, considerando os grupos ano matrícula 1 e 2 ( $p=0,877$ ), o gênero dos participantes ( $p=0,979$ ) e o tipo de instituição ( $p=0,344$ ). No entanto, quando se analisa a tendência dos projetos em relação à profissão, pode-se observar predomínio dos projetos de ações ligados diretamente aos estudantes entre os docentes-médicos e projetos mais ligados a ensino na comunidade entre docentes não-médicos ( $p=0,001$ ) (Tabela 3). De forma semelhante há predomínio dos projetos ligados ao programa nos projetos dos estados do Sul-Sudeste (S-SE) e de ensino na comunidade nos projetos dos estados do Norte-Nordeste-Centro-Oeste (N-NE-CO) ( $p=0,034$ ) (Tabela 4).

**Tabela 3: Distribuição dos projetos segundo a profissão dos participantes, no período de 2007 a 2016**

Grupos de Categoria dos projetos voltados a/ao:	N(%)	Médicos	Não-médicos
		(n=200) N (%)	(n=101) N (%)
Estudantes (AE, QE, DC)	99 (33,3)	77 (39,1)	22 (22,0)
Currículo (CUR, ME, TIC)	80 (26,9)	56 (28,4)	24 (24,0)
Programa (AP, DD, DO, PE)	65 (21,9)	39 (19,8)	26 (26,0)
Ensino na Comunidade (EBC, IP)	53 (17,8)	25 (12,7)	28 (28,0)
Total	297 (100)	197(100)	100 (100)

**Tabela 4: Distribuição dos projetos segundo a região das instituições de ensino, no período de 2007 a 2016**

Grupos de Categoria dos projetos ligados a/ao:	N(%)	S-SE	N-NE-CO
		(n=166) N(%)	(n=131) N (%)
Estudantes (AE, QE, DC)	99 (33,3)	54 (32,5)	45 (34,4)
Currículo (CUR, ME, TIC)	80 (26,9)	42 (25,3)	38 (29,0)
Programa (AP, DD, DO, PE)	65 (21,9)	46 (27,7)	19 (14,5)
Ensino na Comunidade (EBC, IP)	53 (17,8)	24 (14,5)	29 (22,1)
Total	297 (100)	166(100)	131 (100)

## DISCUSSÃO

Formar profissionais qualificados do ponto-de-vista técnico e humanístico e, ao mesmo tempo, adequados às

---

necessidades variadas do Sistema Único de Saúde (SUS) implica em mudanças de paradigmas. Exige um processo ensino-aprendizagem que valorize as práticas em cenários variados dos serviços de saúde, com métodos de ensino e avaliação apoiados numa concepção crítico-reflexiva<sup>2,11</sup>. Para o sucesso da proposta, a escola e o professor assumem um novo papel. A primeira deixa de ter um papel isolado e focado em aspectos técnicos aplicáveis nos serviços de especialidades e passa a ser necessário articular-se com a comunidade e os serviços de saúde, num sistema interdependente de atenção em rede, com responsabilidade pelo ensino, pesquisa e assistência concomitantes<sup>1,3,12,13</sup>. Num contexto em que as profissões de saúde, para seu exercício pleno, precisam privilegiar a formação por competência, o profissionalismo e a interprofissionalidade, exige-se do professor estar preparado para esta nova missão, que demanda desenvolvimento docente e busca do mérito acadêmico das atividades de ensino<sup>3,12</sup>.

O Faimer tem sua proposta pedagógica fundamentada nos projetos de intervenção educacional, propondo contínua avaliação do processo e dos resultados. Torna-se potente catalizador do reconhecimento de mérito das atividades de formação que se dá com as publicações e outras formas de compartilhamento dos resultados da intervenção com a comunidade acadêmica, por exemplo, em congressos de educação profissional ou mesmo de especialidades. Considera-se tão importante quanto realizar as inovações curriculares e mudar a realidade na instituição, sua multiplicação e expansão e possibilidade de servir de exemplo a outras instituições, o que se busca pela sua divulgação, dentro e fora da instituição, baseada na revisão por pares, o que está incluído no planejamento original da implantação do projeto de intervenção<sup>2,3,14</sup>.

Analisando a tendência dos temas dos projetos de intervenção nestes 10 anos de Programa Faimer Brasil, não observamos diferença significativa no decorrer dos anos. Estudo realizado em 2012 por Amaral *et al.* para os projetos Faimer Brasil de 2007 a 2010, mostraram resultados semelhantes, tendo como categorias principais avaliação do estudante, currículo, métodos de ensino e desenvolvimento docente<sup>2</sup>. A diversidade encontrada nos projetos desenvolvidos no âmbito do Programa Faimer alinha-se com a complexa conjuntura de fatores necessários para as mudanças de paradigmas na formação

das profissões da área da saúde, onde mais do que mudanças isoladas em disciplinas, faz-se necessário repensar amplamente a intencionalidade de formação e da concepção pedagógica<sup>13</sup>.

Influências na tendência dos projetos foram observadas para os diferentes grupos de profissões. Os participantes da área médica priorizam seus projetos voltados para ações focadas nos estudantes, incluindo propostas para o desenvolvimento de competência e sua avaliação, bem como ações voltadas para motivação, *mentoring*, qualidade de vida e saúde mental, com predomínio desta categoria sobre os projetos dos participantes de outras profissões. Em contraste, os participantes de outras áreas da saúde tiveram projetos em ensino na comunidade em maior proporção que o grupo de participantes médicos. As diferenças nos perfis dos projetos em relações as profissões podem estar associadas aos direcionamentos da formação durante a graduação, encontrando-se às profissões em momentos distintos. De fato, a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os demais cursos da saúde sucederam a publicação pioneira das DCN da Medicina<sup>15,16,17,18</sup>. Além disso, enquanto alguns cursos tem o seu perfil tradicional de formação mais voltado para a abordagem curativa, outros já avançam na proposta da abordagem integral, com vistas à promoção e prevenção. No entanto, as políticas públicas de incentivo de adequações às diretrizes curriculares tem induzido a busca das adequações<sup>6,19,20,21,22</sup>.

A experiência de formação docente interprofissional promovida pelo Programa Faimer Brasil permite intensa troca de experiência, imprescindível para o desenvolvimento de projetos de caráter inovador, potencializando a busca do modelo educacional mais adequado aos propósitos de formação e isso atrai os candidatos e incentiva os gestores das instituições formadoras, que apoiam sua participação<sup>12</sup>. Forma-se uma potente comunidade de prática, com trocas das experiências, das fortalezas e fragilidades, mas, sobretudo, das lições aprendidas. Este perfil de formação interprofissional, alinhado com o sistema de saúde, que enfoque a qualidade técnica e humanística de forma integrada, tornou-se uma recomendação internacional, embora os movimentos no Brasil tenham sido muito mais precoces<sup>1</sup>.

Em relação à origem dos participantes, pode se observar uma ampliação dos estados contemplados no Programa FAIMER Brasil (25 estados na atualidade),

quando comparamos com estudo de Amaral *et al* no qual, até o ano de 2010, 17 estados brasileiros tinham projetos desenvolvidos no mesmo programa<sup>2</sup>. Nossos resultados mostram que pouco mais de 50% dos participantes são originários de instituições de ensino das regiões Sudeste e Sul, o que é esperado, visto que estas regiões concentram maior número de instituições de ensino e docentes para a formação nas profissões da saúde. Os estados que predominam são aqueles que têm maior número de instituições superiores da área da saúde, visto que quase dois terços das escolas médicas e de enfermagem, por exemplo, estão nas regiões Sudeste e Sul<sup>13</sup>. Pudemos observar diferença na tendência das categorias dos projetos conforme as regiões de localização das instituições de ensino, com projetos voltados para avaliação de programa oriundos, principalmente, das regiões Sudeste e Sul, enquanto que os voltados para o ensino na comunidade oriundos das regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Esta diferença talvez reflita uma inserção mais precoce na comunidade anterior a 2001 ou induzida pelas DCN e as políticas de incentivo às mudanças curriculares apoiadas pelo governo brasileiro, sobretudo, o Pro e PET Saúde, que envolvem todos os cursos da saúde<sup>20, 21, 22, 23</sup>.

## CONCLUSÃO

Observou-se um forte alinhamento dos projetos dos participantes propostos para participação no Programa Faimer Brasil com os debates de qualidade de formação, incluindo avaliação do programa educacional, aspectos voltados ao profissionalismo e formação humanística do estudante, incluindo a interprofissionalidade e o uso de cenários variados, do hospital à comunidade. Além disso, é clara a resposta destes projetos à demanda das políticas indutoras de incentivo às adequações curriculares, facilitadora das transformações esperadas na formação dos profissionais da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. 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. *The Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.
2. Amaral E, Campos H, Friedman S, Morahan P, Araujo M, Carvalho P, *et al*. An educational international partnership responding to local needs:

process evaluation of the Brazil FAIMER Regional Institute. *Education for Health*. 2012; 25(2):116.

3. Nora LM. The 21st Century Faculty Member in the Educational Process—What Should Be On the Horizon? *Academic Medicine*. 2010; 85(9):S45-S55.
4. Secco LG, Pereira MLT. A profissionalização docente e os desafios político-estruturais dos formadores em odontologia. *Indução para Aperfeiçoamentos*. 2001; 1(1):22-8.
5. Burdick W, Diserens D, Friedman S, Morahan P, Kalishman S, Eklund M, *et al*. Measuring the effects of an international health professions faculty development fellowship: The FAIMER Institute. *Medical teacher*. 2010; 32(5):414-21.
6. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos. *Interface-Comunic, Saude, Educ*. 2008; 12(24):125-40.
7. Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*. 2001; 4(1):17-21.
8. Wenger E, McDermott RA, Snyder W. *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*: Harvard Business Press; 2002.
9. Rosenkopf L, Correclouira RA. *What you can gain when you lose good people*. Harvard Business School Publishing Corporation 300 North Beacon Street, Watertown, MA 02472 USA; 2008.
10. Grant M, editor *Understanding projects in projectbased learning: A student's perspective*. Annual Meeting of the American Educational Research Association, San Diego, CA; 2009.
11. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
12. Panel IECE. *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel Interprofessional Education Collaborative, Washington, DC*. 2011.
13. Filho AA, Vieira ALS, Garcia ACP. Oferta das graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006; 30(3):161-70.
14. Simpson D, Fincher RME, Hafner JP, Irby DM, Richards BF, Rosenfeld GC, *et al*. *Advancing educators and education by defining the components and evidence associated with educational scholarship*. *Medical education*. 2007; 41(10):1002-9.
15. Brasil. Ministério da Educação. Resolução 07 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasil. 2001.
16. Brasil. Ministério da Educação. Resolução 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. 2002.
17. Brasil. Ministério da Educação. Resolução 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Farmácia. 2002.
18. Brasil. Ministério da Educação. Resolução 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Brasil. 2002.
19. Rodrigues RM. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. *Perspectivas OnLine 2007-2010*. 2014; 2(8).
20. Ceccim RB, Feuerwerker LC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.

- 
21. Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier IdM, Fernandes JD, *et al.* Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. 2007.
  22. Feuerwerker L, Almeida M. Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos: é tempo de ação. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(4):351-52.
  23. Bollela V, Germani A, Campos H, Amaral E. Educação Baseada na Comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto-Brasil: FENPEC-Editora. 2014.

---

## PARTE 2: PROJECTS THAT WORK

# INTRODUÇÃO: PROJECTS THAT WORK: uma amostra da potência dos projetos na formação de agentes de mudanças educacionais nas profissões da saúde

*Autores: Eliana Amaral, Henry de Holanda Campos/ Maria Goretti Frota Ribeiro/ Maria Neile Torres Araújo/ Paulo Marcondes Carvalho Júnior/ Valdes Roberto Bollela*

No ano de 2015, o Instituto Faimer, na Filadélfia, lançou a ideia de uma chamada para projetos apresentados pelos participantes do programa que tivessem no mínimo três anos de desenvolvimento, buscando identificar aqueles que poderiam ter causado maior impacto na formação e na saúde das populações onde estão inseridos.

Inspirado por esta ideia, o Instituto Regional Faimer Brasil fez uma chamada para todos os participantes que tivessem completado o programa (2007-2014), para que apresentassem um resumo de seu projeto e sua evolução na instituição e/ou fora dela, buscando mostrar os resultados e impacto. São narrativas que procuram “contar uma história de sucesso”, com a intenção de inspirar os que estão começando ou pretendem começar este programa ou outro em educação profissional que utilize o recurso da aprendizagem baseada em projetos de mudança educacional e, como consequência, na saúde.

Recebemos 44 resumos elegíveis relatando suas ótimas histórias, que foram incluídos neste Cadernos da ABEM comemorativo de 10 anos do Programa de Desenvolvimento Docente Faimer Brasil. Vêm de todas as partes do Brasil, escolas públicas e privadas e falam de:

- alinhamento da formação dos profissionais de saúde com a atenção no sistema de saúde, uma demanda hoje reconhecida mundialmente;
- educação interprofissional, como uma tendência de formação que pode responder melhor às complexas necessidades em saúde;
- avaliação dos programas educacionais e a necessidade de múltiplos olhares;
- desenvolvimento docente e sua importância para alcançar o controle de qualidade da formação e implantar as necessárias mudanças;
- estratégias educacionais como *Problem-Based Learning* (PBL), mas também sobre *Team-Based Learning* (TBL), mapas conceituais e aspectos de educação a distância e tecnologia de informação e comunicação;
- habilidades de comunicação, profissionalismo e identidade profissional e seu papel essencial da comunicação com usuários/pacientes, mas também com a equipe;
- avaliação do estudante, no seu papel formativo, mas também somativo, buscando subsidiar o desenvolvimento do avaliado, mas também da instituição que lhe provê a formação;

---

Uma amostra desses projetos (10) irá compor uma sessão presencial especial, comemorativa, durante o momento presencial do programa que reúne as duas turmas, do ano vigente e do ano anterior, os “veteranos”, dia 25 de fevereiro de 2016. Mas estes 10 e os outros 34 resumos, num total de 44 experiências dos 300 participantes que atingimos nestes 10 anos de programa, poderão ser conhecidos por esta publicação nos Cadernos. Esperamos que a leitura desses relatos ajude a comunidade da educação superior nas profissões da saúde do Brasil, inspirando avanços apoiados em paixão (sim!), leituras, discussões, aprendizagem, organização, dedicação e trabalho colaborativo com apoio das suas instituições, o que caracteriza estes 300 participantes que se dispuseram a viver esta aventura transformadora. Os avanços são possíveis se acreditamos e trabalhamos seriamente em sua direção. Agradecemos à Abem por esta oportunidade!

---

## PROJECTS THAT WORK: Resumos

# TEMA: EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E O SISTEMA DE SAÚDE

## ***Blended-learning* no internato em Atenção Primária à Saúde no Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora: uso da problematização, mapa conceitual e educação a distância**

Oscarina Ezequiel

Instituição onde o projeto foi implementado: Universidade Federal de Juiz de Fora(UFJF)

### **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define responsabilidade social das escolas médicas como a obrigação de direcionar suas atividades de educação, pesquisa e assistência prioritariamente às necessidades de saúde da comunidade, região e nação a que servem. Na UFJF, entendemos que a formação médica deva considerar a utilização racional da tecnologia e a formação com vistas a uma abordagem integral, comprometida, acima de tudo, com as necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade. O Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), fundado em 1960, tem seu projeto pedagógico de curso (PPC) fundamentado nos princípios da andragogia, no pensamento reflexivo e aprendizagem

significativa, na busca da compreensão do processo saúde-doença, voltado para uma educação baseada na comunidade (EBC). Construído ao longo dos anos, tem sido direcionado pelos processos de autoavaliação proposto pela Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM, hoje CAES – Comissão de Avaliação dos Escolas da Saúde), procurando contemplar as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina. Neste processo contínuo de construção, observou-se a necessidade de avanços no desenvolvimento docente, na sistematização de estratégias pedagógicas no período do internato, e, sobretudo, do fortalecimento da articulação ensino-serviço para propiciar cenários de ensino-aprendizagem onde os estudantes pudessem vivenciar a

---

realidade das comunidades. Alavancando a relação com o serviço, foram fundamentais as políticas governamentais indutoras de mudança, especialmente aquelas provenientes da parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES/MS) através do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e PET-Saúde. O Promed permitiu acelerar os processos de mudança para a formação de um profissional mais adequado às necessidades do serviço e da comunidade. O Pró-Saúde Medicina da UFJF contemplou, em sua concepção primária pactuada com o serviço, as dimensões que incluem educação em saúde na graduação e para os profissionais de saúde, assim como a otimização do processo de trabalho na rede, mediante apoio à educação permanente. Atualmente, o Pró-Saúde/PET fortalece tais referenciais, viabilizando o aperfeiçoamento dos profissionais da rede, bem como os estágios e vivências interprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). O internato de medicina da UFJF é realizado em 24 meses, correspondendo a 3.680 horas. Destas, 640 horas (17,4%) são realizadas na APS nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), sendo a metade no município de Juiz de Fora e o restante nos municípios da macrorregião. Há duas décadas, o internato em APS vem sendo realizado, no âmbito da Medicina de Família e Comunidade (MFC), em que os alunos são inseridos nas equipes de Saúde da Família, por oito horas diárias, durante oito semanas. Esta experiência profissional permite aos estudantes vivenciar o trabalho em equipe e são fortemente estimulados a uma prática interprofissional, em que estão presentes médico de família, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social e agentes comunitários. No entanto, em 2010, apesar de todas estas iniciativas da história da FacMed/UFJF, estava clara a necessidade de se estabelecer estratégias pedagógicas que, de forma sistemática, propusessem uma reflexão na ação e sobre a ação para as experiências vivenciadas na comunidade, na direção da constituição de sujeitos para a transformação social. É neste contexto e baseado nesta estrutura conceitual (*framework*) que nasce a ideia do Projeto Faimer com a proposta do *blended learning* por meio da problematização, mapa conceitual e Educação a Distância (EaD) no internato em APS.

## DESCREVA O QUE FOI FEITO:

O projeto realizado no internato em MFC do Curso de Medicina da UFJF compreende um suporte pedagógico às vivências práticas experienciadas nas UBSs. Iniciou em março de 2010, sendo de caráter contínuo, sem interrupção até o presente momento. A proposta de *blended learning*, mesclando atividades na modalidade presencial e à distância, compreende a problematização e o uso do mapa conceitual nas atividades presenciais e o uso de fóruns e Wiki nas atividades a distância (EaD). Vinte e oito estudantes, em média, participam das atividades a cada oito semanas. Estes são divididos em duas turmas. Uma vez por semana, docentes realizam, com uma das turmas (14 alunos) um grupo tutorial, no qual os estudantes relatam resumidamente casos clínicos ou situações-problemas vivenciados em suas atividades práticas junto às equipes de saúde da família e, após ponderações, eles escolhem o caso de maior interesse. Esta escolha baseia-se na prevalência, dificuldade diagnóstica ou terapêutica ou quaisquer outras enfrentadas na abordagem da situação problema. Após a escolha do caso que norteará a discussão, o mesmo é relatado com mais detalhes. Posteriormente, estudantes tiram dúvidas em relação ao caso clínico ou situação problema e iniciam o *brainstorming* tutorado pelo docente. Durante o *brainstorming*, mapa conceitual é construído no quadro, permitindo a todos a visualização dos conhecimentos prévios e lacunas de conhecimento do grupo. Ao final, estudantes constroem as questões de aprendizagem a partir da identificação das lacunas no mapa conceitual. Enquanto as atividades práticas são mantidas nas UBSs, durante a primeira semana, as questões de aprendizagem que foram levantadas são discutidas em fóruns, atividade assíncrona, na plataforma *Modular Object Oriented Distance Learning (Moodle®)*, à luz da Medicina Baseada em Evidências. As postagens se baseiam em critérios previamente estabelecidos com os estudantes: cinco a dez linhas, postagem qualificada baseada em evidência científica, interação com as demais postagens e discussão do encontrado na literatura no contexto do caso e da APS. Para cada questão de aprendizagem há obrigatoriedade de participação do estudante. Na segunda semana, os alunos constroem um texto coletivo no Wiki a partir de uma nova leitura do que foi postado nos fóruns pelos outros colegas. Este texto com as refe-

---

rências tem como objetivo ampliar o aprendizado colaborativo, constituindo um produto para leituras posteriores pelos alunos e material para educação permanente a ser compartilhado com as equipes de saúde da família, de onde se originaram os casos clínicos ou situações problemas, ponto de partida de todo o trabalho. Após duas semanas, realiza-se nova reunião presencial com discussão das postagens dos fóruns e do texto do Wiki, momento da síntese definitiva, consolidando os conhecimentos adquiridos. Os mapas conceituais são utilizados, neste contexto, como ferramentas gráficas capazes de organizar e representar conhecimentos. Neles são incluídos conceitos que se interligam e a relação entre eles é especificada por palavras ou frases de ligação. Ligações cruzadas unem domínios diferentes. Tais conceitos são apresentados de maneira hierárquica. A avaliação das atividades é pactuada com os estudantes, sendo as presenciais baseadas nos critérios de participação qualificada durante as discussões nos grupos tutoriais, estabelecimento de hipóteses, reconhecimento de lacunas, trabalho em grupo com escuta qualificada e capacidade de aceitação da diversidade de informações. Nas atividades a distância, são levadas em considerações: qualidade científica da postagem e das referências bibliográficas, interação com as postagens dos outros estudantes, articulação da literatura com o caso ou situação discutida e com a APS. O uso do mapa conceitual, durante o *brainstorming*, na problematização, favorece, na percepção dos docentes e estudantes, a metacognição, tendo em vista formar uma rede de conceitos que possibilitam identificar conhecimentos prévios e lacunas de conhecimentos. A EaD mantém os estudantes, que, no internato em APS, estão isolados em cenários fora dos muros da instituição de ensino, unidos na construção coletiva do conhecimento. A participação em atividades assíncronas favorece a autonomia a partir da busca individual às respostas às questões de aprendizagem. Além disso, o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação é fortalecido, sendo este, na atualidade, indispensável para o aprender a aprender. Desafio em relação à participação dos estudantes nas atividades à distância foi superado pela obrigatoriedade, mas, sobretudo, pelos *feedbacks* constantes e manutenção de horário protegido para esta atividade. Apesar da não obrigatoriedade de o estudante realizar a postagem em horário específico, mantendo assim a característica assíncrona dos fóruns e Wiki, ele tem

quatro horas por semana protegidas para esta finalidade. A apresentação aos estudantes dos motivos da escolha das estratégias pedagógicas, bem como dos princípios da andragogia, parece ser fator importante na motivação a sua participação. Uma dificuldade tem sido o envolvimento das equipes de saúde da família nas atividades da EaD, enquanto isso, como forma de educação permanente para as mesmas, temos proposto à discussão pelos estudantes com as equipes dos textos colaborativos produzidos no wiki.

### IMPACTO:

A utilização do *blended learning* no internato em APS tem permitido uma discussão sistemática de suas experiências. O momento presencial e a EaD possibilitam um contínuo reencontro dos estudantes e professor com a discussão de informações da literatura para dar resposta às questões de aprendizagem, oriundas das lacunas de conhecimento identificadas no mapa conceitual. Em 2010, realizou-se um estudo coorte, avaliando a participação dos estudantes nas estratégias pedagógicas propostas no projeto. Cento e quatro estudantes, no período de março a outubro de 2010, responderam a um questionário. Foram analisadas a presença do estudante nos grupos tutoriais e sua participação na plataforma Moodle, bem como sua percepção, antes do *blended learning* e após, quanto ao aprendizado obtido, a tomada de decisão, a busca de informações e o uso da EaD na educação permanente. Entre os estudantes regularmente matriculados naquele período, 94,2% (n=98) participaram do estudo, com a presença de 99,6% nos pequenos grupos e de 96,8% nas atividades dos fóruns. De acordo com a percepção do estudante, EaD e mapa conceitual contribuíram com o aprendizado ativo ( $r=0,533$ ) e educação permanente ( $r=0,569$ ). Houve diferença significativa entre as médias antes e depois quando se avaliou a percepção do estudante quanto ao ganho de conhecimento em tomada de decisão (teste t,  $p<0,0001$ ) e na busca de informação (teste t,  $p<0,0001$ ). Os resultados evidenciaram a potencialidade do uso da EaD e da problematização com mapa conceitual no internato, com excelente aceitação pelos estudantes. Com a continuidade do projeto, houve uma difusão destas estratégias pedagógicas para outros momentos do curso de medicina da UFJF. Em uma destas atividades, o mapa

---

conceitual passou a ser utilizado como ferramenta de avaliação. Fez-se necessária uma análise da confiabilidade do mesmo para avaliação do ganho de conhecimento. Dois avaliadores de forma cega analisaram 40 mapas conceituais, sendo 20 pré (momento do *brainstorming*) e 20 pós (síntese definitiva), usando o método estrutural. Para a análise da confiabilidade entre os avaliadores, utilizou-se a correlação de Spearman. O teste de Wilcoxon foi utilizado para avaliar diferenças entre os mapas conceituais pré e pós. A confiabilidade entre avaliadores foi alta para escore global ( $r=0,925$ ), unidade de proposição ( $r=0,987$ ) e hierarquia ( $r=0,775$ ), mas baixa para ligações cruzadas. Houve diferença estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ) entre os mapas conceituais pré e pós para escore global e as categorias específicas. Diferenças no conhecimento antes do *blended learning* e após foram observadas pelo mapa conceitual, com confiabilidade entre avaliadores.

## QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?

Este projeto tem potencializado as atividades no internato em APS no curso de medicina da UFJF que tem como referencial teórico a EBC, constituindo o *blended learning* um resgate das vivências dos estudantes à luz da Medicina Baseada em Evidências, com utilização nos pequenos grupos da estratégia da problematização associada ao mapa conceitual e à EaD, potencializando a ligação entre teoria e prática. Nestes seis anos do projeto, tivemos a participação de 892 estudantes distribuídos em 12 turmas, durante o período de março de 2010 a dezembro de 2015. No início, havia dois professores envolvidos e, na atualidade, cinco professores estão preparados para realizar todas as etapas do projeto. Para manutenção do proposto no mesmo, os professores têm um *che-*

*cklist* com as orientações para a execução das atividades presenciais e à distância. Esta experiência no internato em APS na UFJF foi incorporada ao PPC desde 2010. Desta forma, o mesmo foi institucionalizado, o que favorece sua sustentabilidade. Avaliações constantes do mesmo têm sido realizadas e, somente pequenas modificações foram implementadas desde seu início, como, por exemplo, o uso do Wiki no último ano.

## POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?

Neste momento em que a EBC tem sua relevância como referencial para desenhos curriculares das profissões da saúde, a factibilidade da proposta deste projeto gera atenção e interesse da comunidade acadêmica. Alguns aspectos do projeto podem ser considerados importantes para sua continuidade sem interrupção nestes seis anos. A relevância do projeto, que se mostrou capaz de auxiliar na superação do desafio que envolve o ensino clínico na formação médica, mantendo a motivação do estudante, com a possibilidade de o estudante retornar à sua realidade e aplicar imediatamente o que foi aprendido. A institucionalização do mesmo com sua inserção no PPC, que ocorreu a partir de observações científicas com resultados de trabalhos acadêmicos discutidos pelos pares, gerando produtos como apresentações em congressos, capítulo de livro e artigo submetido à publicação. O envolvimento contínuo dos docentes com participação como observadores do processo de trabalho do *blended learning* e, posteriormente, assumindo a liderança das atividades acadêmicas. Finalmente, o mérito acadêmico dele advindo, uma vez que as avaliações constantes do projeto e seus produtos contam com todos os docentes como coautores dos mesmos.

---

# Formação inovadora em saúde mental no currículo médico: uma parceria ensino-serviço entre a UNIFENAS /BH e a Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte

Alexandre Pereira

Instituição onde o projeto foi implantado: Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira (RAPB) tem trazido contribuições importantes no sentido da reformulação da atenção em saúde no país. Ambas defendem os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem uma mudança no modelo de assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária/familiar, em detrimento do modelo tradicional, centralizador e voltado para o Hospital. Tais políticas trouxeram avanços no processo de municipalização da saúde, e tem contribuído para a transformação do modelo assistencial vigente, gerando uma maior demanda assistencial em unidades de saúde geral. O equacionamento de recursos humanos na área da saúde mental é imprescindível para a consolidação da RAPB. A maioria dos profissionais ligados à área de saúde mental encontra-se nos grandes centros urbanos, os programas de capacitação formal são insuficientes e concentrados geograficamente, e não há mecanismos de supervisão continuada ou de fixação dos psiquiatras no interior. Em razão disso, os usuários ainda são encaminhados para internações em centros maiores, onde se concentram os hospitais psiquiátricos. Daí a necessidade de melhorarmos a capacidade resolutiva do médico generalista, garantindo a melhor resolução dos casos mais comuns e identificação

precoce dos casos mais severos. A realização de uma investigação multicêntrica patrocinada pela OMS no início dos anos 90, denominada *Psychological Problems in General Health Care* (PPGHC/OMS), desenvolvida em 15 países, inclusive no Brasil, confirmou a prevalência média de 24% de transtornos mentais entre os pacientes de unidades gerais de saúde. Há também quadros de caráter agudo, com menor gravidade dos sintomas, e que remitem espontaneamente, os denominados Transtornos Mentais Comuns (TMC). Sua presença está associada aos indicadores sócio-demográficos e econômicos desfavoráveis, tais como pobreza, baixa escolaridade, pertencer ao sexo feminino, bem como a ocorrência de eventos de vida, desencadeantes. No Brasil, um pesquisa multicêntrica, realizada no contexto da Atenção Primária, identificou prevalências de TMC em 4 capitais brasileiras: Rio de Janeiro de 51,9%, São Paulo de 53,3%, Porto Alegre de 57,7% e em Fortaleza de 64,3%. Dados da literatura apontam que os médicos que atuam na Atenção Primária de saúde não estão preparados para atender, com qualidade e de forma resolutiva, os casos de transtorno mental no âmbito da comunidade, o que aponta para a necessidade da criação de estratégias educacionais em saúde mental para esses profissionais. Além disso, a literatura nacional e internacional tem demonstrado que parcelas significativas da população, incluindo

---

aí, profissionais de saúde, possuem uma visão muito estigmatizada dos portadores de transtornos mentais, o que pode contribuir para a exclusão social, baixa qualidade assistencial e dificuldade de acesso ao tratamento em saúde. Especialmente nos últimos 10 anos, observa-se grande expansão do número de escolas médicas no Brasil, daí a exigência de um maior cuidado quanto à qualidade na formação dos futuros profissionais voltados para a atenção aos portadores de transtornos mentais. A carga horária curricular dos cursos médicos, relacionada à saúde mental/psiquiatria, até o momento, tem se mostrado insatisfatória, de cunho predominantemente teórico, sem oferta de estágios práticos com supervisão adequada; com o predomínio do modelo biomédico, centrada no atendimento hospitalar, desconsiderando os aspectos psicossociais e comunitários. O contexto descrito até aqui aponta para uma necessidade inequívoca de reformulação dos currículos médicos relacionados à assistência aos portadores de transtornos mentais no Brasil.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

O Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS /BH), instituição de ensino privada com sede em Alfenas - MG, iniciou sua primeira turma em Belo Horizonte em 2003. Seu Projeto Político Pedagógico preconiza a formação de um médico generalista com forte ênfase na Atenção Primária e em serviços de urgência geral. Seu perfil é claramente inspirado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e adota estratégias pedagógicas ativas de aprendizado (PBL), orientado para a comunidade e centrado na pessoa. A cada ano, 160 alunos dão entrada na instituição, sendo 80 em cada semestre. Dentro desse contexto, o egresso deverá desenvolver competências para abordar, de forma resolutiva, as principais necessidades de saúde da população brasileira. A formatura da primeira turma do curso, em dezembro de 2008, desencadeou um processo natural de reflexão sobre o conteúdo e estratégias de ensino até então praticadas. Na época, mostrou-se evidente a defasagem curricular de temas relacionados à Psicologia Médica, Psiquiatria e as Políticas de Saúde Mental, que foi evidenciada por um relatório produzido através da revisão dos blocos temáticos do curso e em reuniões com o corpo docente. Até 2009, a única atividade em saúde

mental presente no currículo era o Bloco de Neuropsiquiatria, desenvolvido no sétimo período, com duração de cinco semanas, com carga horária prática total de 20 horas. Os alunos participavam do atendimento ambulatorial no Centro de Especialidades Médicas da própria Universidade caracterizando uma atividade assistencial descontextualizada do cenário de atenção comunitária, com nenhuma interação dos alunos com outros profissionais ou com a rede assistencial de saúde mental do município. Além disso, os pacientes que frequentavam o ambulatório eram de baixa complexidade, com pouca variação diagnóstica, proporcionando poucos desafios assistenciais para os alunos, o que dificultava a aquisição de competências assistenciais em saúde mental, especialmente atitudes menos estigmatizadas dirigidas aos portadores de transtornos mentais e suas famílias. Temas de grande relevância para a prática do médico generalista também não estavam sendo abordados, como: transtornos de somatização, insônia, dependências químicas, uso de benzodiazepínicos, urgências psiquiátricas e modelos assistenciais em saúde mental. Esse diagnóstico resultou, a partir do segundo semestre de 2010, na implantação de estratégias pedagógicas em parceria com a Rede de Atenção à Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte. Trata-se de uma ampla Rede Assistencial Comunitária de grande complexidade, que articula ações assistências e de reabilitação psicossocial da atenção básica à urgência psiquiátrica, possibilitando que os alunos desenvolvessem competências diversificadas no âmbito da formação em saúde. Todas as decisões relacionadas à implantação das novas estratégias educacionais passaram a ser tomadas coletivamente, de forma a conciliar nossa política de formação médica com as necessidades e diretrizes dos serviços de saúde, voltados para o fortalecimento da Reforma Assistencial Psiquiátrica Brasileira (RAPB). Assim, os projetos educacionais foram concebidos a partir de uma ampla discussão envolvendo a coordenação do curso, professores psiquiatras e do campo da saúde pública, a coordenação de saúde mental de Belo Horizonte e os gerentes onde as atividades práticas do curso seriam implantadas. A proposta defendia a ideia de que serviços de saúde com vínculo comunitário seriam de grande importância na formação do generalista, pelo potencial de promover um aprendizado significativo mais adequado às necessidades de cuidado em saúde da população, além de contribuírem para com o fortale-

---

cimento da rede assistencial local de saúde. Um resumo das três estratégias de ensino que compõem nossa grade curricular, são descritas abaixo: 1) Disciplina: Práticas Médicas na Comunidade (PMC), Momento do curso: Primeiro Ano (segundo período), Carga horária: teórica 16h e prática 32h – total 48h em 16 semanas, Perfil do serviço de saúde - Centro de Convivência em Saúde Mental: oficinas de convivência e atividades sociais interativas, sem atividades assistenciais estruturadas, Perfil da clientela: predomínio de portadores de transtornos psiquiátricos severos e persistentes, com estado clínico estável e graus de autonomia e vínculo social relativamente preservados, Foco da atividade prática: convivência interativa com pacientes,icineiros e profissionais de saúde mental, visitas à dispositivos de saúde mental comunitários e discussões sobre a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil, Avaliação dos alunos: Portfólio, avaliação conceitual da participação dos alunos nas atividades práticas e nas oficinas de saúde mental; 2) Disciplina: Bloco de Neuropsiquiatria (BN), Momento do curso: Quarto Ano (sétimo período), Carga horária: teórica 50h e prática 20h – total 70 horas em 5 semanas, Perfil do serviço de saúde - Unidades Básicas de Saúde com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF): consultas de saúde em regime ambulatorial, Perfil da clientela: bastante diversificada, com predomínio de TMC e psicóticos estabilizados, Foco da atividade prática: diagnóstico e tratamento médico dos transtornos neuropsiquiátricos, interação com profissionais da atenção básica em saúde (médicos, enfermeiras, psicóloga e agentes comunitários de saúde) a partir do matriciamento em saúde mental, Avaliação dos alunos: Prova cognitiva teórica e de aquisição de habilidades médicas, avaliação conceitual e presença nos grupos tutoriais e da prática ambulatorial; 3) Disciplina: Internato de Urgências Clínicas e em Saúde Mental (IUCSM), Momento do curso: Sexto Ano (décimo primeiro e décimo segundo períodos), Carga horária: teórica 20h e prática 100h – total 120h em 5 semanas, Perfil do serviço de saúde - CAPS III: pronto atendimento de urgência em saúde mental, de perfil comunitário, com possibilidade de permanência diurna e noturna do paciente de acordo com a necessidade do caso, Perfil da clientela: predomínio de transtornos psiquiátricos severos e persistentes instáveis, com perda de autonomia e dificuldade de inserção social e no tratamento, além de situações variadas de urgência psiquiátri-

ca. Foco da atividade prática: atendimento clínico a urgências psiquiátricas e casos graves, convivência interativa com pacientes e equipe multidisciplinar de saúde mental (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiras), Avaliação dos alunos: Portfólio, prova cognitiva teórica e avaliação do desempenho da atividade prática de urgência a partir de Escala Global Itemizada.

## IMPACTO:

O projeto representou a primeira inserção de um curso de medicina na Rede Assistencial de Saúde Mental de Belo Horizonte, município que abriga um curso de medicina secular público e mais oito cursos de natureza privada. A metodologia das avaliações foi resumida abaixo: Qualitativa: observações de campo e análise de conteúdo de 65 portfólios de alunos que haviam participado do IUCSM nos anos de 2013 e 2014. Uma fala bastante representativa foi retirada do portfólios de um dos alunos: “Durante esse tempo que passei no internato, eu percebi que não é difícil entendê-los, o que eu tinha mesmo era medo, e assim treinando, exercitando cada vez mais a forma de conversar com eles, abordá-los, e com a ajuda dos meus preceptores pude perder meu medo”, Quantitativa: desenho do tipo quasi-experimental, *pre-test- posttest design* incluindo análise fatorial e de conglomerados, além de regressões múltipla linear e logística. Foi aplicado o questionário de atribuição de estigma (AQ 27) em 431 alunos de diversos períodos do curso de medicina. Desses, 156 foram novamente avaliados após participarem das intervenções curriculares de saúde mental. Nenhum dos fatores sócio-demográficos e de história de vida influenciou na tendência ao estigma dos alunos, mas a possibilidade de escolha da psiquiatria como especialização médica sim ( $p=0,042$ ). No seu conjunto, os dados apontaram para uma diminuição estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ) da expressão do estigma pelos alunos, em virtude da passagem pelas estratégias educacionais: PMC ( $p=0,004$ ), IUCSM ( $p=0,064$ ), BN ( $p=0,754$ ). Conclusões gerais: A redução do estigma entre alunos de medicina exige uma organização curricular longitudinal, com a inclusão de estratégias educacionais que promovam o convívio direto dos alunos com os portadores de transtorno mental e em serviços de atenção à saúde que defendam um mo-

---

delo de inclusão social e assistencial à saúde. O início do curso médico parece ser um momento oportuno para oferta desse tipo de atividade. Além disso, a redução do estigma relacionada às doenças mentais no curso de medicina pode gerar maior interesse dos alunos pela psiquiatria, área tradicionalmente pouco procurada de especialização médica. A experiência mostrou ser possível a construção de uma proposta curricular de forma coletiva e sustentável, com ênfase no enfoque ensino-serviço, ampliando as oportunidades de aprendizagem de alunos, profissionais de saúde e professores não especialistas no campo da saúde mental.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

No momento, estamos em fase de consolidação dos espaços de estágio na rede assistencial, com possibilidade de ampliação do número e diversificação dos locais de estágio dos alunos, incluindo, por exemplo, outros dispositivos da rede de saúde mental do município: CAPS AD e Consultório de Rua. Além disso, é necessária a ampliação de temas ligados à psicologia médica, que devem ser inseridos longitudinalmente no currículo a partir de estratégias diversificadas: oficinas, seminários dialogados, disciplinas optativas, etc. Essa proposta curricular pode ser parcial ou integralmente replicada em outros cenários educacionais brasileiros, inclusive para outros cursos da área de saúde, desde que seus princípios centrais sejam mantidos.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Alguns aspectos foram fundamentais na implantação e consolidação do projeto educacional. Destacam-se: A forte disposição da coordenação do curso e da coordenação de saúde mental do município de inovarem na formação médica no campo da saúde mental, que tradicionalmente tem o hospital psiquiátrico como cenário de prática educacional; A estabilidade da política assistencial e de gestão da rede assistencial municipal, que há mais de 20 anos vem defendendo a consolidação da RAPB no município e a formação de profissionais de saúde no âmbito do SUS; A possibilidade de contratação de profissionais da rede municipal de saúde pela UNIFENAS /BH

que atuam, juntamente com os professores, como supervisores da prática dos alunos, gerando um Role Model adequado aos objetivos educacionais; Manutenção de um diálogo permanente com os serviços de saúde do município na construção e manutenção de um projeto de consenso, que atenda as necessidades da formação médica e também dos serviços de saúde, incluindo aí seus trabalhadores e usuários; Avaliação semestral do currículo implantado, o que inclui a adequação de novas estratégias de ensino bem como a inclusão ou modificação de locais de estágio, respeitando as necessidades dos serviços e da rede assistencial local de saúde.

---

# Importância do Estágio Supervisionado em Atenção Primária na Odontologia

*Franklin Forte/ Claudia Helena Soares de Moraes Freitas/ Talitha Ribeiro Rodrigues  
Fernandes Pessoa/ Thiago Pelucio Moreira/ Paulo Marcondes Junior*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Federal da Paraíba

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

O curso de odontologia da Universidade Federal da Paraíba propôs uma nova matriz pedagógica de formação em 2002. Com base no que propôs as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de odontologia no Brasil proposta também em 2002, “a formação deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação”. Existem, nessa matriz, os componentes curriculares Estágios supervisionados. O objetivo é inserir o estudante de forma gradativa no Sistema Público de Saúde no município de João Pessoa-PB. Os quatro primeiros estágios supervisionados estão sob a responsabilidade dos docentes de Saúde Coletiva. A proposta da condução do processo ensino-aprendizagem são as metodologias ativas, a partir do estudante ativo no contexto de seu aprendizado e das relações entre docentes e discentes serem mediadas pela construção ativo do conhecimento no mundo do trabalho da Atenção Primária à Saúde - Estratégia Saúde da Família. Os conteúdos curriculares são trabalhados na perspectiva de reflexão sobre a teoria e a prática. Adotou-se, como ponto de partida para as discussões situações problemas, ou relatos de práticas na Estratégia Saúde da Família. Na produção do conhecimento, busca-se uma relação crítica e reflexiva entre a teoria e a prática,

numa troca de saberes, hábitos, costumes, realidades. O conhecimento é individual, considerando a singularidade de cada ser em seu processo de aprendizagem, como também o estímulo ao trabalho em equipe e as práticas colaborativas em saúde. A problematização do cotidiano entre estudantes, estudantes e docentes e estudantes e trabalhadores do SUS/preceptores, estudantes e a comunidade media as relações. As estratégias de ensino são meios que o professor utiliza para oportunizar o conhecimento, a reflexão e a crítica. Várias são as opções para avaliação desse processo ensino e aprendizagem. Tem o portfólio, aqui compreendido como instrumento de reflexão e crítica sobre o vivenciado em campo. Nas áreas de abrangência da Estratégia da Saúde da Família, os estágios supervisionados da Saúde Coletiva são desenvolvidos com estudos de casos e autoavaliações. Nos dois primeiros anos do curso de odontologia da UFPB, o estudante tem vivências na Atenção Primária à Saúde nas áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família em João Pessoa-PB. A inserção da odontologia na Atenção Primária à Saúde é assumida com uma visão mais ampliada, para além da clínica odontológica, transcendendo as paredes do consultório para que ações e atividades de promoção de saúde e prevenção das doenças bucais sejam efetivados. O objetivo do projeto FAIMER de 2011 foi conhecer a percepção dos preceptores e estudantes sobre os estágios supervisionados no SUS, com

---

vistas a melhor qualificá-los, bem como uma proposição para uma nova matriz curricular.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

O estudo contou com a participação de outros docentes do curso de odontologia da UFPB da área de Saúde Coletiva e estudantes do programa de iniciação científica voluntário da UFPB e o orientador do grupo FAIMER Brasil. Contou com o apoio institucional da coordenação do curso, núcleo docente estruturante, chefia do departamento de clínica e odontologia social, direção de centro de ciências da saúde e gerência de educação na saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. Ao mesmo tempo do desenvolvimento do projeto FAIMER, outros projetos de pesquisa foram desenvolvidos por outros docentes, de forma a fortalecer a linha de pesquisa educação na saúde. Algumas pesquisas foram temas de iniciação científica e trabalhos de conclusão de curso, e algumas publicadas. O projeto FAIMER foi um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado com preceptores cirurgiões-dentistas do município de João Pessoa e estudantes do curso de odontologia da Universidade Federal da Paraíba no ano de 2012. A técnica de coleta de dados escolhida foi a de grupo focal, com um roteiro de orientação para discussão. A amostra dos participantes foi intencional, utilizando os seguintes critérios: preceptores que tenham participado ativamente das atividades de graduação nos estágios supervisionados com os estudantes há pelo menos três anos e estudantes que tenham concluído os quatro primeiros estágios do curso. O grupo focal foi conduzido por um facilitador. Os momentos do grupo focal foram gravados em áudio, que, posteriormente, foram transcritos, e na sequência realizada a leitura e a releitura exaustiva das transcrições. Para interpretação dos dados, utilizou-se a proposta da análise de conteúdo. As transcrições foram lidas e relidas, procurando ordenar o conteúdo, reestruturar as ideias e pontos-chaves do material. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB, seguindo as orientações da Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde/ MS. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **IMPACTO:**

Em 2015, após muitas discussões, um novo currículo foi proposto. As discussões foram conduzidas pelo Núcleo Docente Estruturante. No caso dos estágios supervisionados, o diagnóstico realizado pelo Projeto FAIMER em 2011 e de outras pesquisas desenvolvidas ajudaram a reflexão que culminaram na proposta de 2015. Na nova proposta, permanecem os estágios supervisionados como eixo importante na formação. Aperfeiçoou-se a proposta a partir da elaboração das ementas e conteúdos programáticos, numa perspectiva a inserir cada vez mais o estudante na rede de atenção à saúde de forma gradativa e contínua. Algumas mudanças já aconteceram no currículo atual, melhorando o ensino, a pesquisa e as relações para integração ensino serviço e comunidade. O processo de avaliação dessa proposta pedagógica foi pensado para que oportunizasse ao estudante uma auto-avaliação, reflexão, crítica sobre o que foi construído no semestre. Fez-se a opção pelo portfólio como instrumento de reflexão crítica sobre a prática, que evidencia potencialidades e fragilidades no processo de condução do ensino, nas vivências em campo e de certa forma para democratizar os caminhos a serem percorridos. Assim, optou-se pelos estudos de casos, nos quais, a partir de um problema, estimula-se a reflexão e a crítica sobre a teoria e a prática, bem como a criatividade para resolução dos problemas identificados. Dessa forma, as metodologias ativas alicerçadas nos processos críticos de aprendizagem, proporcionam a reflexão e a criatividade sobre os problemas e situações postas nas Unidades de Saúde da Família aproximando a formação em odontologia da realidade na qual estarão inseridos no futuro mercado de trabalho e ao mesmo tempo contribuindo para o fortalecimento e construção do SUS. O portfólio foi adotado desde o primeiro período Estágio supervisionado I, como uma estratégia de avaliação e acompanhamento do estudante nas vivências no território das unidades de Saúde da Família, assim a cada semestre o estudante acrescenta em seu portfólio o conjunto de reflexões feitas ao longo do semestre. Ao final do Estágio supervisionado IV, os estudantes relatam as vivências significativas e o aprendizado ao longo de dois anos no campo da Saúde Coletiva e a Odontologia.

---

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Desde 2005, a gestão municipal de João Pessoa-PB vem construindo a Rede Escola, pois considera a parceria com as instituições de ensino na efetivação da aprendizagem pelo trabalho para estudantes/futuros profissionais de saúde uma ação política estratégica que deve fazer parte de sua agenda de compromissos. Assim, a rede escola organiza os fluxos de estudantes na rede de atenção à saúde, como também articula, pactua e orienta a pesquisa nos serviços, procurando uma perspectiva dialógica com as IES. Adicionalmente, houve o envolvimento do grupo de professores, preceptores e estudantes nos projetos Pró-PET-Saúde onde a UFPB, em parceria com a Prefeitura de João Pessoa-PB, Cabedelo-PB e governo do estado da Paraíba, participaram de todos os editais dos Ministérios da Saúde e da Educação. Como muitos dos cenários são os mesmos, compreende-se que ambos processos de formação em saúde (Pró-PET-Saúde e estágios supervisionados) tem instrumentalizado os trabalhadores do SUS para o exercício da preceptoria. Esses movimentos proporcionaram uma relação de confiança, autonomia e criatividade com base numa gestão democrática, assim como a implicação dos sujeitos nesses processos, corresponsabilização dos atores, o envolvimento e a disposição para o novo e o não experimentado.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Observa-se: grupo docente trabalhando como equipe e de práticas colaborativas entre docentes, estudantes, preceptores/trabalhadores do SUS; descoberta de vocações dos sujeitos do grupo de docentes, estudantes, preceptores/trabalhadores do SUS; fortalecimento das relações dialógicas, participativas, emancipatórias entre docentes e gestão de serviços de saúde e trabalhadores do SUS. As mudanças aqui relatadas são reflexos de uma série de movimentos feitos, não só pelo docente, mas um conjunto de ações, decisões tomadas, estimuladas pela formação no FAIMER, como também de outros processos como Pró-PET-Saúde, gestão acadêmica e da saúde. A sustentabilidade do projeto está no grupo de docentes e estudantes, apoiados pela gestão da UFPB e

da Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB, sensibilizados com a necessidade de mudança e avanço para uma formação em odontologia contextualizada e comprometida com o SUS. Algumas pesquisas foram desenvolvidas envolvendo estudantes, preceptores e docentes com base na realidade, de forma a valorizar o potencial de produção de conhecimento dos serviços odontológicos e ao mesmo tempo procurando dialogar entre o mundo do trabalho e a formação. Participamos ativamente das edições anuais da oficina da Rede Escola e dos seminários de pesquisas no SUS organizado pelo município de João Pessoa em parceria com as IES.

---

# O curso de odontologia da UFPI em tempos de novas Diretrizes Curriculares Nacionais. o papel das vivências e experiências no SUS

*Otacílio Batista de Sousa Néto*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Federal do Piauí (UFPI)

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

A odontologia brasileira desde o seu 'mito' de fundação e ao longo do século XX foi e é identificada como o primado e a hegemonia da técnica, vinculada a uma cientificidade biomédica restrita. Nas últimas décadas, mostra-se voltada unidirecionalmente para o capital simbólico da publicação externa e desde a sua origem por uma abrangência ou preocupação social invisível, inexistente ou indiferente. Sempre foi preciso pagar (e caro) para ter acesso a algum nível de cuidado em saúde bucal. Os que historicamente nunca puderam que apelassem para a caridade, para a beneficência, que se acostumasse com as perdas precoces, as dores e as mutilações inevitáveis. Superar ou arejar este modelo foi e continua sendo o desafio deste projeto e também o é sobretudo para as Instituições de Ensino Superior (IES) consideradas como espaços formadores privilegiados dos profissionais de nível superior da área da saúde bucal. Tendo o respaldo legal, ainda que historicamente ocultado do Sistema Único de Saúde como ordenador constitucional deste processo, o desejo de mudanças na formação em odontologia atravessa o cerne das Diretrizes Curriculares (2002) e alcança simultaneamente o processo de implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente, de 2004) e de programas ou dispositivos governamentais como o Pró-PET-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Progra-

ma de Educação pelo Trabalho para a Saúde), em 2005 e o GraduaCEO (novo componente da Política Nacional de Saúde Bucal desenvolvido como parceria interministerial, implicando em uma série de ações e serviços de saúde bucal a serem desenvolvidas e prestadas pelos cursos de odontologia). O projeto sempre quis dialogar e dialogou com estas estratégias inovadoras de presença do SUS na graduação em saúde brasileira. Todos estes movimentos, bem como a constituição das redes de atenção à saúde, fomentam e estimulam a integração e o borramento dos limites e das fronteiras entre o ensino de graduação em odontologia, os serviços públicos de saúde, particularmente da Atenção Primária, a comunidade por eles assistida, e os dispositivos de controle social deste sistema de saúde, em um arranjo conceitualmente denominado quadrilátero da formação (Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social), que também foi uma das fontes de inspiração do projeto executado. Como problema, o projeto tem a compreensão analítica da presença e do papel das vivências e experiências no Sistema Único de Saúde, como um dos potenciais fatores desencadeadores da reorientação da formação superior em odontologia. Esta 'nova' possibilidade de formação, efetivada em tese com a adoção das diretrizes presentes no novo currículo do curso, trouxe e traz como um dos principais diferenciais, o reconhecimento e a identificação das necessidades (não apenas de saúde

---

bucal) da população brasileira, como pauta permanente, ao longo de todo o processo formativo. É preciso conhecer o Brasil e não apenas a boca dos brasileiros. É preciso conhecer o brasileiro e não apenas as sequelas nos seus dentes e na sua estomatologia dos seus modos de andar a vida. Diante deste novo contexto, o projeto questionava: Quais eram e onde estavam as oportunidades de inserção no SUS contempladas no novo currículo de odontologia da UFPI? Como as atividades desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde contribuíram para a formação dos estudantes de odontologia da UFPI, tendo como referencial as competências (gerais e específicas) apontadas nas novas diretrizes curriculares nacionais? Quais as reflexões reveladas e inclusive (in)satisfação dos atores discentes em relação às vivências no SUS?

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Neste projeto envolveram-se instituições do mundo do ensino e dos serviços públicos de saúde (SUS): a Universidade Federal do Piauí, onde sou professor e o Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), do qual faço parte, e que tem sido o espaço que tem servido como incubadora de projetos, de encontros, discussões e realizações de professores, alunos, trabalhadores e usuários de saúde, que lidam com a multidimensionalidade da relação entre a formação em saúde e o SUS. O NESP já desenvolvia junto ao Ministério da Saúde e a CAPES, e segue até hoje, o Pró-Ensino na Saúde, que propôs-se a estudar as formas de ensino nos diferentes cursos de saúde na UFPI. O projeto Ensino na Saúde foi a pedra de toque que em contato com iniciativa FAIMER, fez com que eu trilhasse este caminho. O Instituto FAIMER Brasil, que avalizou a iniciativa de estudo da formação odontológica brasileira, e através do seu corpo de facilitadores e da potente comunidade de práticas, colaborou com a implantação do projeto, e seus desdobramentos, entre outros a realização do doutorado. A UNICAMP, que também desenvolve um projeto Pró-Ensino na Saúde, acolheu como proposta de doutoramento, o estudo do ensino das ciências sociais na graduação em odontologia no Brasil, germinada anteriormente no FAIMER. O doutorado tem sido o lugar de adensamento crítico da reflexão sobre o ensino na saúde, em particular da odontologia e das ciências sociais e humanas neste contexto. No mundo do trabalho, as instituições envolvidas no/pelo

projeto FAIMER foram a Fundação Municipal de Saúde de Teresina (Gerência da Atenção Básica, Diretorias Regionais de Saúde, Equipes da Estratégia Saúde da Família e o Conselho Municipal de Saúde). Estas instituições permitiram aos alunos do curso de odontologia da UFPI, a oportunidade de um plural aprendizado em cenários reais de prática, não apenas sobre técnicas odontológicas *stricto sensu*, mas sobre questões importantes e inadiáveis sobre o ser profissional de saúde no Brasil. É sempre uma delicada negociação institucional e também, de algum modo pessoal, a ida dos alunos às unidades básicas de saúde, colocando-os à mercê de condições não controladas de temperatura e pressão, como o são os laboratórios e as clínicas intramuros, expondo-os às ruas, ao sol, às vicissitudes do território das periferias de uma capital brasileira. Expondo os professores gestores desta experiência, que nela personificam a universidade, aos compromissos estabelecidos com o setor público e até a questões de foro privado, como por exemplo, a reação e intervenção de alguns pais quando sabem que os seus filhos desenvolverão atividades de ensino-aprendizagem junto a áreas pobres e 'perigosas' de Teresina. A novidade intrínseca ao projeto foi acompanhar em grupos focais, o olhar e o falar discente, olhar muitas vezes negligenciado nas tomadas de decisão acadêmicas, sobre o mergulho na geografia da cidade, na experiência de alheamento ou cumplicidade com o SUS, no encontro com o usuário, não na ante-sala da clínica da faculdade, mas na rua onde ele mora, transita, na 'quebrada' que ele habita, e onde o estrangeiro somos nós, povo de branco, povo quase majoritariamente branco, doutor. O que vem sendo implantado nas disciplinas de Saúde Coletiva e nos estágios, e que o projeto buscou captar e estudar, é a tentativa de ampliar o olhar sobre o ensino na saúde (coletiva), sobre o setting terapêutico, sobre o cuidar, e isso é inovador e desafiador também para o(s) professor(es), mas sobretudo para o aluno em formação, acostumado e adestrado para restaurações, extrações e próteses. Construir a dimensão que o fazer saúde não é exclusivamente a anamnese, o exame e a realização de uma intervenção odontológica, mas também não abrir mão da clínica nas unidades de Saúde da Família, realizada sob a supervisão dos preceptores. Entender o quintal, a casa, a calçada, a praça, a igreja, o terreiro de candomblé como um clínica possível, inclusive com outras racionalidades terapêuticas. Entender a pessoa em situação de rua

---

como um ser de direitos apesar do abandono, e constatar como este indivíduo vira *persona non grata* nos serviços oficiais de saúde, inclusive na clínica da faculdade. Quebrar esta barreira ao trazer a demanda da rua para a universidade, ou constatá-la ainda intransponível. Conhecer e acompanhar as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e de endemias, o cotidiano dos centros de testagem e aconselhamento em DST/HIV-Aids, as salas de vacinas, a estação de tratamento de águas, o aterro sanitário, as reuniões dos Conselhos locais e Municipal de Saúde, a ouvidoria, os espaços de gestão do SUS, os sindicatos dos trabalhadores na saúde, o Ministério Público e seu setor vinculado à saúde. Enfim, conhecer o SUS a partir da imersão em profundidade e do voo panorâmico e qual a contribuição destas experiências no novo dentista que queremos formar. Os desafios estão na resistência à mudança seja pelo lento caminhar institucional e o peso inercial da burocracia acadêmica; pelos professores, que não apenas não aderem à proposta, como também boicotam-na em silêncio ruidoso, seja pelos próprios alunos (parte deles), que ainda insistem em uma ficção do cirurgião-dentista enquanto profissional liberal e essencialmente privado, artífice de técnicas e protocolos. O desafio foi superado ampliando o campo e a força dos aliados (hoje já somos 3 faimerianos no NESP); disputando a arena da visibilidade do que vem sendo articulado e dos feitos que alcançamos e do reconhecimento das comunidades onde trabalhamos; com a arquitetura de arranjos com a institucionalidade municipal e estadual do SUS; com a publicação de livros e artigos, usando a linguagem acadêmica mais reconhecida e legitimada contemporaneamente; buscando fontes de financiamento em projetos como o Ministério da Saúde, FIOCRUZ, etc. No caso deste projeto os apoiadores foram fundamentais, locais ou *online*; a proposta sempre teve mais aliados que opositores no corpo discente envolvido, ainda que estes opositores tenham causado dissabores, ameaças e dispendio de energia; as habilidades de gerenciamento de conflitos e de potencialização de resiliência trabalhadas em encontros como os presenciais, e em outros momentos também foram motes da superação dos desafios encontrados.

## IMPACTO:

A análise que o projeto fez foi de natureza qualitativa, com a realização de grupos focais norteados por algumas questões: a compreensão dos estudantes a respeito do SUS e de sua materialidade na vida acadêmica; a integração ensino-serviço-comunidade no cotidiano do estudante de graduação e sua influência na formação. As falas sobre o que fazem em suas 300 horas de SUS na graduação, quase ilhadas em cinco vezes mais horas dentro da cidadela acadêmica, foram analisadas a partir da técnica de codificação dos conteúdos em núcleos temáticos que deram suporte às linhas de argumentação. O que mudou como resultado da implantação/implementação do projeto é que o acúmulo de experiências de ensino-aprendizagem do curso no SUS, gradativamente transforma, produz mudanças no egresso que temos auxiliado a formar. E esta mudança é reportada por eles mesmos, ora protagonistas, ora coadjuvantes do processo; ora ativos e ativadores da mudança, ora passivos cumpridores de tarefas; ora parceiros e receptivos, ora hostis, acomodados e desencantados. Transforma em que sentido? Em alguém nas suas próprias palavras, “*mais atento ao mundo ao seu redor, um profissional mais conectado com o sistema de saúde, sem perder a capacidade de crítica, mas percebendo que muitas coisas acontecem processualmente dentro do SUS*”, vinculando esta mudança de olhar em grande parte às disciplinas tidas como ‘sociais’, de Saúde Coletiva, uma vez que esta temática ainda é marginal nas preocupações da formação hegemônica em odontologia. A compreensão do SUS aponta-o como um sistema que reflete o sentimento ambíguo da sociedade brasileira quanto às questões relativas à saúde. As impressões predominantemente negativas outrora se transformam à medida que estes atores trilham os caminhos do SUS, e se apropriam do seu cotidiano, apontando-o como dispositivo de conquista de direitos relativos ao acesso ainda não universal da atenção em saúde. Claro está que a mudança percebida pelo projeto não é fruto apenas do projeto em si, ainda que este tenha contribuído substantivamente. Os resultados são frutos do amálgama entre a implantação do novo currículo iluminado timidamente pelas diretrizes curriculares, passando pela diversificação

---

dos cenários de prática, com a chegada de novos professores via concurso público viabilizado pelo REUNI, pela participação do curso de odontologia em experiências inovadoras como o Pró-PET-Saúde, pela realização em Teresina tendo a UFPI como grande articuladora e os alunos como inesgotável força motriz, o Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), entre outros.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O processo de aproximação da odontologia da UFPI com o SUS municipal/estadual, e o impacto desta proximidade sobre a formação dos egressos, tema principal deste Projeto FAIMER, continua em expansão e diversificação de cenários de prática e dos atores envolvidos. A rigor é um projeto que remete à arqueologia da integração ensino de odontologia-serviços de saúde, em uma *timeline* que pontua a integração docente-assistencial, passa pelo Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária, e experimenta com o advento do SUS, a vinculação das atividades de ensino-aprendizagem com os serviços de Saúde da Família. É um projeto que a rigor não tem uma perspectiva de encerramento, mas que se transmuta e se renova à medida em que novas realidades assistenciais e novos modelos de atenção são propostos, refletindo por sua vez em novas necessidades no mundo do ensino na saúde. As disciplinas de saúde (bucal) coletiva e estágio supervisionado extramuros personificam esta integração, e há a intenção de atrair outras áreas, outras disciplinas para garantir maior visibilidade e sustentação do projeto prospectivamente. O autor do projeto encontra-se afastado das suas atividades docentes para o doutorado, mas com o seu retorno pretende transformar esta temática na sua principal linha de pesquisa.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Este projeto funcionou e contribui como fonte de aprendizagem porque é um projeto sobre a realidade das necessidades de saúde da população brasileira e como a universidade muitas vezes encastelada em uma torre de marfim impenetrável e impermeável às demandas da so-

cidade, pode contribuir com a formação de profissionais, que desde a sua formação e para além dela, descontinam e convivem com o Brasil real, profundo, revelado nas condições de vida e de saúde da sua população. Porque é um projeto que acreditou em um ensino na saúde, não apenas conceitualmente centrado na perspectiva do aluno, mas que agrega diferentes perspectivas na procura por um modelo de formação que ainda não existe consolidado concretamente, mas que pode ser perscrutado em pistas, caminhos percorridos e por percorrer. Porque este é um projeto que dá visibilidade ao SUS, à saúde bucal coletiva, à universidade brasileira, ao sorriso desdentado, mas cada vez mais 'dentado' do brasileiro mais simples. Porque este projeto realizado em um universidade brasileira, pública e periférica, busca não apenas atender ou responder os anseios utilitaristas de uma sociedade que a financia através de seus impostos, mas aponta que a 'inteligência' brasileira pode estar verdadeiramente a serviço da nação brasileira.

---

# Integração ensino-serviço-comunidade mediado pelo Pró-Saúde/UNIFOR: impacto da atenção farmacêutica

*Maria Angelina Medeiros*

Instituição onde o projeto foi implantado: UNIFOR (Universidade de Fortaleza)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

A reestruturação dos currículos das graduações na área da saúde influenciada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) suscitou alterações fundamentais na dinâmica formativa dos cursos e assinalou a relevância da integração ensino-serviço. Estávamos em fase de implantação de um currículo, que define novas competências gerais para um novo perfil para o estudante de farmácia, para um profissional da saúde com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Nesse processo, é necessário garantir que o estudante adquira conhecimentos, habilidades e atitudes que se articulem nas competências técnicas e humanísticas necessárias para um desempenho profissional qualificado. Tínhamos que implantar o estágio em ATENFAR na APS com a participação de estudantes apresentando fragilidades em aspectos como habilidade de comunicação, tomada de decisão, raciocínio clínico, entre outros aspectos importantes para a consulta farmacêutica. Tais fragilidades eram também marcantes entre os docentes, uma vez que na nossa formação priorizava o medicamento e distante desse novo perfil. Outro desafio seria mostrar a importância dos serviços farmacêuticos estimular a adesão da comunidade e profissionais de saúde para que pudéssemos atuar de forma conjunta e assim atender as necessidades de saúde da população e do sistema de saúde vigente no país. Diante do exposto, vários

problemas foram identificados e necessitavam de resoluções iminentes. Dentre estas destacam-se: o despreparo dos docentes para trabalhar na APS, fragilidades em trabalhar com metodologias inovadoras de ensino para abordar um currículo por competências e as novas competências, identificar quais competências deveriam ser trabalhadas junto aos discentes e docentes, revisão do PPC e averiguar as necessidades de mudanças para que estratégias fossem desenhadas para formar um farmacêutico que atenda as demandas da sociedade e do sistema de saúde. As DCN redirecionaram o foco de formação do farmacêutico até então distantes de uma concepção que privilegie a integralidade do cuidado e definiu a necessidade de trabalhar estratégias de fortalecimento dos serviços farmacêuticos baseados na atenção primária à saúde (APS), centrada no paciente, mediante a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços de saúde. Em meio a esse cenário a UNIFOR, através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRO-SAÚDE II, inaugurou o Serviço de Atenção Farmacêutica (ATENFAR) na APS. Ao mesmo tempo em que supre a necessidade de atender as demandas da população carente de informação sobre o uso correto de medicamentos, essa atividade prevê subsídios para a formação de farmacêuticos com habilidades e competências para o desenvolvimento de ações de prevenção, promo-

---

ção, proteção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo, atuando de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Nesse contexto foi delineada a implantação de serviços farmacêuticos e em particular de Atenção Farmacêutica (ATENFAR), por meio do estágio ATENFAR, em uma Unidade de Atenção à Saúde (UASP). A implementação da prática da ATENFAR através de estágio curricular na APS surgiu como uma oportunidade para implementar as novas diretrizes curriculares e a oportunidade de trabalhar aspectos inerentes à educação permanente e continuada dos atores envolvidos. Considerando a educação, como setor específico das políticas públicas, a adequação de práticas farmacêuticas planejadas no referido projeto pretende estimular uma maior discussão da docência e do processo ensino-aprendizagem orientado para a formação de farmacêuticos com habilidades e competências para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo, atuando de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde e em equipes interprofissionais. Em 2011, fui selecionada para o programa FAIMER o que me forneceu subsídios para iniciar e dar continuidade ao projeto.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Instituições: Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (ME), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Instituto Regional FAIMER Brasil. O projeto Pró-Saúde/UNIFOR/SMS, teve como meta promover a reorientação da formação profissional em saúde para os alunos dos cursos de graduação do Centro de Ciências da Saúde/UNIFOR, nas áreas de abrangência de três UASP, promovendo a integração ensino e serviço, sensibilizando gestores e profissionais sobre a atuação interprofissional e implantação das equipes ampliadas de saúde. Pró-Saúde/UNIFOR/SMS centralizou recursos na reforma e melhoria de três UASP das Secretarias Executivas Regionais - SER VI, com aquisição de material permanente e dispêndio, para estruturar uma unidade por ano. A UASP Maria de Lourdes Jereissate (UASP -MLJ) foi inicialmente reestruturada com a readequação do espaço físico. O serviço de ATENFAR atualmente está implantado em uma UAPS e Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da UNI-

FOR. O NAMI não está incluído entre os locais que foram adequados pelo Pró-Saúde. Presta serviços de natureza secundária, atende usuários do SUS compreendendo várias especialidades além de atuar como campo de estágio para os discente da UNIFOR. Os estudantes do curso de graduação em farmácia iniciaram as atividades assistências, tecnopedagógicas e de gerenciamento de medicamentos contempladas na disciplina de estágio em ATENFAR na UASP-MLJ. As atividades assistenciais praticadas incluem aquelas ofertadas ao usuário de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde. As técnico-pedagógicas correspondem à funções vinculadas à coletividade (família e comunidade), bem como à gestão do conhecimento (equipe de saúde). Atividades como consulta farmacêutica ambulatorial e domiciliar, atividades de educação em saúde para pacientes e equipe interprofissional, capacitação da equipe interprofissional, elaboração de boletins informativos, oficinas abordando uso de fitoterápicos para gestantes, utilização correta de insulina para pacientes e agentes comunitários, prescrição de medicamentos para médicos e enfermeiros, aspectos clínicos dos medicamentos disponíveis na APS para prescritores, discussões clínicas com estudantes e profissionais de várias áreas da saúde, elaboração de material educativo abordando aspectos relevantes de estilos vida saudáveis e elaboração de formulários para o seguimento farmacoterapêutico diário pelos estudantes, para serem disponibilizados aos pacientes e atividades de organização da farmácia foram realizadas. As atividades praticadas na área de ensino foram a implementação de novos objetivos de aprendizagem no curso de graduação em farmácia, levando em consideração as DCN com intuito de atender as necessidades de saúde da população. Foram concretizadas oficinas entre os docentes sobre metodologias inovadoras de ensino (ex.: *Team based learning*), competências necessárias para a prática da ATENFAR, integração básico-clínico, papel do farmacêutico no SUS, elaboração de instrumentos de avaliação de competências em cenário real de prática, *Mini-clinical evaluation exercise* (Mini-CEX), portfólio, *log-book* e elaboração de itens. Inicialmente, a implantação do serviço de ATENFAR para os pacientes de forma consistente. A segunda grande inovação na prática foi à inserção do farmacêutico na APS, uma vez que este campo de atuação não está incluído no currículo da grande maioria dos cur-

---

sos de graduação em farmácia. Este modelo de atuação do farmacêutico institui indicadores úteis aos gestores e aos profissionais da saúde, não apenas direcionados ao acesso à farmacoterapia, mas igualmente as implicações na saúde adquiridos a partir deles. O aconselhamento ao usuário e a orientação terapêutica configuram importantes processos para a ampliação da compreensão da patologia que o acomete e para capacidade de tomada de decisão dos usuários com relação aos seus medicamentos e estilos de vida. Um aspecto novo foi o fato de o estudante vislumbrar outros campos de atuação do farmacêutico, assim como ele se perceber como um profissional de saúde que também deve estar inserido na equipe de saúde. Do mesmo modo, foi compreensão que a equipe de saúde e pacientes passaram a ter do papel do farmacêutico. O contato do estudante com o paciente foi também inovador para o estudante de farmácia e atrelado a esse novo contexto o treinamento em habilidades de comunicação até então longe das competências inseridas no currículo do farmacêutico em formação. O fortalecimento de estratégias para o currículo baseado em competências, com o ensino centrado no paciente e na integração ensino-serviço comunidade. A adoção de novos critérios de avaliação dos alunos em cenário real da prática para a avaliação de habilidades na consulta farmacêutica (Mini-CEX). Muitas dessas inovações foram implementadas com a ajuda daqueles que compõem a comunidade FAIMER. Muitos dos conhecimentos adquiridos, orientações recebidas de forma presencial e à distancia foram imprescindíveis para a execução de todas as etapas desse projeto. A recusa dos estudantes em frequentar uma UAPS localizada em um bairro afastado e considerado arriscado, a insegurança imaginada pelos estudantes de que não teriam condições cognitivas e habilidades de comunicação para suprir as demandas dos pacientes e da equipe de saúde, a resistência dos estudantes as novas estratégias de avaliação e das metodologias ativas, a oposição dos docentes em atuar na APS, a resistência dos profissionais de saúde em aceitar o serviço de ATENFAR, o desconhecimento dos profissionais e pacientes quanto às atividades exercidas pelo farmacêutico e inicialmente a baixa adesão dos pacientes ao serviço não retornando as consultas farmacêuticas. Para vencer a recusa dos estudantes, foram realizadas atividades que antecederam as práticas na UAPS-MLJ e um cronograma foi elaborado contendo ati-

vidades como oficinas de aferição da pressão arterial, da glicemia e discussão de histórias clínicas obtidas a partir dos pacientes assistidos na UAPS-MLJ. Para avaliação foi utilizado o OSCE e avaliações cognitivas abordando situações clínicas. Ao longo do processo, os estudantes perceberam as necessidades dos pacientes assim como seu papel em ajudá-los. A adesão, aceitação e indicação do serviço foram acolhidas pelos docentes dos outros cursos do CCS-UNIFOR, pelos agentes comunitários de saúde. Nesse sentido, este conjunto de profissionais propiciou um trabalho em equipe, compartilhando responsabilidades, e possibilitando ao educando o exercício de habilidades, como gerenciamento, coordenação, tomada de decisão.

### **IMPACTO:**

A necessidade de intervenção social em problemas reais, associados com o desempenho dos alunos, professores e profissionais de saúde do serviço em projetos de responsabilidade social, utilizando espaços existentes, como o serviço de saúde pública local, justifica a criação de serviços como a prática da ATENFAR. Através deste serviço, os estudantes sob supervisão contribuíram para a eficácia e segurança do tratamento, para a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos. A participação de muitos dos profissionais do serviço era precária assim como dos pacientes e dos docentes. O estudante procurava a turma de estágio em ATENFAR na APS somente quando as demais estavam completas. Esse comportamento mudou, sendo necessário que outras turmas fossem alocadas para outras UAPS. Os médicos não encaminhavam os pacientes com muita frequência ao serviço o que muitas vezes os deixavam desassistidos dos serviços farmacêuticos. Essa conduta mudou de forma significativa, de modo que atualmente os pacientes são encaminhados ao consultório farmacêutico e as intervenções inicialmente ignoradas, atualmente são discutidas e aceitas pelos pacientes. Os estudantes estão mais conscientes do seu papel como profissional de saúde e adotaram condutas de forma espontâneas quanto aos cuidados com os pacientes e interesse em desenvolver materiais didáticos para pacientes e profissionais do serviço. Os pacientes passaram a adotar mudanças comportamentais como melhoria da adesão à terapia, cuidados com os medicamentos, hábitos

---

alimentares, visitas mais frequentes às consultas farmacêuticas e muitos deles passaram a se sentir mais confiantes na farmacoterapia. A reformulação do currículo de farmácia com novos objetivos de aprendizagem e abordagem de conteúdos e treinamento em habilidades necessárias para atuação do farmacêutico na APS foi necessária. A participação de outros docentes foi marcante, demonstrando interesse em assumir turmas de estágio em outros cenários de prática e pelo interesse nas oficinas de avaliação e de novas metodologias de ensino. Houve melhora gradual dos estudantes quanto às competências clínicas necessárias para a prática da ATENFAR com ênfase na consulta farmacêutica. A avaliação por meio do Mini-CEX abordando critérios como qualidades humanísticas/profissionalismo, raciocínio clínico, tomada de decisão e a elaboração do plano farmacoterapêutico, habilidades de orientação seguida de *feedback* imediato foi bastante apreciada pelos estudantes.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Atualmente, o projeto está em fase de consolidação com ampliação de outros cenários de prática. Além de duas UAPS, o serviço de ATENFAR foi implantado no NAMI com a parceria de médicos, estudantes de medicina e com o grupo PET-MEC-SESU-FARMÁCIA. O serviço está atuando, prestando orientações farmacêuticas à pacientes dos ambulatórios de HIV/Aids, endocrinologia, hipertensão, diabetes e crianças portadoras de distúrbios neurológicos. A reformulação do currículo de farmácia com a concepção do eixo atenção farmacêutica tem demonstrado conferir aos estudantes maior segurança para execução da prática e ATENFAR. Os egressos do curso de farmácia demonstraram interesse em implantar o serviço de ATENFAR em suas cidades de origem e estão sempre buscando orientações na academia, o que demonstra uma maior identidade do profissional quanto a essa nova prática assim como o interesse em atuar na APS.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

A prestação do serviço de ATENFAR é essencial para garantir adesão terapêutica, resultados farmacoterapêu-

ticos de qualidade e a melhoria da qualidade de vida do usuário, o que engrandece a confiança no serviço e em seus profissionais. A intervenção farmacêutica não necessita de muitos recursos, pode facilmente ser adotada em outros serviços, tem um retorno significativo e representa uma parte importante no processo de promoção do uso racional de medicamentos. No entanto, nada disso seria possível sem a colaboração efetiva do usuário e dos demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Para que as intervenções sejam materializadas, é necessário habilidade de comunicação e principalmente a adequação incondicional da linguagem técnica àquela do usuário, sendo que as reflexões e as decisões são realizadas conjuntamente, a partir das circunstâncias vividas no momento pelo usuário. É imperativo a implementação de estratégias de informação, educação e comunicação, com enfoque multidisciplinar, projetadas aos consumidores, prescritores, dispensadores e outros atores diretamente envolvidos. Como a educação terapêutica não é uma necessidade na visão do usuário, este não busca uma consulta com o objetivo de maiores esclarecimentos e de prevenção de problemas relacionados à terapêutica medicamentosa. Assim, faz-se necessário integrar essa atividade à prática de outros profissionais do serviço.

---

# Atenção farmacêutica na Saúde da Família: cenário de prática para formação profissional

Sally Monteiro/ Ilka Kassandra Pereira Belfort/ Paulo Marcondes Carvalho Jr/ Luciana Brando Motta

Instituição onde o projeto foi implantado: Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

Os cursos de graduação da área da saúde buscam continuamente um modelo pedagógico que conecte o aprendizado em sala de aula com os cenários de práticas do Sistema Único de Saúde (SUS), vislumbrando a troca de saberes significativa entre academia e comunidade. Desta maneira, este projeto teve como premissa inserir o estudante do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão nos cenários de práticas do SUS, onde o mesmo é incipiente, visando ao enfoque do resgate de suas características de cuidador e educador em saúde.

## DESCREVA O QUE FOI FEITO:

A metodologia de aprendizagem empregada foi integrada ao processo assistencial, formando grupos de três sob a orientação docente e da preceptora, seguindo os preceitos do Método Dáder de Atenção Farmacêutica e do serviço de Cuidado Farmacêutico, proposto pelo Ministério da Saúde em 2014. Cada trio de estudantes foi responsável por dois usuários, devendo executar o processo de consulta farmacêutica de maneira integral em parceria com a equipe de saúde (médico, enfermeira e agente de saúde). A consulta farmacêutica foi realizada numa Unidade Básica de Saúde (São Luís/MA) e durante visitas domiciliares. Realizou-se também educação em saúde em grupo e incentivo ao desenvolvimento da habi-

lidade de comunicação dos discentes. O desempenho dos discentes foi avaliado utilizando o instrumento de avaliação clínica *Mini Clinical Evaluation Exercise* - Mini CEX, adaptado.

## IMPACTO:

Como resultados pode-se destacar a inserção dos estudantes nos cenários de prática do SUS, o repensar do cuidado em saúde, o estímulo do desenvolvimento de ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde, privilegiando o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde. As discussões das ações desenvolvidas e sobre a integração ensino/serviço/comunidade no contexto do comprometimento (*social accountability*) foram tão intensas e positivas que levaram à criação de uma disciplina optativa oferecida no ano de 2015.

## QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?

O projeto iniciado como extensão universitária (2013-2014) transformou-se em disciplina optativa (60 horas/aula) no ano de 2015. A disciplina (Práticas de Ensino na Comunidade - PEC) possui duas docentes farmacêuticas e uma preceptora enfermeira, além de parceria com o

---

profissional médico do Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde. Possui apoio do Colegiado do Curso e grande procura por parte dos estudantes. Futuramente, pretende-se que a mesma possa ter uma carga horária maior (para atender maior número de alunos) e que possa ser transformada em disciplina obrigatória.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Essa experiência foi um processo que envolveu um conjunto de (re)ações que induziram o desenvolvimento de estratégias para sua efetivação, uma vez que sua concretização foi constantemente colocada em discussão, facilitando a superação de dificuldades e frustrações. O vislumbre de que o estudante poderia atuar de forma significativa, responsável e com crescente autonomia, buscando a construção do seu conhecimento foi imperial para a implantação deste projeto, o qual foi considerado uma árvore repleta de sons, texturas e cores - o som e os ruídos da árvore caindo, seus galhos enroscando em outras plantas e as suas sementes sendo lançadas ao longe para novas sementeiras!

---

# Estruturação e implantação do estágio rural indígena do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá

Maira Nazima

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

A Fundação Universidade Federal do Amapá – UNIFAP foi criada em 1990. O curso de medicina iniciou suas atividades em 2010, período em que a maioria das instituições de ensino superior da área de saúde passavam por mudanças e quebra de paradigma, partindo de uma formação baseada no ensino e não no aprendizado, com formação tecnicista e hospitalocêntrica, estrutura curricular fragmentada e compartimentalizada focada na especialização para uma formação mais crítico-reflexiva, constituída por múltiplas dimensões do conhecimento humano que assegurasse ao acadêmico-profissional uma formação teórica-prática fundamentada no rigor científico, técnico, nas reflexões humanistas, na conduta ética e nas demandas da sociedade. Sendo assim, o curso foi implantada em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, (resolução CNE/CES no. 1133) 2001 e seu Projeto Pedagógico do Curso (PPC) passa por reformulação para atender às DCN de 2014. Utiliza metodologias ativas, sendo o *Problem Based Learning* um dos eixos condutores do curso, juntamente com a Integração ensino-serviço-comunidade (IESC) e Habilidades Clínicas. A proposta é formar médicos generalistas e humanistas, promotores da saúde integral do ser humano, capacitados a atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde sob a perspectiva da integralidade da assistência, com base

no senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, que tenham ação crítica e reflexiva na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, respeitando os princípios éticos, socioculturais do indivíduo e da coletividade, desenvolvendo habilidades e competências como: atenção à saúde, tomada de decisões, liderança, comunicação, administração, gerenciamento e educação permanente. Os profissionais egressos deverão ainda saber atuar de modo inter-pluri-transdisciplinar, valorizando e desenvolvendo o trabalho em equipe e desempenhar atividades administrativas. O Estágio da IESC tem 8 horas semanais do 1º ao 4º ano e ocorre integralmente nas unidades de saúde da capital do Estado. No internato, (5º e 6º), os alunos permanecem por dois meses com inserção nas UBSs da capital, unidades de prontoatendimento, áreas administrativas da Secretaria Municipal de Saúde e um mês de estágio rural/indígena. Há fragilidade no processo referente a organização das atividades de integração com a rede de assistência devido à dificuldade de captação, fidelização e capacitação dos preceptores, dificuldade estrutural com espaços pequenos e inadequados à coexistência do ensino e serviço. Neste contexto, o Internato Rural configura-se como proposta curricular visando à articulação e integração das realidades diversas existentes para o desafio da assistência. Os principais desafios eram: 1. Estruturar e implantar um estágio no Município do Oiapoque, distante 600 km da sede. 2. Oportunizar contato com população

---

indígena, inserido no seu contexto sociocultural; 3. Estabelecer parcerias institucionais, Secretaria Municipal de Saúde, Exército, Casa do Índio, Secretaria Especial de Saúde Indígena e Caciques das aldeias; 4. Envolvimento dos profissionais de saúde local para a recepção dos alunos e desenvolvimento de atividades de preceptoria; 5. Professores voluntários para acompanhamento do grupo durante estágio tão distante. O projeto articula-se com as políticas indutoras de educação em saúde ao propor estratégias de fortalecimento de currículo com atividades integradas em serviços de saúde de atendimento do SUS, fortalece o trabalho interprofissional desde a formação dos alunos (art.1º., Lei nº 12871, outubro/2013), Pró-Saúde e PET-Saúde. O Internato rural propõe aos alunos atuar em unidades básicas de saúde do Município do Oiapoque interior do estado e na Casa de Apoio ao Indígena, participando do atendimento à população e dos programas de Saúde Coletiva da cidade, programas de hipertensão e diabetes, planejamento familiar, realização de pré-natal de diagnóstico e tratamento da hanseníase, tuberculose, dengue e malária, acompanhar campanhas antitabagismo, diagnosticar e tratar as doenças diarreicas da infância e as pneumonias comunitárias infantis e realizar procedimentos como curativos e suturas.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

A primeira coisa a ser providenciada foram os termos de cooperação técnica entre as instituições envolvidas, no caso: UNIFAP, Secretaria Municipal de Saúde do Oiapoque, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Especial de Saúde Indígena, Exército Brasileiro e Aproximação com a gestor da Aldeia do Manga, uma das maiores aldeias indígenas do Estado do Amapá. Foram feitas reuniões entre a coordenação do curso e a Prograd (Pró-Reitoria de Graduação) no sentido de se discutir a importância do estabelecimento dos termos de cooperação para que fosse possível implantar o estágio. Os termos entre governo do Estado, Município e UNIFAP foram atualizados visando não só a atender o curso de medicina, mas todos os cursos da área de saúde hoje existente na Universidade (enfermagem, fisioterapia, farmácia e biologia). Novos convênios foram firmados com a Secretaria Municipal do Oiapoque, Exército Brasileiro e Secretaria Especial Indígena, no sentido de viabili-

zar o estágio. O município do Oiapoque está localizado no extremo norte do Brasil – Amazônia Legal, distante 600 km da sede da Unifap que fica em Macapá, capital do estado. Tem 22.625,3 km e uma população estimada de 24.263 em 2015. Faz fronteira com a Guiana Francesa, abriga várias aldeias indígenas, sendo a maior e mais próxima a Aldeia do Manga, de etnia Karipuna, distante 20km do município, com uma população indígena estimada de 1000 habitantes. Apesar da distância com a sede do curso de medicina, alguns aspectos foram levadas em consideração para a escolha da localidade onde seria desenvolvido o estágio. A principal delas foi ter o acesso ao diálogo com os gestores da aldeia indígena, pois o coordenador do estágio rural prof. Alceu Silva, docente da universidade pertence à etnia Karipuna da Aldeia do Manga, o que facilitou consideravelmente o acesso dos alunos à localidade indígena. Além disso, a UNIFAP possui campus universitário criado em 2007 com o curso de Licenciatura Intercultural Indígena e em 2013 passou a ser Campus Binacional e criados sete novos cursos: letras-francês, história, geografia, pedagogia, ciências biológicas, direito e enfermagem, com ingresso das primeiras turmas em 2014. Estabeleceu-se forte diálogo com a Secretaria de Saúde Indígena no sentido de assinarmos os termos de cooperação técnica, garantindo excelente relacionamento com a referida secretaria e maior aceitabilidade por parte da população indígena, a co participação social já foi citada na literatura que o diálogo intercultural, apesar de ser tarefa complexa pode apresentar possibilidades de identificação e solução de problemas. A parceria com o Exército Brasileiro foi fundamental, pois permitiu que os alunos tivessem oportunidade de executarem ações de educação em saúde em áreas mais remotas com total segurança. Além disso, abriu caminho para estabelecimento de parcerias em projetos de extensão envolvendo as duas instituições. O exército disponibilizou alojamento aos alunos, uma vez que a UNIFAP não possui alojamento para os alunos. O diálogo com as diferentes instâncias administrativas da universidade possibilitou a locação de recursos para o deslocamento e manutenção dos alunos (estadia e alimentação) durante o estágio, o que foi importante para que os alunos aceitassem melhor a ideia de irem para um local tão remoto. A resistência dos alunos em participar do estágio e de alguns docentes foi um grande desafio a ser vencido, sendo proposto por alguns a suspensão do

---

estágio obrigatório. Reuniões com os alunos anterior à realização do estágio e durante a sua execução foram de fundamental importância para aceitação e pactuação das ações a serem desenvolvidas no estágio. Muitos estavam extremamente relutantes em participar do estágio, não percebendo a importância da vivência de uma realidade completamente diferente daquela que estava habituado. Em encontro antes do início – ouviram-se as expectativas e muitas dúvidas foram sanadas no sentido de maior sensibilização dos alunos. Várias reuniões foram realizadas com a Secretaria Municipal de Saúde no sentido de garantir a inserção dos alunos nas UBSs em Equipes de Saúde da Família. Inicialmente, foi firmado o termo de cooperação técnica, posteriormente estabeleceu-se diálogo com as equipes de saúde, todas fazem parte do Programa Mais Médicos, pois devido à dificuldade de acesso, a fixação de médicos locais é muito difícil. As equipes foram sensibilizadas e informadas previamente da realização do estágio e o papel dos discentes, docentes e profissionais locais foi pactuado nestas reuniões prévias. Todas as equipes possuíam médico do Programa Mais Médicos. Durante estes diálogos a prefeitura disponibilizou transporte local aos estudantes e as equipes docentes discentes se comprometeram a fazer palestras de educação em saúde nas escolas locais.

**OBJETIVOS DO ESTÁGIO:**

1. Oferecer treinamento em saúde comunitária adequada à formação médica em realidade de município amapaense; moldando-se às necessidades locais e adequando-se aos limites impostos no município do estágio;
2. Proporcionar ao aluno vivência em realidade social junto à comunidade rural e indígena e análise crítica das necessidades de saúde da população rural e estimular construção de soluções e pensamento estratégico;
3. Treinar o aluno para o trabalho integrado de assistência ao binômio saúde/doença em ambiente amazônico de saúde; prestando serviços de níveis primários;
4. Desenvolver ações de educação em saúde, junto aos serviços de saúde, escolas locais e comunidade indígena local, Aldeia do Manga, treinando, assim a assistência em população peculiares como é o caso da comunidade indígena do Manga.

**COMPETÊNCIAS E HABILIDADES a serem adquiridas:** Ao final do estágio o aluno deve saber /saber fazer:

1. Relacionar com equipe multidisciplinar nas equipes de Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária, voltado à família e comunidade;
2. Realizar diagnóstico de saúde: características demográficas, po-

pulacionais, socioeconômicas, culturais e sociopolíticas;

3. Realizar a territorialização da área evidenciando as áreas de risco;
4. Estabelecer diagnóstico individual (pessoal), familiar e comunitário;
5. Realizar planejamento e programação com base em dados/indicadores epidemiológicos, priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer;
6. Realizar prevenção primária, secundária e terciária;
7. Realizar atividade de visita domiciliar e acompanhamento de internação domiciliar;
8. Conhecer e diagnosticar as doenças prevalentes no território;
9. Atuar junto a equipe em programas existentes voltados para a criança, homem, mulher e idoso.

### **IMPACTO:**

Um dos pontos fortes do projeto de implantação do estágio rural/indígena foi a quebra de paradigma que isso causou, pois apesar da descrença dos alunos e muitos professores, conseguimos implantar o estágio e mostrar que com organização e estabelecimento de parcerias, podemos executar estágios em região remotas e carentes de assistência médica mesmo com estrutura mínima e precária. Os relatos durante o estágio e no retorno dos alunos foram muito positivos e pudemos observar que até os mais resistentes retornaram muito satisfeitos com a experiência de vivenciar a comunidade “full time”. Os alunos relataram que foi muito importante para eles o estágio, pois permitiu que tivessem mais segurança no atendimento e acolhimento dos pacientes, além disso foram muito bem recepcionados pela comunidade local, extremamente carente de atendimento médico devido estar localizado em uma área de difícil acesso, Apesar da cidade do Oiapoque ficar a 600 km de Macapá, há asfalto somente em aproximadamente 400 km, sendo assim, durante a estação das chuvas muitos trechos ficam intransitáveis por veículos pequenos. A viagem pode durar até 24 horas. Por este motivo o estágio é programado para ocorrer no verão e o tempo de deslocamento é de 12 a 14 horas. Diferente dos outros estágios do internato, este ocorreu com todos os alunos ao mesmo tempo, ponto destacado como positivo pelos alunos, no ano de 2015 eram 24 alunos que foram distribuídos em 7 unidades básicas do município do Oiapoque e da área rural local além da CASAI (Casa de Apoio à Saúde Indígena). Todas as unidades possuíam médico do Programa Mais Médicos e enfermeira. Atividades executadas foram

---

atendimento ambulatorial, visita domiciliar, visitas à aldeia do Manga para realizar palestras e palestras nas escolas locais. Foi realizada reunião anterior à viagem dos alunos, com o levantamento das expectativas, preocupações e dúvidas em relação ao estágio e outra reunião no retorno para ouvirmos como tinha sido o estágio e o que traziam de mensagem sobre o que vivenciaram. Todos foram unânimes em “indicar” o estágio aos demais alunos das séries subsequentes. No momento, ainda estamos em análise do material gerados nas duas reuniões com os alunos para avaliarmos as narrativas e o portfólio reflexivo que construíram durante o estágio. Posteriormente, serão propostas mudanças no estágio caso seja necessário. Uma mudança demandada pelos alunos é o aumento do tempo do estágio.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Atualmente, estamos em análise das narrativas feitas pelos alunos. Teremos que propor mudanças na carga horária do estágio. Por ser um estágio curricular e os termos de cooperação técnica terem vigência de 10 anos, não teremos problemas na manutenção do estágio nos próximos anos. Acredita-se que o impacto da inserção do ensino na comunidade só poderá ser avaliado daqui a alguns anos com a maior tempo de inserção dos alunos e possibilidade de melhora das estruturas e atendimento a comunidade.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

O projeto de estruturação e implantação do estágio rural funcionou pois em cumprimentos às DCN para os cursos de medicina é um estágio previsto curricularmente. As parcerias e termos de cooperação técnica firmados através do diálogo fortaleceu as relações de ensino e serviço. Fato já destacado como importante por outros autores. O diálogo realizado semanas antes do início do estágio com todos os membros administrativos e servidores que iriam receber os alunos foi de fundamental importância para estabelecimento de vínculos e contribuiu para que os serviços de saúde recebessem os discentes de forma natural, mesmo não tendo contato anterior com nenhuma instituição de ensino nos serviços

de atendimento, fato muito diferente do que ocorre com os serviços da capital que são sobrecarregados de alunos de todos os cursos da área de saúde e de várias instituições de ensino pública e privada. O fato do coordenador do estágio ser indígena contribuiu muito para facilitar o diálogo com a população indígena, assim como a recepção dos alunos durante o estágio.

---

# Habilidades de raciocínio clínico e pensamento crítico na Atenção Primária

*Sandra Gasparini*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

As práticas de ensino atuais baseiam-se em metodologias ativas, centrada no aluno, estimulando a autogestão do conhecimento, a utilização de evidências na tomada de decisão, relações multidirecionais entre professor-aluno-paciente-família e novos ambientes de prática. Aprender a aprender e o cuidado integral à saúde fora do ambiente hospitalar fazem parte das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino da Medicina. As diretrizes já foram incorporadas ao nosso currículo e competências novas e complementares fazem-se necessárias para um novo perfil de profissionais, de alunos e de pacientes. O cuidado ao paciente inclui realizar a anamnese, conduzir o exame físico, solicitar exames laboratoriais e procedimentos de diagnóstico, programar um tratamento eficaz e seguro e estratégias preventivas, oferecer aconselhamento e compartilhar decisões com o paciente e a família. Para isso, o médico deve ter bons fundamentos em ciências clínicas, habilidade em reunir dados sobre o paciente e capacidade de tomar decisões. Os bons fundamentos isoladamente são insuficientes para determinar o melhor caminho a ser tomado ou quais são as hipóteses razoáveis para os dados coletados se a habilidade de pensamento crítico (PC) e raciocínio clínico (RC) não estiverem adequadamente desenvolvidas. A teoria construtivista enfatiza o papel do aprendiz no seu próprio contexto, resultando em significado e entendi-

mento; engloba várias estratégias de ensino, como o PC, RC e resolução de problemas (RP), ambas partes do processo cognitivo envolvendo o RC; PC é um processo de julgamento cuja meta é decidir o que fazer em um dado contexto, dada às evidências disponíveis, usando métodos e conceituação apropriados e avaliados criteriosamente - excelência no julgamento profissional resulta do uso de habilidades em pensar criticamente e uma forte e confiável disposição em usá-las. Agir sem análise crítica, repetindo padrões de cuidado sem avaliar seus efeitos não preenche nem sustenta a excelência do cuidado. O RC é definido como “pensar através dos vários aspectos do cuidado do paciente para chegar a uma decisão razoável considerando-se prevenção, diagnóstico ou tratamento de um problema clínico em um paciente específico”. Direciona o médico para avaliação, análise e interpretação. O cenário da Atenção Primária contempla todos os passos envolvidos no processo de desenvolvimento do PC e RC, ou seja prevenção, diagnóstico e tratamento, com a grande vantagem do foco no acompanhamento longitudinal e na gestão compartilhada. O quarto ano é o primeiro contato do graduando com o RC em contexto de incerteza, e ao final deste espera-se que o graduando adquira algumas das habilidades necessárias para o RC e PC. Este sub módulo está alinhado com as orientações das Diretrizes Metodológicas e Estratégias Didáticas da Atenção Primária, colocando o aluno no ambiente de prática ativa, corresponsável pelo

---

cuidado, integrando prática e teoria, problematizando a realidade e possibilitando reflexão sobre a prática profissional. O trabalho é realizado em pequenos grupos, inserido no contexto do desenvolvimento de habilidades clínicas, com foco no seguimento de pessoas e famílias, utilizando condutas adequadas e contextualizadas, baseadas em evidências científicas e resolução de problemas. Como competência ou conjunto de competências, o PC e o RC são passíveis de ser desenvolvidos e avaliados: utilizamos o questionário de habilidades do PC e RC discente, pois o reconhecimento (consciente) da sua importância é um passo para o estímulo de seu desenvolvimento. Para avaliar o RC, utilizamos o teste de concordância de script, ferramenta que avalia as habilidades em resolver racionalmente problemas mal definidos em contexto de incerteza. Como não somos um país com tradição em metodologias ativas, conhecer a percepção das habilidades discente e o desempenho discente e docente no teste em contexto de incerteza foi nosso primeiro passo para entender o processo de ensino-aprendizagem do RC e PC.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

O submódulo de clínica médica tem duração de nove meses, intercala atividades práticas em pequenos grupos com atividades didáticas em sala de aula. O material didático para a prática é variado; consiste de pacientes reais com problemas clínicos, psicológicos ou de trabalho, sem seleção prévia; o atendimento é individualmente ou em dupla e discussão do caso clínico é realizada com um professor; o aluno tem a responsabilidade de reunir todos os dados, fazer as hipóteses diagnósticas, prescrever os exames necessários e definir esquema de tratamento e seguimento baseado nas necessidades e particularidades de cada paciente. O *feedback* do desempenho do aluno é realizado durante e no final do encontro. O contato próximo com os professores, a responsabilidade individual de cuidados fora do hospital e a característica longitudinal torna este módulo único na graduação médica de nossa instituição. Embora seja um submódulo completo e integrado com as aulas teóricas e três submódulos práticos (Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva), os professores relatam que os alunos são imaturos e incapazes para aprender RC e PC, e que o cenário é inadequado. Os dados são, entretanto “sen-

timentos” e não foram mensurados; por outro lado, temos uma grande variedade de especialidades na AP, a maioria sem treinamento prévio em métodos ativos e sem tradição em avaliações formativas e *feedback*. PC e RC tem sido, nas últimas décadas, amplamente debatido e investigado, tanto em termos conceituais, como em relação aos seus diversos contextos de aplicação. O projeto foi desenvolvido para ampliar o entendimento do processo de ensino-aprendizagem do RC e PC no quarto ano médico após as mudanças curriculares. Coletados dados de professores e alunos através de um questionário de habilidades de PC e RC discentes, um questionário semiestruturado docente e o Teste de concordância de *Script* (TCS). O TCS foi elaborado pela pesquisadora e revisado por par; possui o formato tradicional com 112 questões, sendo 40 questões de hipótese diagnóstica, 40 questões de solicitação de exames complementares e 30 questões de terapêutica, em escala Likert de cinco pontos. Os temas foram os mais prevalentes na Atenção Primária (AP) como diabetes, hipertensão, vacinação, tuberculose, obesidade, dislipidemia, anemia, doenças tiroidianas e rastreamento, com imagens de RX e ECG. O teste foi inicialmente enviado para todos os docentes do Departamento de Clínica Médica via e-mail, chamados de Painel de Especialistas (PE); foram solicitados sugestões de mudanças no TCS, cronometragem do tempo para realizá-lo e o arquivamento das respostas para posterior comparação do escore pessoal com o do grupo; as respostas individuais foram codificadas de forma a impedir a identificação. A confiabilidade do TCS foi testada através do coeficiente alfa de Crombach. O questionário de percepção de habilidades de PC e RC discente foi desenvolvido e testado na Universidade do Porto (AMORIN, 2013) em estudantes e profissionais da área da saúde. Possui boas qualidades psicométricas e avalia cinco competências do PC definidas pelo “*Delphi Report*” (e respectivas sub-competências): interpretação, análise, avaliação, inferência e explicação; não abrange a sexta competência, designada de autorregulação, pela dificuldade de adaptação ao formato do questionário; contém dez questões em escala Likert de 5 pontos a importância atribuída às habilidades de PC: descrever diferentes pontos de vista, explicar um conceito com suas próprias palavras, identificar a relação entre diferentes conceitos, avaliar a credibilidade das informações, colocar questões para esclarece-las (clarificar), retirar e fundamentar con-

---

clusões, levantar hipóteses, apresentar e justificar a outros um raciocínio; também contém duas questões sobre a importância de habilidades de RC: promover estratégias para pensar de forma mais eficaz quando é necessário resolver um problema e tomar uma decisão. O questionário foi testado em dez alunos do quinto ano médico para avaliar dificuldades na compreensão da linguagem, não sendo necessário adaptações. O questionário semiestruturado docente foi elaborado pela autora e enviado via *Survey Monkey*; contém dados demográficos dos docentes, quatro perguntas abertas sobre percepção/conceituação do ensino do RC no submódulo (o que é, fatores que facilitam ou dificultam o ensino deste na AP e sugestões de melhoria) e duas questões em escala Likert de cinco pontos considerando-se o uso do TCS e a percepção da efetividade do momento e cenário para o ensino do RC. Os 110 alunos do quarto ano foram convidados a participar antes do início do submódulo do TCS e do questionário de habilidades, após uma breve explicação dos conceitos e objetivos de cada ferramenta. No grupo docente os 52 professores do departamento foram convidados a participar do PE, sendo que somente os vinte e três professores do submódulo foram convidados a participar do questionário semiestruturado. As participações foram voluntárias, não acrescentavam pontos na nota, e o trabalho foi aprovado no Comitê de Ética. Todos os participantes que realizaram o TCS assinaram o Termo de Consentimento Informado.

## **IMPACTO:**

O resultado do projeto foi apresentado aos gestores do submódulo com o intuito de auxiliar a organizar, planejar e sistematizar o ensino. Com relação à validação do TCS pelo painel de especialistas, encontramos uma confiabilidade pelo alfa de Cronbach de 0,767 com menor índice na parte de terapêutica (alfa de 0.341), com escores total e da parte B significativamente melhores para os clínicos (clínica médica e medicina da família) em relação aos especialistas (Mann-Whitney com, respectivamente,  $p = 0.028$  e  $p = 0.014$ ). Os escores sinalizam para a necessidade de capacitação docente e educação continuada. A falta de conhecimento prévio dos professores pode ser um fator de confusão, principalmente pela característica de incerteza do TCS (não existe uma única resposta correta). A possibilidade de comparação dos escores indivi-

duais com os do painel introduziu conceitos pouco praticados pelo grupo-avaliação de pares e *feedback* profissional. A participação docente na validação do TCS foi baixa (22 de um total de 52), apesar dos repetidos convites e suspeitamos que apesar do relato de duração média de 40 minutos, a complexidade do teste (escala Likert) e o tamanho foram negativamente interpretados. O feedback do resultado do painel foi enviado a todos os docentes do Departamento, independente da participação. Somente oito de 22 professores responderam ao questionário semiestruturado, e apesar da amostra ser pequena, pontuaram o excesso de aula teórica, a falta de seleção de casos clínicos e a imaturidade dos alunos como fatores de dificuldade para o ensino, sinalizando necessidades de reestruturação do submódulo. Com relação aos alunos, encontramos uma população jovem com média de idade de 22,6 anos, e uma adesão de quase 100% ao questionário de habilidades, sinalizando uma ansiedade por mudanças. Observou-se uma alta prevalência consciência da importância das habilidades de PC e RC; os itens de menor escores foram, em ordem crescente, “tirar conclusões”, “fazer perguntas para resolver um problema” “descrever diferentes pontos de vista”, habilidades importantes para diagnóstico e diagnóstico diferencial e tomada de decisão, sinalizando áreas sensíveis à intervenção. O TCS foi realizado por 33 dos 110 alunos do submódulo; os escores da parte A (hipótese) foram discretamente menores que o escore do PE; os demais escores foram baixos, mas ainda não temos parâmetro nacional de comparação; não sabemos ainda o significado dos achados

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O projeto foi parcialmente concluído; caracterizou o perfil docente e as facilidades e dificuldades encontradas no processo ensino aprendizagem desse pequeno grupo, bem como os bons conceitos em relação à características do RC; testou duas ferramentas novas para a instituição; delineou o perfil do aluno do quarto ano, possibilitando intervenções no decorrer do curso. A intenção é avaliar mais extensamente o ensino do PC e RC, associando metodologias já instituídas como o Mini Cex, o portfólio reflexivo e a avaliação estruturada às novas ferramentas. O levantamento de algumas necessi-

---

dades reforçou o conceito de capacitação docente e formação de grupos colaborativos e inter-relacionados, iniciando o processo de ensino com metodologia mais coerente e integrada, durante todo o curso de graduação. O processo de estudo e elaboração da ferramenta resultou na construção de um guia para recepção dos docentes na AP, voltado para o ensino do RC e PC; e um guia para estímulo de RC e PC para estudantes. Ambos serão avaliados pelos gestores do submódulo. As avaliações periódicas do processo de ensino aprendizagem, bem como avaliações formativas serão pautas de futuras discussões, bem como a necessidade de avaliação de pares para o corpo docente e a estruturação do *feedback* imediato.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

O projeto funcionou à medida que levantou características extremamente positivas para o ensino do RC e PC entre o grupo discente e docente, sugerindo que a base para o desenvolvimento de metodologias ativas existe e é subestimada e que existe um pré-conceito em relação ao corpo discente. Os dados objetivos são mais facilmente analisados, fornecendo bases para intervenções e resoluções de conflitos entre instituição, professores e alunos; a cultura de avaliações periódicas formativa e de processo deve estar presente em nossas instituições, e as iniciativas visando a implementar o processo devem ser estimuladas; as avaliações objetivas não são necessariamente complicadas; há uma necessidade premente de um banco de questões para avaliação na instituição, e de dados colaborativos de outras instituições para análise de resultados nacionais; os *feedbacks* e conceitos de prática reflexiva devem ser estimulados para que o processo ensino-aprendizado e o profissionalismo cumpram requisitos de excelência. O PC e o RC são necessários para a compreensão do mundo, de si e dos outros, e deve ser prioridade em relação ao ensino baseado em conteúdos extensos e não discutidos. O ensino em serviço proporciona uma ampla variedade de experiências capaz de estimulá-los.

---

# Programa de Qualificação Docente e o processo de implantação de um novo curso de medicina com currículo inovador

*Sheyla Martins*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

A concentração de profissionais de saúde, principalmente médicos, nos aglomerados urbanos, desafia a organização dos serviços de saúde em todo mundo. A distribuição desigual desses profissionais levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a formular recomendações para políticas de recrutamento e retenção de médicos em áreas rurais e remotas, visando a melhorar o acesso à saúde para essas populações. No Brasil, além da desigualdade de distribuição dos profissionais médicos entre os meios rural e urbano, e capitais e interior, observamos também a desigualdade na distribuição de médicos e de escolas médicas entre as regiões, prevalecendo uma concentração nas regiões Sudeste e Sul. Em 2013, em uma ação conjunta entre Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), o governo brasileiro implementou o Programa Mais Médicos com o objetivo de diminuir a carência desses profissionais e reduzir as desigualdades de acesso da população aos serviços de saúde. Uma das ações que compõem o programa é a ampliação de vagas em cursos de graduação em medicina e residências médicas, priorizando-se regiões com escassez de profissionais, como o Nordeste e o Norte e cidades do interior de todas as regiões brasileiras. A Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), fundada em 1953 e sediada em Diamantina, em Minas Gerais, destaca-se por sua importância para o desenvol-

vimento econômico e sociocultural da região e representou a interiorização do ensino público superior no estado. Desde de 2010, a instituição que contava com vários cursos na área da saúde, juntamente com a população local, pleiteava junto ao MEC a autorização para a abertura de um novo curso de medicina. Em 2013, a UFVJM participando do Programa Mais Médicos, inaugurou a primeira faculdade de medicina do Vale do Jequitinhonha, umas das regiões com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo do estado de Minas Gerais com o objetivo de fixar profissionais médicos nessa região. A proposta da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFVJM, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de Graduação em Medicina (DCN) pauta-se no currículo baseado na comunidade e nos princípios da medicina de família e comunidade, com a introdução do aluno nos cenários de prática na Atenção Primária à Saúde desde o primeiro semestre do curso, utilizando-se da Rede SUS local como cenário de prática, que já eram utilizados pelos demais cursos da área da saúde (enfermagem, fisioterapia e nutrição) mas não com o mesmo nível elevado de interação exigido para os novos cursos de medicina. Outro importante desafio seria a contratação e qualificação de médicos para a função docente, pois até essa data nenhum profissional

---

médico da região estava envolvido em atividades docentes na graduação ou residência médica. Assim, com objetivo de implantar com êxito o novo curso, a UFVJM desenvolveu as seguintes ações estratégicas: 1) construção de instrumentos legais entre a UFVJM e os provedores locais de serviços de saúde, 2) processo seletivo diferenciado para contratação de docentes, 3) criação do Programa de Residência Médica, 4) reserva de vagas para discentes provenientes do Vale do Jequitinhonha. Ao final dessas ações institucionais para viabilizar a implantação da nova escola médica, ainda faltava a qualificação docente para efetivamente fazer a transposição do currículo proposto para a prática pedagógica. Em 2014, buscando superar esse desafio, foi proposto um projeto de inovação educacional sob orientação do Instituto Faimer Brasil que consistiu na estruturação do referido programa. Esse projeto de intervenção teve como objetivo qualificar os profissionais recém-admitidos na instituição para trabalhar em consonância com o projeto pedagógico do novo curso.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Em 2010, a UFVJM juntamente com os representantes da sociedade civil, políticos e gestores de saúde locais promoveu debates regionais sobre a relevância de uma faculdade de medicina para toda a região dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Em 2012, com a Portaria Nº 109, 5 de Junho de 20125, que dispunha sobre a expansão de vagas em cursos de Medicina e criação de novos cursos de Medicina nas Universidades Federais, é criado o curso de Medicina da UFVJM no Campus Juscelino Kubitschek na cidade de Diamantina no estado de Minas Gerais. Em 2013, o MEC instituiu Comissão Especial de Avaliação das Escolas Médicas (CEAEM) com a função de realizar avaliações *in loco* nas fases de execução dos projetos de implantação do curso e após o início da oferta em periodicidade anual até a emissão do ato de reconhecimento do curso. Dessa forma, uma comissão de dois técnicos especialistas em ensino médico foi designada para acompanhar o processo de implantação do curso em Diamantina. Nesse período, o Conselho Universitário atuou de forma estratégica, tomando providências no sentido de viabilizar o processo de autorização do curso: 1) instituiu uma comissão de docentes para trabalhar na elaboração e estruturação do Projeto Pedagógi-

co, 2) criou a Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) para atuar como órgão deliberativo e de supervisão com a função específica de fazer a interlocução entre a instituição e os prestadores de serviços médicos hospitalares em Diamantina, 3) aprovou a alteração da titulação mínima exigida e o regime de trabalho dos processos seletivos para contratação de docentes com perfil profissional compatível com as exigências do currículo proposto, 4) criação do Programa de Residência Médica em diversas áreas, 5) reservou 50% das vagas do curso de Medicina para egressos do Vale do Jequitinhonha através do Processo de Seleção Seriada SASI, 6) Apoio à estruturação de Programa de Qualificação Docente. Nomeação da Comissão de docentes locais para elaboração do Projeto Pedagógico. Em 2012, uma comissão de quatro docentes da UFVJM foi designada para elaboração do Projeto Pedagógico da UFVJM. A partir de 2013, cada um dos professores recém-admitidos foi incorporado à Equipe de Reestruturação do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina para adequá-lo às exigências do MEC. Essa comissão trabalhou sob a supervisão dos técnicos da CEAEM e reestruturou o Projeto para atender à Proposta de Expansão de Vagas do Ensino Médico nas Instituições Federais de Ensino Superior elaborada pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria no. 86, de 22 de março de 2012 e à Lei Federal Nº 12.871 de 2013 que instituiu o Programa Mais Médicos. Todo o processo contou com a cooperação de técnicos em assuntos educacionais e pedagogas com larga experiência em educação superior. Criação da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE). A UFVJM inovou ao criar a DEPE para atuar como órgão deliberativo e de supervisão com a função específica de fazer a interlocução entre a instituição e os prestadores de serviços médicos hospitalares em Diamantina. Reformulação dos Editais de Contratação Docente. Em 2012, foram aprovadas importantes alterações nos Editais para contratação de docentes médicos para o Curso de Medicina: 1) exigiu-se como titulação mínima para ingresso na carreira docente apenas titulação de especialista, 2) aprovou-se o regime de trabalho 40 horas sem dedicação exclusiva. Essa iniciativa favoreceu o ingresso de profissionais vinculados à Rede SUS local, atraindo para a carreira docente aqueles com perfil compatível com as exigências do currículo proposto que utiliza os serviços públicos de saúde como Rede Escola. Criação do Programa de Residência Médi-

---

ca. O Programa de Residência Médica da UFVJM foi estabelecido em parceria com os prestadores locais de serviços de saúde e a gestão municipal. Em 2013 foram admitidos oito residentes no programa, sendo dois na Ginecologia e Obstetrícia, dois na Pediatria e quatro na Clínica Médica. Em 2014, o programa foi ampliado com uma vaga na Neurocirurgia. Em 2016 serão ofertadas nove vagas no Programa de Residência Médica nas áreas citadas. Reserva de vagas para egressos do Vale do Jequitinhonha. A UFVJM, com o objetivo de levar ensino de qualidade à região onde está inserida, implantou Processo de Seleção Seriada - SASI que reserva 50% das vagas dos cursos da universidade para egressos do Vale do Jequitinhonha. Desde 2014, o curso de Medicina reserva 50% das vagas para egressos do Vale do Jequitinhonha como estratégia de fixação dos futuros médicos à sua região natal. Programa de Qualificação Docente. Após as ações institucionais citadas para viabilizar a implantação da escola médica, ainda faltava a capacitação docente para efetivamente fazer a transposição do currículo proposto para prática pedagógica. Esse era agora o grande desafio institucional e um anseio institucional, pois as características do projeto pedagógico proposto eram inéditas na UFVJM. Em 2013, a coordenação de graduação da FAMED assumiu o desafio de estruturar um Programa de Qualificação Docente voltado para as competências pedagógicas necessárias para a implantação do currículo inovador. Em 2014, buscando superar esse desafio, foi proposto um projeto de inovação educacional sob orientação do Instituto Faimer Brasil que consistiu na estruturação do referido programa. Esse projeto teve como objetivo qualificar os profissionais recém-admitidos na instituição para trabalhar em consonância com o projeto pedagógico do novo curso. No ano de 2014 foram realizados quatro encontros de treinamentos em temas pedagógicos definidos pelos próprios participantes a partir de suas necessidades de aprendizagem. Profissionais médicos que atuavam na Rede SUS local e que ainda não estavam envolvidos diretamente em atividades docentes também foram convidados a participar. Ao final do primeiro ano de implantação do curso, foram realizadas duas oficinas, uma com alunos e outra com os docentes, para avaliar a percepção deles sobre o processo de implantação e propor sugestões para aprimoramento do curso. Uma das inovações desse modelo de qualificação docente é a sua estruturação a partir das necessida-

des de aprendizagem identificadas pelos próprios participantes e a inclusão da percepção dos discentes sob o processo de construção do currículo. O Programa de Qualificação Docente da FAMED contou também com o apoio institucional da Pró-Reitoria de Graduação da UFVJM.

### **IMPACTO:**

A FAMED/UFVJM inaugurou suas atividades com a residência médica em março de 2013. O curso de graduação recebeu a sua primeira turma no primeiro semestre de 2014 e está em seu segundo ano de atividades. Com entrada semestral, recebe 60 discentes por ano. Ao final do primeiro semestre de 2015, 100% dos 19 módulos implantados utilizavam metodologias ativas no desenvolvimento de suas atividades: *Team Based Learning* (TBL), *Problem Based Learning* (PBL), *Blended Learning*, artes plásticas e cênicas, *role play*, mapas conceituais, portfólios reflexivos, problematização, integração básico-clínica nas séries iniciais, utilizando conteúdos de anatomia e fisiologia em estudos de casos da Atenção Primária e elaboração e implantação de projetos de intervenção nas comunidades assistidas. Considerando que dos 18 docentes atuando na graduação apenas dois relatavam experiência anterior no uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, creditamos ao programa de qualificação docente o fato das mais diversas metodologias ativas de ensino-aprendizagem terem sido incorporadas ao programa curricular da FAMED. Dessa forma podemos verificar que a utilização de estratégias pedagógicas inovadoras é uma característica institucional marcante. Assim, consideramos a oferta de qualificação centrada nas necessidades dos docentes durante o processo de implantação do curso como estratégia fundamental para a efetiva implementação da proposta curricular. Antes da implantação da FAMED, nenhum médico da região estava envolvido em atividades educacionais voltadas para graduação em medicina. Atualmente, temos 35 médicos atuando no ensino de graduação ou pós-graduação. Consideramos o processo de seleção diferenciado e oferta do programa de qualificação docente como estratégias potentes para incentivar profissionais que nunca estiveram envolvidos em atividades de ensino a se candidatarem para atuar em atividades docentes em cursos médicos. A instalação do programa de

---

residência foi a estratégia de apoio ao processo de implantação do novo curso de medicina, pois exigiu a estruturação dos serviços de saúde que futuramente receberiam os alunos de graduação. Além disso, programas de residência médica são estratégias eficazes para a fixação de profissionais em zonas remotas e rurais pois oferece ao médico perspectivas de realização profissional.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

A partir das experiências do primeiro ano desse projeto, as atividades de qualificação docente foram incorporadas pela FAMED e acontecem pelo menos uma vez por semestre. Nessas reuniões são programadas as atividades para o semestre e selecionados os temas dos encontros do Programa de Qualificação Docente. Essas atividades são conduzidas pela coordenação de graduação. Por ser uma escola nova, com um corpo docente que cresce a cada semestre, as atividades do Programa de Qualificação Docente assumem papel fundamental na estruturação do curso. Ela permite a formação pedagógica docente e a implantação bem-sucedida do currículo proposto. São também realizados encontros semestrais com os todos alunos para avaliar a percepção discente sobre o semestre cursado. Como parte do Programa de Qualificação Docentes, todas as considerações discentes são apresentadas e discutidas com os docentes. Essa atividade tem por objetivo acompanhar o processo de implantação do curso fornecendo informações sobre o currículo na prática

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Consideramos que o sucesso do projeto pode ser atribuído ao programa de qualificação docente ter-se estruturado especificamente para atender as demandas dos profissionais envolvidos no processo de implantação do curricular. Afirmamos que ao mesmo tempo em que a iniciativa propiciava a qualificação docente também abria espaço para avaliações que permitiram correções e ajustes nos programas de ensino ao longo do processo. O sucesso no recrutamento de membros da comunidade médica local por processos seletivos específicos fortaleceu o vínculo entre universidade e corpo clínico das ins-

tituições de saúde. Estender a oferta de qualificação aos médicos locais permitiu a formação de profissionais com competências pedagógicas necessárias à efetiva implementação curricular. Nesse contexto, o investimento em propostas de escolas médicas com currículos baseados na comunidade e com ênfase na Atenção Primária à Saúde devem ser apoiados com estratégias que capacitem a comunidade médica local para assumir funções docentes e assistenciais, elevando a qualidade da atenção prestada à região onde se estabelece a nova Faculdade de Medicina. Consideramos que o currículo inovador e a realidade local impuseram o desenvolvimento de estratégias para viabilizar a implantação da FAMED e que as mesmas aqui apresentadas podem ser utilizadas por instituições que vivenciam situações semelhantes.

---

## TEMA: INTERDISCIPLINARIEDADE

# Implementação de ações integradas na área da saúde de uma Universidade Comunitária

*Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves*

**Instituição onde o projeto foi implementado:** Universidade de Passo Fundo (UPF)

### CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

O contexto é o de uma Universidade Comunitária com 12 cursos da área da saúde distribuídos em 7 unidades acadêmicas diferentes (institutos e faculdades) que não realizavam quaisquer atividades integradas. Assim, recentemente havia sido instituída uma comissão de integração docente da área da saúde (CIAS) com objetivo de buscar articulações entre as diferentes áreas. Este processo foi desencadeado pelo Pró-Saúde e PET-Saúde (pela atividade dos grupos tutoriais interprofissionais, iniciada em 2009), com os quais foi possível sensibilizar a comunidade universitária. Como resultado, já é possível identificar alguns efeitos práticos, como a determinação institucional para a integração entre os cursos. As disciplinas de Sociologia da Saúde e Ética Geral, obrigatórias para todos os cursos, vinham sendo desenvolvidas por meio de turmas específicas de cada curso. A partir do primeiro semestre de 2013, passaram a ser compartilhadas entre os cursos da área da saúde, havendo o primeiro movimento para desenvolver a formação na perspectiva da educação interprofissional (EIP).

### DESCREVA O QUE FOI FEITO:

Foi realizado estudo transversal, descritivo, qualitativo, no período de junho de 2013 a maio de 2014. Disciplina de Sociologia da Saúde. Foi realizada avaliação, por meio

de questionário autoaplicável, sobre a disciplina de Sociologia da Saúde oferecida no semestre de 2013-1, o primeiro momento a qual foi compartilhada entre oito cursos da área da saúde, com a participação de no mínimo dois cursos diferentes em cada turma, ação definida a partir das discussões e deliberações da CIAS. A disciplina possui quatro créditos teóricos que são desenvolvidos em um turno semanal, o número médio de estudantes matriculados por turma foi de 39 e um professor responsável. Ao todo foram matriculados 317 estudantes em oito turmas, com a atuação de cinco professores. Para os estudantes os questionários foram aplicados em sala de aula, nos meses de julho a setembro de 2013. Para os professores, o questionário foi enviado e por mensagem em documento Word. Tanto para os estudantes quanto para os professores as questões em sua maioria eram abertas e versavam sobre: o papel da disciplina na formação em saúde; qual a percepção sobre o novo formato (compartilhada entre diferentes cursos da área da saúde); quais os resultados positivos e negativos; qual a percepção dos estudantes em ter como colegas estudantes de diversos cursos da área da saúde; exemplificar situações e metodologia que possibilitaram a interação entre os estudantes e sugestões para que o formato de oferta compartilhada fosse consolidado. Bolsistas Pró-Saúde e PET Saúde. Foi realizado um grupo focal com dez participantes (estudantes e profissio-

---

nais), do Pró-Saúde II e PET-Saúde, em maio de 2014, a partir da questão disparadora, “Como você avalia o desenvolvimento de atividades interprofissionais para a sua formação, trabalho em equipe e educação permanente?”. No momento de realização do grupo focal estavam envolvidos com os projetos, 2 coordenadores, 1 coordenador adjunto, 4 tutores, 48 estudantes bolsistas do PET-Saúde e 12 estagiários do Pró-Saúde-CIAS. Foi aplicado questionário com a seguinte pergunta aberta para os 17 integrantes da CIAS: “Gostaríamos de saber sua opinião sobre a atuação da CIAS no ano de 2013, considerando as reuniões, deliberações, encaminhamentos definidos e resultado das ações desenvolvidas na área da saúde da UPF e especificamente em seu curso de atuação, se for o caso”. A questão foi enviada por mensagem eletrônica com link para um Google docs. O período disponibilizado para as respostas foi de janeiro a março de 2014. Aspectos Éticos: o protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade sob o número CAAE 15778113.6.0000.5342 e os sujeitos de pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Procedimentos de análise dos dados. A partir das respostas foi efetuada análise de conteúdo temática, segundo Spink e Lima (2000), pelo coordenador da pesquisa, momento em que foram definidas as unidades de referência (UR) e suas respectivas categorias. Posteriormente foram geradas “nuvens de palavras” via Wordle ([www.wordle.net](http://www.wordle.net)), configuradas para gerar 50 palavras por nuvem.

### **IMPACTO:**

As disciplinas de Sociologia da Saúde e Ética Geral hoje acontecem de forma compartilhada com a participação de estudantes de no mínimo 3 cursos diferentes da área da saúde por turma. A significância se configura pelo envolvimento dos docentes das áreas humanas nas formações docentes da área da saúde e possibilidade de sensibilização e desenvolvimento de ações iniciais para ampliar a educação interprofissional. Tanto docentes quanto discentes avaliaram a ocorrência das disciplinas compartilhadas por meio de questionário específico. Os resultados demonstram que a avaliação de ambos é positiva apontando necessidades de melhorias. A avaliação dos membros da CIAS sobre a atuação da mesma está nas respostas à pergunta e foram classificadas nas seguin-

tes categorias: 1) A CIAS como promotora da integração entre os cursos da área da saúde; 2) Proporciona o planejamento conjunto dos cursos da área da saúde; 3) Dificuldades referentes às diferentes agenda dos cursos em comum; e 4) Os participantes da CIAS (e professores dos cursos) possuem concepções heterogêneas referente às ações inteprofissionais (conceituais, metodológicas, experiências...)As respostas foram em geral positivas, quanto à avaliação da atuação da CIAS. Foi enfatizada a importância para a integração dos cursos da área da saúde, destacando-se a importância do compartilhamento das disciplinas de Sociologia da Saúde, como precursor dos primeiros resultados efetivos para a comunidade acadêmica e salientando também as ações de planejamento conjunto para o futuro da atuação em Saúde Coletiva. A partir da análise da transcrição do grupo focal com participantes do PET Saúde foram observadas três grandes categorias como os projetos sendo promotores da integração ensino-serviço-comunidade e apontaram que é uma potencialidade para a formação profissional e indicaram as barreiras na implementação da EIP.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Hoje a CIAS está iniciando as discussões para o planejamento de um currículo integrado para a área da saúde não se restringindo as duas disciplinas iniciais (Sociologia da Saúde e Ética Geral). Um resultados significativo do ponto de vista acadêmico é a participação dos cursos da área da saúde na CIAS. A mensuração se dá pelas reuniões realizadas e projetos elaborados, como o PET GradaSUS recentemente submetido.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Em primeiro lugar, funcionou devido a termos apoio institucional para a realização, segundo por dispormos de fomentos a partir das políticas indutoras para a reorientação da formação profissional em saúde e por fim, devido à sensibilização de docentes e discentes que foram se integrando no processo.

---

# Inserção da Educação Interprofissional no currículo médico

Ana Claudia Germani

**Instituição onde o projeto foi implementado:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

“Aprender juntos para trabalhar juntos por uma saúde melhor”. Esta frase abre o documento *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Frente à pertinência e abrangência do tema, cabe reforçar a definição de Educação Interprofissional (EIP) proposta: “aprendizagem que acontece quando duas ou mais profissões aprendem sobre, com e entre si, de forma a melhorar a colaboração e os resultados na saúde”. Ainda no contexto internacional, revisão sistemática publicada pelo Best Evidence Medical Education e guia da Association for Medical Education in Europe reforçam a EIP como uma “nova” meta das instituições de ensino na área da saúde. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde tratam do trabalho em equipe, sendo que a recente atualização da DCN da medicina fala explicitamente em EIP. Ainda nas considerações sobre a presença do tema em políticas públicas, faz-se necessário citar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), decisivo para a indução da EIP, uma vez que aproxima estudantes, preceptores (profissionais de saúde) e tutores (docentes) de todos os cursos da saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, as evidências sobre a EIP destacam as dificuldades para a concretização e a avaliação dos resultados de iniciativas nesta direção. Entre os de-

safios, a estrutura curricular rígida com incompatibilidade de horários entre os diferentes cursos figura como impasse operacional. Outro aspecto ainda pouco explorado em pesquisas, mas muito presente nas práticas, é a diferença hierárquica entre os cursos, conflitos de poder que permeiam a formação e o exercício profissional. Ambos são temas do presente trabalho. No que se refere à estrutura curricular, é oportuno sinalizar que por vezes, atividades complementares bem como disciplinas eletivas são oportunidades valiosas de experimentação e inovação. Dito de outra forma, iniciativas deste tipo podem ser etapas para o processo de mudança. Vale abrir um breve parêntese para lembrar que a Política Nacional de Extensão (2012) estimula, explicitamente, as relações entre diferentes setores da Universidade e da sociedade e tem como uma de suas diretrizes a interdisciplinaridade/interprofissionalidade. Já as disciplinas eletivas buscam oferecer oportunidades de aprendizagem tanto em temas tradicionais, presentes no currículo nuclear, quanto em temas inovadores e mais abrangentes em saúde. Tendo em vista tal contexto, desde 2009, a USP - campus Capital responde aos editais das políticas indutoras, sendo que o curso de medicina participa das propostas do Pró-Saúde e PET-Saúde contempladas pelo Ministério da Saúde. Por iniciativa do corpo discente, estudantes do curso médico participam de atividades de extensão interprofissionais como a Jor-

---

nada Universitária de Saúde (JUS), que anualmente envolve aproximadamente 80 estudantes, de sete cursos da saúde. Tem como objetivo estimular ações interprofissionais de promoção da saúde em uma cidade de pequeno porte, por 10 dias, durante 3 anos consecutivos. No início de cada ano letivo, o projeto é divulgado e são formadas equipes com componentes dos sete cursos, que se reúnem periodicamente. Ainda nesta direção, a partir de 2012, é oferecida disciplina de graduação eletiva, para os cursos da saúde oferecidos atualmente neste campus, intitulada “Práticas, formação e educação interprofissional em saúde”. Anualmente, ao longo de 15 encontros são trabalhados três eixos temáticos: interfaces e particularidades das profissões; corpo, necessidades de saúde e cuidado em saúde, por fim, as competências para as práticas colaborativas. Já em 2013, iniciou-se o processo de reestruturação do currículo do curso médico. A proposta elaborada por grupos de trabalho foi implementada em 2015. O objetivo aqui é compreender e fortalecer as oportunidades de EIP na formação em saúde na USP - campus Capital, sobretudo no curso de medicina.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Ciente das evidências produzidas sobre os obstáculos para a implementação da EIP, bem como das recomendações recentes sobre a pesquisa em educação médica, optou-se por utilizar como marco teórico o modelo dos 3Ps (*presage-process-product*). Tal modelo é centrado no ensino-aprendizado na perspectiva do estudante e permite ao mesmo tempo, considerar o contexto (preditores), sua interferência sobre os processos e como este conjunto de interações impactam os produtos. Inicialmente, o projeto FAIMER, realizado entre 2013 e 2014, buscou mapear e amplificar os facilitadores e as potencialidades para a EIP na JUS (isto é, foco no contexto e nos processos). Entendeu-se por facilitadores, os aspectos individuais e/ou institucionais que favoreciam a integração entre diferentes cursos. Já as potencialidades foram os elementos presentes nas práticas, mas ainda pouco explorados na perspectiva teórica, ou seja, uma oportunidade de aprendizagem ainda pouco aproveitada. Para tanto, foi planejada a aplicação de um questionário pré e pós a Jornada, reuniões periódicas com os coordenadores e jornadeiros (estudantes que participam

da JUS) e uma intervenção pautada na teorização após a vivência. Contudo, a adesões ao questionário e à atividade de teorização foram baixas, o que comprometeu a obtenção de dados detalhados como previamente planejado. De toda forma, considera-se como lições aprendidas: a marcada heterogeneidade de características demográficas do grupo nesta atividade de extensão (estudantes de diferentes semestres), com homogeneidade na motivação para planejamento e execução da Jornada e a necessidade de proteção de tempo no período letivo para o desenvolvimento de atividades reflexivas e de teorização com os estudantes. Pode-se inferir que a autonomia dos estudantes para tomada de decisão das ações interprofissionais a serem executadas bem como a oportunidade de contato dos estudantes “com a realidade” aparecem como facilitadores importantes. Notou-se que apesar da interação entre diferentes cursos, a aprendizagem sobre os limites e papéis de cada profissão não ficam claros. Tema que potencialmente pode ser trabalhado. Paralelamente, a experiência na disciplina eletiva intitulada “Práticas, formação e educação interprofissional em saúde” foi organizada de forma a identificar novas potencialidades (e desafios). Ao longo dos três anos (2012-2015), 70 alunos de 12 cursos diferentes e docentes de todos os 14 cursos participaram das aulas da disciplina que aconteceram na Escola de Enfermagem no período noturno, sendo válido destacar que tais cursos acontecem em localidades diferentes - na Cidade Universitária Armando de Salles Oliveira (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, educação física, odontologia, farmácia e psicologia), no Quadrilátero da Saúde/ Pinheiros (enfermagem, medicina, nutrição e de saúde pública) e na USP Leste, na Escola de Artes, Ciências e Humanidades- EACH (obstetrícia, gerontologia e educação física e saúde). As avaliações da disciplina eletiva pelos estudantes evidenciaram benefícios claros e imediatos para a formação (reconhecimento do papel e limite das diferentes profissões e a importância da coordenação do cuidado no trabalho em equipe). Entre os docentes, um ponto decisivo para a articulação foi a atuação no ensino da Atenção Primária à Saúde. Contudo, fica evidente o problema de escala, posto que atingiu-se uma proporção bastante pequena de estudantes e docentes. Como condições que dificultam a efetividade e sustentabilidade da disciplina eletiva, pode-se elencar o pequeno apoio institucional; currículos e diferenças de

---

estilos de ensino-aprendizagem entre os cursos e alta carga atrelada a questões administrativas. Com base nos resultados observados em ambos os cenários, foi proposta iniciativa pontual de quatro horas, no novo currículo nuclear do curso médico, cujo primeiro objetivo de aprendizagem foi listar quem são e quais as atribuições dos profissionais da saúde. Para tanto, após breve apresentação expositiva, os estudantes entrevistaram convidados de diferentes áreas da saúde (enfermagem, educação física, psicologia, farmácia, terapia ocupacional). O envolvimento de alunos de pós-graduação e residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária foi um facilitador importante para a divisão da turma de graduandos em subgrupos. Um segundo objetivo a ser atingido pelos estudantes foi o de reconhecer os componentes da prática colaborativa entre diferentes profissionais da saúde. Neste item, optou-se por uma estratégia pedagógica - discussão de uma situação problema - que facilitasse a subdivisão em cinco cenários (sendo duas visitas domiciliares, duas consultas na Unidade Básica de Saúde - UBS e uma conversa informal entre trabalhadores da UBS).

### **IMPACTO:**

A descrição do percurso do projeto mostra que a compreensão dos facilitadores e das potencialidades de EIP na formação em saúde, na USP - campus Capital, sobretudo envolvendo o curso de medicina, apoiou uma iniciativa no novo currículo implementado no curso de medicina. Ao final de tal atividade, 165 estudantes do 1º ano preencheram uma avaliação de reação, sendo que 109 (66%) opinaram que o primeiro objetivo pedagógico (identificação das atribuições dos profissionais da saúde) foi atingido e 124 (75%) concluíram que estavam aptos a reconhecer os componentes da prática colaborativa entre diferentes profissionais da saúde. Como parte do fortalecimento das ações já existentes, é importante ressaltar que reflexão sobre as evidências que sustentam a EIP ganhou força entre os discentes da JUS, com a proposição de trabalhos sobre o tema no COBEM e delineamento de pesquisas científicas. Além disso, houve disseminação da discussão de EIP para outras atividades de extensão desenvolvidas na faculdade de medicina. Já a experiência da disciplina eletiva foi selecionada para apresentação no III Simpósio Temático da Pró-Reitoria

de Graduação da universidade (A Docência na USP: Desafios e Inovações). Pudemos compartilhar a construção coletiva sobre as competências específicas, comuns e para a prática colaborativa produzida em sala de aula, pelos estudantes a partir da leitura das DCN. Em 2016, será oferecida a quinta turma.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Uma vez mapeados os facilitadores e as potencialidades para a EIP, o projeto busca avançar em dois eixos principais. O primeiro deles enfoca as atividades de extensão onde pretende adensar a discussão das evidências sobre a EIP com os discentes da JUS e de outras atividades como a Bandeira Científica. Importante pontuar que reconhecendo e respeitando a premissa de que tais atividades são desenvolvidas “por estudantes para os estudantes”, tal discussão já foi negociada e terá como ponto de partida o uso de rodas de conversa e elaboração de narrativas que fomentem a reflexão-ação. Concomitantemente, espera-se fomentar projetos de pesquisa que contribuam para a construção do conhecimento em relação aos resultados da vivência interprofissional na formação em saúde. Um segundo eixo aborda especificamente o currículo nuclear do curso de medicina, no qual está prevista a manutenção da atividade oferecida ao 1º ano, além de proposição de outras atividades, que possam ser incluídas nos anos subsequentes. Retomando as recomendações do documento publicado pela OMS e considerando o contexto institucional que estabelece uma Subcomissão de APS, composta por docentes de diferentes cursos da saúde, entende-se que a o cenário de prática da APS seja campo promissor para novas ações de EIP.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

O objetivo almejado pelo projeto a longo prazo é o fortalecimento de práticas de EIP nos currículos dos cursos da saúde, sobretudo no currículo nuclear do curso médico. Ao longo dos três anos, buscou-se mapear, mesmo que de forma imprecisa, os facilitadores (individuais e institucionais) e as potencialidades, a partir de uma experiência de extensão universitária, de uma disciplina eletiva

---

va e também de experiência ainda pontual no currículo, buscando destacar aspectos do contexto e dos processos que envolvem a EIP. Com isso, espera-se que tenham sido elencadas oportunidades inovadoras para a superação das barreiras em relação à estrutura curricular para a implementação de práticas interprofissionais. Uma vez mais, vale frisar que a discussão de EPI envolvendo o curso médico é passo crucial para a discussão consistente e competente das questões hierárquicas, por vezes conflituosas, que permeiam o cuidado em saúde.

---

# Gerenciamento de conflito em equipe multiprofissional – um curso de capacitação à distância

*Aristides Palhares Neto*

Instituição onde o projeto foi implantado: Botucatu -Universidade Estadual Paulista

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

O conflito é um processo inerente às relações humanas, posto que é o resultado de interação e percepção divergente de fatos e condutas que envolvem expectativa, valores ou interesses pessoais e comuns. Via de regra, os conflitos são formados a partir de mensagens conscientes ou inconscientes que não foram enviadas e/ou recebidas de maneira direta e positiva, e envolvem necessidades não atendidas, bem como sentimentos negativos, tais como raiva e frustração. Inevitável no dia a dia é, comumente, nomeado desavença ou divergência de opiniões e, raramente, admite-se sua existência. Culturalmente, entende-se que o conflito é uma falha de caráter e não um processo natural que não deve ser subestimado. Quando o conflito não é assumido a tendência é piorar. Existe uma interdependência de partes delineando o conflito como um fenômeno relacional, que envolve interesses, hierarquia e poder. Portanto, as pessoas com autoridade são o principal foco para identificar e criar condições para resolução. Resolução de conflito se aprende e a mediação é um modo de intervenção, preventiva ou curativa, que admite uma pessoa imparcial como facilitador da negociação, formulando um acordo mutuamente aceitável. A relação docente e aluno e a relação dentro da equipe de saúde são cenários privilegiados para gerar conflitos. O docente é visto como o poder e pode ser envolvido no conflito, no seu gerencia-

mento ou na mediação. Quando sua atitude é positiva, ou seja, busca o diálogo e a compreensão do espaço do outro, pode tornar relações e ensino mais criativos e participativos, educando o aluno para a convivência com diversidade e paz. Outra forma de solução são os exemplos e atitudes éticas e dignas nos diversos ambientes de aprendizagem, bem como com equipes, profissionais de saúde e pacientes/familiares. As universidades brasileiras estão em fase preliminar de identificação e qualificação em gerenciamento de conflito e na formação de lideranças positivas entre docentes e alunos. Os docentes, com frequência, não receberam formação e treino para identificar, gerenciar e enfrentar condições de conflito e violência e, como as redes de suporte são escassas, fica dificultado o enfrentamento pacífico nas relações. Esse tema foi desenvolvido como parte do curso FAIMER de especialização em ensino em saúde. A escolha deu-se pela vinculação às Políticas Nacionais de Saúde, que estimulam o respeito à diversidade, em concordância com a inclusão social e gestão participativa, proporcionando diálogo e pactuação das diferenças. Outro fator importante, na saúde, é que lidar com conflitos melhora o trabalho em equipe, as diferenças profissionais e a introdução da Atenção Primária multiprofissional, além da escuta do usuário e da população em geral, promovendo a cidadania e técnicas relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão, bem como a segurança do pa-

---

ciente; já na academia, diminui a violência nas escolas e universidades, refletindo sobre a educação pela paz. O curso teve como alvo profissionais das áreas da saúde e de diversas universidades brasileiras. O processo durou 30 dias e foi realizado em EaD. Teve como objetivos: divulgar material bibliográfico; definir conflito; refletir sobre a identificação de sinais, causas e natureza do conflito; refletir sobre os efeitos positivos e negativos do conflito; promover discussão e troca de experiências em ambientes de trabalho e ensino; estimular atitudes e comportamentos que facilitem a identificação e a resolução de conflitos de forma positiva; refletir sobre o docente como um mediador de conflitos, promovendo uma cultura de convivência e educando para a paz no ambiente escolar e profissional em saúde. Acredita-se que a criação de uma cultura institucional para gerenciar conflitos propiciará a diminuição do estresse no ambiente de trabalho-ensino, aumentará a produtividade e estimulará o conceito de mediação entre futuros profissionais de saúde.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

O planejamento do curso iniciou-se com um pequeno levantamento demográfico e de necessidades dos participantes, via *Survey Monkey*. Esse material forneceu informações sobre a área de atuação docente, os conhecimentos prévios sobre conflito e a área de maior interesse para discussão. Dentre as opções foram eleitos conflitos escolar, entre equipes, pessoal e familiar. Foram utilizados como base as diferentes áreas de atuação dos participantes, referência ao local ou à função exercida, bem como o fato de todos serem docentes. Como as áreas de maior concordância foram os conflitos escolar e de equipe, observou-se que sua eleição como foco poderia ser suprida durante o curso. Para os temas não contemplados no curso foi fornecida referência bibliográfica adicional. O curso teve duração de 30 dias, via plataforma *Moodle*, foi planejado e executado por um grupo de cinco docentes de diferentes universidades, sendo três médicos de diferentes áreas, um psicólogo e um farmacêutico, sob supervisão de um tutor (*fellow*) médico, acompanhado por outros seis docentes das áreas de farmácia, fonoaudiologia e medicina que assistiram a todo o processo, desde o planejamento até o término e contribuíram com sugestões, porém sem interven-

ções, proporcionando aos executores valioso feedback. O curso foi dividido em cinco partes. 1) questionário (pré-teste) de avaliação pessoal inicial, formulado com o objetivo de analisar o conhecimento prévio dos participantes sobre o tema e direcionar a literatura complementar e as discussões; constituído de quatorze questões testes englobando a definição de conflito, a percepção do docente quanto ao comportamento do aluno, mediação e resolução de conflito em sala de aula e ambiente escolar; desenvolvido com base na bibliografia disposta no site, incluindo artigos sobre “Ação dos Professores”, “Conflito escolar e *bullying*”, “Convivência escolar”, “Mediação de conflitos”, “Percepção dos professores sobre o conflito entre alunos” e “Resolução de Conflitos e agressividade”. O questionário foi dividido em três etapas: a primeira etapa traz a percepção do educador sobre os estudantes, considerando o contexto da escola como uma nova etapa na vida do indivíduo que tem vivências anteriores e diferentes experiências de resolução de conflitos; na segunda etapa considera-se conceitos de mediação escolar e em grupos, incluindo a solução de conflitos, a prevenção de conflitos, a inclusão social e a paz social; na terceira etapa as questões envolvem estratégias específicas de resolução de conflitos; 2) fórum “situação de conflito” quando foi solicitado aos participantes que, após a leitura de um resumo bibliográfico no formato questões mais frequentes, realizassem uma postagem, em forma de arte, de uma situação de conflito escolar ou entre equipes, seguido de um comentário/reflexão sobre formas de resolução. Foram realizados *feedbacks* diários das postagens com algumas referências bibliográficas adicionais e dados de literatura; também foi permitido o debate de formas de solução ou situações semelhantes, sendo que o grupo responsável pelo *feedback* exerceu o papel de mediador, baseado em técnicas e conteúdos aprendidos; 3) pôster colaborativo na ferramenta *drawing* na plataforma *Google*, onde após a exposição de figuras sobre situações de conflito e violência, chamadas de situação problema ou cruel, foi solicitada a postagem de uma sugestão escrita com uma solução positiva para a situação; 4) questionário (pós-teste) de avaliação pessoal final, no qual repetiu-se o questionário inicial de quatorze questões; 5) questionário de avaliação do curso constituído de nove questões fechadas com espaço para sugestões. Como ferramentas de suporte e feedback para realização do curso foram oferecidos vá-

---

rios instrumentos motivadores. A página inicial do moodle continha, em formato atrativo: um convite em vídeo montado no *PowToon* e disponibilizado via YouTube, com duração de três minutos e chamadas provocantes de situações de conflito, utilizando-se trechos de filmes consagrados; um *wordle* feito com as palavras da primeira enquete para definição do tema; a comunicação foi feita por envio de links e lembretes do curso via *WhatsApp* e *email*. A bibliografia principal foi constituída de livros texto e *online* sobre gestão escolar, mediação de conflito, o guia de mediação escolar do Ministério Público, o guia de capacitação de lideranças comunitárias em mediação da Secretaria de Direitos Humanos e artigos sobre conflitos professor aluno; bibliografia complementar constituída por vários artigos nacionais e internacionais de conflito e mediação entre equipes, nas diferentes áreas (médica, enfermagem, ciências sociais, necessidades especiais, equipe, docente, aluno, Atenção Primária), bem como sobre gerenciamento, mapas conceituais e um pôster da Sociedade Internacional de Gerenciamento de Conflitos, em português, para divulgação. Foram fornecidos: resumo bibliográfico em *Powerpoint* na forma de questões mais frequentes; central de dúvidas; tutorial para uso da ferramenta *drawing*; arteoteca, nome dado ao conjunto de manifestações de arte apresentadas, incluindo cartoons, filmes, links, músicas, pinturas, esculturas, poesia e fotografia; pôster coletivo em seu formato final, com comentários e anotações; questionário resolvido e comentado. Durante todo o curso foram oferecidos *feedbacks* aos participantes com sugestões de bibliografia ou resolução e, ao final, foram oferecidas as respostas ao teste e a pontuação de cada um. A equipe que preparou o curso manteve contato diário no período das aulas e, em seguida, reuniu-se semanalmente por dois meses. Diante da quantidade e diversidade das tarefas a equipe se dividiu em miniequipes, que prepararam e geriram cada uma das etapas. Uma reunião geral da equipe finalizou o que seria proposto e executado.

## IMPACTO:

No grupo trabalhado observou-se uma mudança nos dados oferecidos pelos pré e pós teste. Isso foi avaliado pelas mudanças observadas. No primeiro momento, o curso proporcionou aos participantes o conhecimento e a discussão sobre o conflito e suas vicissitudes; fortale-

ceu-se a necessidade de uma boa escuta e comunicação, o gerenciamento de forma positiva e criativa, a investigação apreciativa, a estratégia eu ganho-você ganha, a construção coletiva; a falta de tempo e treinamento, as oportunidades em sala de aula e em equipe, a violência como resultado do gerenciamento ruim, a educação para a paz e o papel do docente como mediador e líder. Observou-se uma reflexão sobre conflitos com as inovações tecnológicas, uso em sala de aula, os métodos de avaliação, o PBL como estratégia de gerenciamento. O espaço oferecido proporcionou aos participantes o surgimento de angústias pessoais que foram encaminhadas, uma vez que falta suporte institucional; o curso despertou a curiosidade e divulgou programas e cursos nacionais e internacionais de gerenciamento de conflitos; sinalizou que conflito pode ser uma boa forma de instigar a criatividade, desde que devidamente gerenciado e não negligenciado; proporcionou material de divulgação em português; facilitou a compreensão do tema, na medida em que a bibliografia foi revista e resumida pela equipe na forma de “questões mais frequentes”, de leitura fácil e rápida, com possibilidade de extensão do conhecimento julgado necessário. A estratégia de produção do pôster colaborativo e o conjunto de imagens (arteoteca) forneceram materiais que podem ser usados em situações de ensino-pesquisa e reflexão; o *feedback* comentado diariamente das atividades, os questionários respondidos e a montagem do pôster proporcionaram aos participantes condições de vivência do tema, visto que no fórum ocorreram conflitos internos e externos ao grupo. Como último ponto divulgou ferramentas auxiliares como o *PowToon* e o *drawing*, desconhecidas da maioria dos participantes.

Os resultados foram avaliados no questionário pós, com 25 respondentes do total de 40 participantes do curso. O aumento de acertos foi significativo em número e qualidade. Quanto à qualidade global foram elogiados conteúdo, referências, ferramentas, auxílio na compreensão do tema e *feedback*, considerados excelentes, muito adequados ou adequados. A concordância sobre a relevância do tema para a prática diária foi consenso e somente um participante relatou a pouca aplicabilidade do tema na prática docente. Os demais resultados relatados foram de caráter qualitativo, baseados em relatos pessoais e comentários durante o curso.

---

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

A estrutura do projeto FAIMER implica em grupos de alunos que se renovam a cada dois anos e novos grupos realizarão cursos com as características propostas pela coordenação do programa. Portanto, a estrutura MLweb, o trabalho de grupo e o tema geral serão mantidos. O que mudará serão os grupos e os subtemas trabalhados. O projeto inicial sobre Gerenciamento de Conflito foi encerrado ao final de junho de 2015, com o encerramento do curso. A sustentabilidade desse projeto baseia-se na experiência individual e coletiva vivida no decorrer das atividades. A equipe considerou que o material trabalhado foi suficiente para modificar o pensamento de “evitar conflitos” e não “resolver” os mesmos. A possibilidade de transferência e replicação do conhecimento baseia-se nas pessoas e nos materiais fornecidos e construídos, estímulo para novos cursos. O grupo de trabalho vislumbra a possibilidade de implantação de núcleos de suporte e divulgação do tema, através do trabalho de cada participante e da discussão do tema em reuniões e cursos docentes, dentro das universidades. Também pretende organizar um relato das impressões pessoais do grupo, por meio de questionário para avaliação do impacto do curso na vida pessoal e profissional dos participantes após um ano.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

O funcionamento do projeto pode ser avaliado de várias formas. O planejamento do início do curso com um questionário de conhecimentos básicos foi desencadeador de reflexão pessoal sobre o grau de compreensão e atuação no tema, bem como fornecedor de dados para o trabalho da equipe. Foi considerado um pilar para o bom funcionamento do curso e o direcionamento dos recursos humanos e materiais. Como o tema envolveu essas questões, acredita-se que a presença de um psicólogo no grupo também foi um fator facilitador para o gerenciamento. Outro fator de sucesso foi a presença de profissionais de diferentes áreas da saúde, os quais, ao exporem suas dificuldades e facilidades, auxiliaram na identificação, resolução e redução das áreas de conflitos entre a equipe. Acredita-se que, diante do compartilha-

mento de estratégias construtivas de gerenciamento e comunicação, os participantes foram capacitados em relação a novas estratégias de enfrentamento. Como último fator de aprendizagem, ressalta-se a vivência dos membros da equipe, que enfrentaram conflitos entre si e conseguiram realizar o curso com sucesso, indicando que essa é uma condição possível com diálogo e cooperação.

---

# Interprofissionalismo e Competência Cultural na Graduação

*Gláucia de Oliveira Moreira Moreira*

**Instituição onde o projeto foi implementado:** Universidade Federal de Roraima (UFRR)

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

Como o ensino na área da saúde na região de Roraima deve contemplar também o atendimento à saúde da população indígena (15% da população local), observamos a oportunidade de através do Programa Governamental PET Saúde-Redes, implantar uma estratégia de ensino interprofissional (enfermagem e medicina) na UFRR, com o objetivo de desenvolver não só os conhecimentos sobre a cultura e os hábitos (para o entendimento do binômio saúde-doença no contexto dessa população específica), mas também desenvolver habilidades de comunicação e humanísticas, além de trabalhar o conteúdo das Políticas Públicas do Plano Nacional de Atenção à Saúde Indígena, no contexto de trabalho em equipe. Sabe-se que a competência cultural e as habilidades humanísticas além dos conhecimentos técnicos, são necessárias aos futuros profissionais para trabalhar em contextos diversos de forma adequada.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Foram selecionados preceptores da rede, que trabalharam com seis tutores acadêmicos em seis grupos PET, três de enfermagem e três de medicina, em cada grupo havia estudantes e preceptores de ambas as profissões. Os estudantes compunham duplas (um da medicina e um da enfermagem) para realizar as atividades práticas

em diversos cenários (Casa de Apoio à Saúde do Índio, Hospital Infantil/Geral e Maternidade) e para realizar as atividades teóricas (discussões e seminários com artigos pertinentes e de metodologia científica). A única atividade individual foi a realização de um portfólio reflexivo ao final dos primeiros quatro meses de atividade, que foi analisado com permissão dos estudantes, para realização da pesquisa que foi apresentada como trabalho de conclusão do curso Faimer Brasil em 2014. O projeto durou 24 meses e segue como projeto de extensão. Na pesquisa foi realizada uma coorte prospectiva com os alunos, na qual se avaliou através de um questionário na fase pré estágio e de um portfólio reflexivo após quatro meses de atividades, o nível de conhecimento das políticas públicas para a população indígena, as reflexões e as impressões sobre o ensino e as práticas de saúde dessa população.

## **IMPACTO:**

Menos de 67% dos alunos demonstraram conhecimento das políticas públicas de atenção à saúde indígena; todos indicaram a necessidade de o currículo dar maior atenção aos aspectos culturais na prática. O portfólio revelou desafios no atendimento, com a desarticulação das políticas públicas e a falha da comunicação que supera a barreira linguística. As falas revelaram que as ativi-

---

dades levaram os estudantes a repensarem suas construções do conhecimento, ao mesmo tempo que mudaram o olhar para aqueles que tem necessidades especiais, levando-os a refletirem sobre o papel que desempenharão. Concluiu-se: - há real demanda para o desenvolvimento de estratégias de treinamento dos estudantes que atuarão na rede de saúde; - necessidade de adequar o currículo dos cursos da saúde, favorecendo a integração, interdisciplinaridade e assistência com diálogo intercultural, como preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais atuais.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Atualmente as atividades são seguidas voluntariamente, porém propostas estão sendo analisadas na Instituição, para expandir como estágio curricular.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Na fala dos estudantes ficou evidente a menção a uma mudança de postura, de paradigmas, de preconceitos, além da aquisição de habilidades importantes à prática profissional no futuro, mais consciente de seu papel com maior responsabilidade social.

---

# TEMA: AVALIAÇÃO DE PROGRAMA E GESTÃO DO ENSINO

## Diversificação dos cenários de prática no internato: da teoria à realidade

*Luciana de Almeida Silva Teixeira/ Felipe Bueno Spicacci/ Marina Mayumi Vendrame Takao/ Isabela Borges de Melo/ Vanessa Fraga Mendes/ Fernanda Amaral Lau/ Alberto Garcia Dornelas/ Guilherme Rocha Pardi/ Mario León Silva-Vergara/ Valdes Roberto Bollela*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

### CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

As escolas de medicina têm passado por modificações em vários aspectos ao longo dos últimos anos. Docentes formados em escolas tradicionais, com modelo centrado no professor e aprendizado em cenário hospitalar, precisam se tornar protagonistas desta mudança de paradigma na formação em saúde. O programa FAIMER se apresenta como um grande apoiador do docente neste processo de transformação da realidade. O presente relato refere-se à contribuição do FAIMER na indução de projetos realizados no Curso de Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). A primeira sessão presencial do programa foi fundamental para despertar a necessidade de aprofundar mais na caracterização dos problemas do Curso de Medicina da UFTM, em quais questões seria importante intervir, e em quais seria possível atuar. Essa visão da mudança como um processo, e não somente como um projeto de pesquisa-ação, fez com que emergisse a possibilidade de atuação em mais de um projeto, e, por conseguinte, mais de um problema. Todos os projetos que serão relatados neste resumo tiveram como cerne a modificação da forma de

estruturar o curso de medicina da UFTM, sendo escolhidas três frentes de atuação: diversificação de cenários de prática; introdução do ensino à distância e qualificação no processo de gestão do ensino. Tais aspectos foram escolhidos por representarem, no conjunto, práticas possíveis de se concretizar como primeiro passo da mudança no contexto local. Durante os mais de 60 anos de existência do Curso de Medicina da UFTM, poucas ações pontuais haviam sido desenvolvidas no sentido de torná-lo mais apropriado ao contexto de formação atual. A UFTM teve projetos aprovados em iniciativas governamentais tais como Pró-saúde e PET-Saúde. Entretanto, a participação se restringiu a projetos focais, sem desencadear mudança na estrutura ou mesmo reflexão dos atores do curso como um todo. O programa FAIMER propiciou uma leitura mais apropriada de tais políticas públicas, direcionando o foco também para a sustentabilidade e ampliação das ações. As ações foram planejadas a partir das discussões presenciais e à distância com facilitadores do programa FAIMER. Os projetos aqui descritos tiveram envolvimento direto ou indireto do programa, seja por meio dos diversos materiais disponibilizados, *coaching* pelos facilitadores, aprendizado

---

em ambiente virtual, dentre outros. Foi obtida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos para a utilização de todas as informações de pesquisa.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

No que se refere à diversificação de cenários de prática, o objetivo foi iniciar um novo campo de atuação para estudantes do internato de Clínica Médica. Toda a carga horária deste internato era desenvolvida em hospital terciário. Diante da necessidade de ampliar o cenário, com a de expansão do ensino de urgências e emergências, criou-se um estágio na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Como tal unidade não faz parte do campo de ação da universidade, primeiramente, foi essencial estabelecer parceria entre a UFTM e a Prefeitura Municipal de Uberaba. Para esse acordo foram envolvidos: Secretaria Municipal de Saúde, Reitoria, Superintendência do Hospital de Clínicas e Coordenação do Curso de Medicina. Depois desta parceria, foi realizada pesquisa para avaliar a expectativa dos estudantes sobre a possibilidade de um “estágio piloto” com quatro horas semanais, durante o 12º período. Dos 61 alunos convidados, 54 (88,5%) participaram. Destes, 49 (90,7%) referiram expectativa “positiva” para realizar o estágio. O momento da graduação no qual o estágio ocorreria foi considerado “tardio” por 22 (40,7%). A metade dos internos (27) referiu insegurança para realizar o estágio. Potenciais ganhos foram descritos por 53 (98,1%) alunos: Experiência com treinamento em serviço; Diversificação de cenários de práticas e clientela atendida; Prática em local que poderá ser o futuro emprego; Redução na ansiedade da inserção no mercado de trabalho, e, 32 (59,2%) apontaram possíveis dificuldades: Qualidade da preceptoria; Insegurança para atender o paciente; Deficiência de recursos materiais e/ou humanos; Baixo envolvimento da universidade. Parecia evidente que este novo cenário contribuía para melhorar a formação dos internos. No entanto, faltava qualificar o quanto esta diversificação de cenários estaria interferindo na experiência educacional vivenciada. Para isso, foi realizado outro estudo, longitudinal, com obtenção dos dados referentes ao atendimento prestado por internos nos três cenários de prática (hospital terciário, unidade básica de saúde e prontoatendimento). Avaliou-se o atendimento por 30

dias dos estudantes do último ano, tempo habitual de permanência nos estágios. Do total de 201 consultas médicas registradas, 117 ocorreram na Atenção Primária, 26 na atenção secundária e 58 na terciária. Com relação aos motivos que levaram os pacientes a procurarem os serviços de saúde, foi constatado que o cenário associou-se a diferenciação na experiência educacional vivenciada pelo interno, e, por conseguinte, maior amplitude da mesma. Foi evidente a progressiva elaboração dos diagnósticos, em função do nível do atendimento. Na Atenção Primária, vários dos motivos registrados eram sintomas, enquanto na terciária, os motivos mais frequentes foram diagnósticos elaborados. O estágio na UPA foi então considerado adequado e os próximos passos se referiam à sustentabilidade e ampliação desta experiência. Para isso, foi essencial a atuação persistente do Coordenador de Curso junto à Reitoria da UFTM e à Prefeitura, além da mobilização de docentes da Clínica Médica e da Pediatria. Como resultado, foram liberadas quatro vagas para médicos, dois clínicos e dois pediatras, contratados pela UFTM para atuarem na UPA como preceptores de internos de segunda à sexta-feira, seis horas diárias. Em 2015, o estágio na UPA entrou no Projeto Pedagógico do Curso e agora compreende 20 horas/semana na Clínica Médica e igual carga horária na Pediatria. Paralelo e complementar a este movimento, foram feitos projetos com a intenção de introduzir o ensino à distância como ferramenta adicional de ensino-aprendizagem durante o internato. Partiu-se da premissa da plataforma *Moodle* poderia facilitar a comunicação entre preceptor e interno, nessa fase predominantemente prática do Curso de Medicina. Foram feitas duas intervenções em momentos distintos do internato: a primeira durante o estágio de Infectologia e a segunda no estágio de Medicina Social. A intervenção no estágio de Infectologia foi direcionada para discussão em ambiente de fórum de casos clínicos da área, com enfoque na Atenção Primária ou Secundária. Foram discutidos casos reais, atendidos previamente por outros internos, extraídos do estudo descrito previamente. Dos 37 estudantes convidados, 36 participaram. Nos primeiros três meses, diante da baixa participação espontânea, optou-se por atribuir nota à atividade. Houve aumento significativo do número de postagens antes e depois desta atribuição de nota, partindo-se de 11 para 123 inserções. A atividade foi avaliada como Boa por 29 (80,5%)

---

alunos, dos quais 20 (55,6%) se sentiram mais preparados para reconhecer problemas passíveis de atendimento em Atenção Primária e Secundária na área proposta. Com base nesta experiência foi planejada a segunda intervenção, para que os internos em estágio na Atenção Primária da Rede Municipal pudessem compartilhar, via Moodle, suas vivências com seus docentes. Para isso, foi optado pelo portfólio reflexivo semanal, acompanhado do *feedback* docente, durante os dois meses de estágio do internato de Medicina Social. Todos os 30 estudantes convidados participaram da atividade e da pesquisa. Em conceito geral, a atividade foi considerada Boa por 18 (60%), e Regular ou Ruim por 12 (40%). Do total de 153 inserções realizadas pelos estudantes, 78 (51%) não foram respondidas pelo docente, sendo que 21 (70%) dos estudantes concordaram que os *feedbacks* e estímulos dos professores aumentaram sua motivação para acompanhar as discussões. Na autopercepção de ganho de conhecimento/habilidade, do total de 240 itens, os estudantes responderam ausência de ganho para 135 (56,2%) itens. Os ganhos foram mais frequentemente referidos entre os estudantes que receberam o *feedback* do docente. Atualmente, a sustentabilidade e a ampliação das ações voltadas para o ensino à distância durante o internato têm sido discutidas. A estrutura material permite esta opção, no entanto, a ferramenta virtual exige um grupo de preceptores habilitados não somente no seu campo de conhecimento, mas também no uso do ambiente virtual. Assim, o Moodle nos parece uma boa ferramenta para registro de práticas e reflexão em cenários diversos, mas apresenta como fator limitante a disponibilidade e qualificação dos preceptores para condução da atividade. Por fim, este movimento de atuação na estrutura curricular do curso, resultou em um movimento coordenado entre convite e receptividade para participar de forma mais ativa no aprimoramento do processo de gestão do ensino na UFTM. A participação da gestão se deu em diversos níveis: coordenação de departamento, membro do NDE e Coordenação da Gestão do Ensino do Hospital de Clínicas.

## IMPACTO:

A discussão sobre o impacto resultante das ações apresentadas perpassa pelo modelo de avaliação proposto por Kirkpatrick. No primeiro nível, a satisfação dos estu-

dantes foi aferida antes e depois de todas as intervenções. As expectativas dos alunos para as intervenções foram, em geral, muito positivas. Isso pode demonstrar uma percepção dos mesmos sobre inadequação do currículo tradicional. Depois das atividades instituídas, a avaliação do processo referida pelos estudantes também foi predominantemente positiva. Foram apontados por eles, aspectos que mereciam ser melhorados como o aumento da carga horária na UPA e a maior dedicação/qualificação dos docentes para a realização das devolutivas em ambiente virtual. No segundo nível, a percepção de aprendizado dos alunos também foi aferida depois das intervenções. A autopercepção de ganho de competência/habilidade esteve presente tanto no estágio da UPA, quanto nas atividades de ensino à distância. Os itens para os quais o aprendizado foi mais perceptível foram: UPA: Compreensão sobre a classificação de risco no Pronto Atendimento, habilidade de se comunicar com os pacientes no Prontoatendimento, capacidade de elaborar raciocínio clínico no atendimento de pacientes de nível secundário; - Ensino à Distância: Capacidade de acessar a plataforma Moodle, de elaborar um raciocínio clínico, e de se expressar em ambiente de fórum, contato com casos clínicos de nível primário e secundário de atenção, reflexão sobre a prática na Atenção Primária e identificação da aplicabilidade do conteúdo aprendido.

No terceiro nível, pode-se avaliar a implementação sustentável do estágio na UPA, com carga horária e preceptoria adequadas. A intervenção começou pontual em 2012, foi ampliada e resultou em modificação do Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da UFTM em 2015. Além desse aspecto, em nível da gestão do ensino no Curso de Medicina, foi desencadeado um processo de reforma curricular em 2013, que está em fase de ampla discussão nos diversos espaços e atores do curso, tendo o Núcleo Docente Estruturante o papel central nesse processo. Considerando o quarto nível, o resultado deste movimento em termos de mudança de comportamento institucional e impacto na sociedade, ainda não será possível avaliar. Este processo foi iniciado em 2012, sendo necessário mais tempo para este tipo de aferição.

---

## QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?

Os próximos passos deste amplo projeto já foram sendo delineados ao longo de sua execução. A diversificação de cenário de prática com a criação de estágio na UPA e o uso da ferramenta *Moodle*, já são práticas incorporadas no currículo do Curso de Medicina da UFTM. No entanto, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais trouxeram novos desafios para ajustes na matriz curricular. A informação resultante destes projetos será útil na ampliação, qualificação e utilização de novas estratégias no cenário da Atenção Primária, que deverá percorrer todo o curso, e não apenas o internato. A mobilização e qualificação de mais docentes tem se mostrado o aspecto mais desafiador a ser enfrentado nas modificações propostas. Neste sentido, o Núcleo Docente Estruturante tem se transformado progressivamente em espaço de educação permanente, no mínimo para os docentes e discentes que o frequentam. Assim, esse grupo tem se tornado mais qualificado para capitanear a reforma curricular de maneira consistente. Outro aspecto fundamental é o envolvimento dos estudantes em todas as intervenções planejadas. Geralmente, eles são os atores mais críticos e tem grande potencial propulsor para a mudança. Por conseguinte, precisam ser ouvidos em todas as discussões, e são excelentes parceiros quando motivados e valorizados.

## POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?

Estas experiências foram desenvolvidas em uma instituição com matriz curricular bastante conservadora. O maior benefício resultante dessas intervenções está em inserir os estudantes na realidade da Comunidade. Assim, os diferentes campos de prática e estratégias expõem o aluno a oportunidades de aprendizagem mais diversificadas, com maior probabilidade de aprendizado voltado para a prática médica. Por consequência, o aprendizado do estudante torna-se mais contextualizado e alinhado com aquele que melhor represente a realidade que irá enfrentar ao longo de sua carreira, em especial no término da graduação e residência médica. Para a execução de projetos dessa monta é necessária mobilização dos diversos parceiros neste processo: estudan-

tes, gestores internos e externos à universidade, docentes e técnicos. A institucionalização dos projetos e o planejamento dos produtos a serem alcançados também são etapas importantes. Os resultados demonstrados foram relacionados ao desenvolvimento de: quatro trabalhos de iniciação científica com bolsa; nove apresentações de trabalho no Congresso Brasileiro de Educação Médica e um artigo publicado entre os anos de 2013 e 2015. Por fim, as habilidades trabalhadas durante o programa FAIMER favorecem a construção de projetos de transformação do contexto local de ensino-aprendizagem nas profissões da saúde.

---

# O desafio de construir sem destruir – estratégias para realização de reforma curricular em curso médico tradicional

Marta Menezes

Instituição onde o projeto foi implantado: Escola Bahiana de Medicina

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

O processo de formação profissional que prioriza os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as necessidades de saúde pública demandam atualização e mudança do projeto pedagógico dos cursos de Medicina que afetem tanto a matriz curricular quanto seu propósito político-filosófico. A melhoria das condições de saúde da população passa, obrigatoriamente, pela adequada formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, para que possam atuar de forma eficaz no SUS, atendendo às necessidades de saúde da população. A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) é uma instituição de ensino superior (IES) que tem regime administrativo privado sem fins lucrativos, atua há mais de 60 anos e forma, a cada ano, aproximadamente 200 médicos no Estado da Bahia. Até 2000, foi responsável pela formação anual de 55% dos médicos no Estado. Atualmente, oferece 26,5% das vagas disponíveis para Medicina no Estado. Instituir as reformas, atendendo às Diretrizes Curriculares Nacionais para Graduação Médica do MEC (DCN). O processo requereu a preservação dos valores institucionais e da qualidade de ensino, respeitando ainda a autonomia dos corpos docente e discente, e exigiu o desenvolvimento de estratégias para construir o novo currículo, evitando rupturas que inviabilizassem a continuidade do curso, principalmente pela forte formação flexneriana do corpo docente, ainda não

adaptado ao modelo de descentralização do ensino. A proposta da metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) surgiu como uma estratégia metodológica inovadora e foi adotada por várias IES no Brasil. Nas IES existentes no Brasil antes das DCN de 2001, em geral, era instituído um novo modelo que coexistia com o modelo tradicional até que todos os estudantes do antigo modelo concluíssem o curso. A EBMSP optou pela estratégia de adaptação gradual e progressiva, com mudança de modelo disciplinar fragmentado em modular integrado, com a introdução de metodologias ativas de aprendizagem. Como estratégia para o início das mudanças, a partir de 2002, foi realizada capacitação de docentes para o desenvolvimento das mudanças curriculares, focando as propostas de alterações nos componentes em que os docentes eram mais acessíveis e motivados, com frentes de trabalho nos vários períodos, buscando vencer resistências para a construção de uma nova proposta, sem comprometer a estrutura do curso. Apesar de avanços obtidos em alguns semestres do curso, foram identificados focos importantes de oposição às mudanças. Naquela ocasião, frequentemente eram registradas queixas referentes à resistência à integração do componente curricular Bioquímica ao módulo de Biofunção, gerando perdas pedagógicas para os estudantes. Objetivando o diagnóstico da problemática relatada e intervenção adequada, foi desenvolvida uma proposta, apresentada como projeto Faimer em 2007, para cons-

---

trução e monitoramento de módulo curricular no segundo ano do curso de Medicina, envolvendo os componentes curriculares de Fisiologia e Bioquímica. Esperava-se compreender as dificuldades do ponto de vista de discentes e docentes, testar estratégias educacionais e identificar a melhor forma de obter informações que permitissem adequado *feedback* para professores e alunos, e conseqüente correção de rumos. O registro sistematizado e a experiência obtida com esta pesquisa serviriam como base para as futuras adaptações curriculares em curso.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Foi aplicado um questionário objetivo, estruturado e qualitativo, a estudantes e professores em dois momentos: na implantação do módulo e no final do semestre. Tendo como base a avaliação inicial, foram programadas as mudanças necessárias, a serem aplicadas aos alunos 2007.2, que também seriam submetidos a questionário idêntico no final do semestre. (A) Descrição dos processos de 2007.1. Após a realização do treinamento, os professores construíram coletivamente os casos a serem trabalhados nas sessões tutoriais. As atividades da semana contemplaram sessões tutoriais, aulas práticas de Bioquímica e Fisiologia, plantão de dúvidas e conferências, sendo mantidas as aulas teóricas ministradas pelo docente do componente curricular de Bioquímica. Foi ainda atribuído peso a cada um dos componentes para as diversas atividades previstas. As tutorias, com ficha própria de avaliação, contribuíam com peso 5, as provas teóricas com peso 4 (2 para Fisiologia e 2 para Bioquímica), e as práticas, com peso 1. Foram aplicados questionários, em escala do tipo Likert, para avaliar o processo de integração, tutorias, práticas e avaliação, e outro qualitativo apreciativo, para identificar os aspectos mais importantes a serem avaliados e a necessidade de melhorias sobre os assuntos referidos. Durante o semestre, alguns ajustes foram realizados para correção dos problemas identificados, que envolveram nova divisão de assuntos, inclusão de mais uma prova teórica em Fisiologia e reorientação de professores. A tentativa de influência sobre os alunos de um docente do componente de Bioquímica causou intranquilidade no corpo discente, diante do temor de reprovação no componente curricular. Os estudantes foram acolhidos pelos professores da

tutoria, Serviço de Supervisão Pedagógica e Coordenação. Ao perceberem que não corriam risco de reprovação em Bioquímica, muitos faltaram à última prova desse componente curricular, o que causou distorção no processo de avaliação. A inadequação decorrente da falta de uniformização de aplicação dos critérios de avaliação nas tutorias contribuiu para agravar a situação. Por exemplo, um dos professores da tutoria conferiu nota máxima a todos os seus estudantes, o que elevou a média final e aprovação de discentes sem bom desempenho. Tal fato representou um desvio do docente em relação aos aspectos alinhados previamente na capacitação, que envolveu avaliação processual e causou muita reclamação entre estudantes e professores. Dificuldades encontradas durante o semestre 2007.1: (i) insegurança de alguns professores frente à nova proposta; (ii) dificuldade de adequação de alguns professores ao modelo PBL; (iii) necessidade de ajuste na divisão de assuntos; (iv) influência, sobre estudantes, de um docente do componente curricular de Bioquímica, questionando as mudanças implementadas e tentando manter o prestígio do referido componente; (v) inviabilização de comparação de desempenho cognitivo da turma atual com a turma anterior, pelo fato de os estudantes não comparecerem à última prova de Bioquímica ao perceberem a nova divisão de pesos na avaliação dos Componentes Curriculares; (vi) dificuldade de uniformização da aplicação de avaliação das tutorias. Os resultados dos questionários foram compartilhados com os professores e a direção do curso. Foram então realizados ajustes com relocação de professores e implementadas alterações no processo de avaliação final. (B) Descrição dos processos de 2007.2: neste semestre, foram mantidas as reuniões de acompanhamento da mudança curricular. Durante o processo, constatou-se a impossibilidade de dois professores do componente curricular de Bioquímica se adaptarem ao processo tutorial, sendo direcionados a outras atividades e substituídos por outro docente contratado. A mudança causou certo tumulto, porém a adequação do novo professor frente aos grupos e o apoio dos demais professores levaram a um retorno positivo na avaliação dos alunos, que estavam se sentindo prejudicados com a atuação dos professores anteriores. Dificuldades encontradas durante o semestre 2007.2: (i) dificuldade de adequação de alguns professores ao modelo PBL; (ii) necessidade de ajuste na divisão de assuntos; (iii) Influência,

---

sobre estudantes, de docente do componente curricular de Bioquímica, questionando as mudanças implementadas e tentando manter o prestígio do referido componente; (iv) necessidade de integrar o módulo teórico e rever as práticas de Bioquímica; (v) dificuldade de uniformização da aplicação de avaliação das tutorias. C) Resultados apontados nos questionários de avaliação. O questionário em escala do tipo Likert demonstrou o entendimento dos estudantes quanto à importância da integração dos conteúdos para a compreensão dos assuntos estudados, sendo que 93% e 88% concordaram ou concordaram fortemente com esta afirmativa em 2007.1 e 2007.2, respectivamente. Quando inquiridos se as tutorias atenderam satisfatoriamente aos seus objetivos, 83% e 85% concordaram ou concordaram fortemente com este tópico em 2007.1 e 2007.2, respectivamente. Com relação ao aspecto de se as aulas práticas contribuíram para a fixação dos assuntos estudados, 73,9% e 76% concordaram ou concordaram fortemente em 2007.1 e 2007.2, respectivamente. Com relação à adequação da prova teórica, 55% e 76% concordaram ou concordaram fortemente com a referida adequação em 2007.1 e 2007.2, respectivamente. Foram realizadas categorização e análise qualitativa com análise de conteúdo (referência do método) das respostas abertas dos estudantes, abordando os pontos positivos e os que precisavam ser melhorados no processo de integração. Quando avaliadas as questões relativas à integração, observou-se que os estudantes identificaram o processo integrativo como ponto positivo e facilitador da aprendizagem. Os discentes apontaram a não integração da Bioquímica teórica como uma fragilidade, sendo tal fato mais evidente na turma 2007.2. Nas questões relativas às tutorias, existiu um entendimento da importância do método APB, quando seus objetivos eram bem identificados, gerando estímulo ao estudo e valorização do trabalho em grupo. De acordo com a opinião dos discentes, a busca do conhecimento contribui para a fixação dos assuntos, porém apontaram necessidade de maior uniformidade entre as tutorias e aprimoramento do processo. Na questão referente a aulas práticas, foi observada crítica importante com relação às práticas de Bioquímica, que se encontravam inadequadas ao modelo proposto, sendo as mesmas mais acentuadas em 2007.2. A inadequação da prova teórica evidenciada nas observações realizadas com uso da escala Likert relacionou-se com a

necessidade de melhor divisão de assuntos, com o objetivo de evitar sobrecarga. Foi verificada uma elevação no nível de concordância com relação ao item adequação da prova teórica.

## **IMPACTO:**

O desafio da aplicação de metodologia de planejamento científico em projetos de educação médica trouxe grande impacto na reforma curricular dos componentes avaliados, pois permitiu melhor entendimento das dificuldades e possibilidades de correção, a curto e longo prazo, dos projetos educacionais propostos, sendo possível uma inferência para demais componentes curriculares do curso médico da EBMS. No exemplo apresentado – a necessidade de desenvolvimento de estratégia, buscando integração curricular em módulo com introdução de metodologia ativa de aprendizagem, procurando preservar a estrutura básica do curso –, alguns aspectos podem ser considerados de elevado grau de aprendizagem e comuns a outras situações. A experiência documentada pôde ser aplicada em situações semelhantes no próprio curso ou em outras IES. A política institucional no processo de mudança curricular objetivou, em todas as suas etapas, possibilitar a todos os docentes, mesmo aos com formação mais antiga, a capacitação no novo modelo proposto, sendo levadas em conta as especificidades de cada docente inserido. Foi identificado que a condução colaborativa foi insuficiente para permitir o desenvolvimento do projeto com a participação de docentes com posicionamentos cristalizados de oposição à reforma curricular. Em parte, muitas das ações foram realizadas a contento, porém muitas foram as dificuldades enfrentadas para implantação do módulo, apesar da aparente colaboração do referido docente. O projeto foi concluído nos dois semestres propostos inicialmente, porém as dificuldades só foram realmente sanadas quando o “professor resistente” foi definitivamente afastado da graduação em 2010. Além do questionário objetivo e do modelo Likert, houve a aplicação de inquérito apreciativo com respostas abertas a todos os alunos. Quando se questionou sobre os “aspectos mais importantes” e “o que precisam melhorar” no processo de mudança curricular, a avaliação qualitativa das respostas permitiu complementar a avaliação quantitativa, apresentando detalhamento do que não foi possível identificar com

---

apenas uma metodologia de análise. Foi possível perceber a postura colaborativa dos estudantes durante o desenvolvimento do projeto, em contraposição à postura crítica e pouco propositiva identificada em situações anteriores. Tal fato amenizou o costumeiro estresse relacionado às mudanças curriculares. Entre outras motivações, acredita-se que o a utilização de modelo do inquérito apreciativo permitiu uma visão positiva do entrevistado frente ao problema proposto, induzindo atitude colaborativa e postura de crítica construtiva. A metodologia aplicada na construção deste módulo foi também utilizada na construção e ajustes de outros módulos ao longo do período em que a reforma curricular do curso foi realizada.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O projeto inicial de integração disciplinar de Bioquímica e Fisiologia e a construção do módulo de Biofunção no segundo ano do curso foram finalizados, de acordo com a proposta inicial de conclusão em dois anos, porém, como foi parte de um projeto maior de reforma curricular, o modelo foi aplicado em outros momentos do curso. Considerando-se ainda o aspecto vivo e dinâmico do currículo, o processo de ajuste fino continua sendo monitorado, com a ativa participação da coordenação do curso, supervisão pedagógica e núcleo docente estruturante, utilizando questionários aplicados aos discentes e *feedback* aos docentes em encontro periódicos. As novas DCN, publicadas em junho de 2014, abordam aspectos não muito aprofundados na versão publicada em 2001, com foco maior na ampliação de atuação na Atenção Básica, urgência e emergência, além de fortalecer a formação interprofissional. Tem sido alvo de experimentação e observação para nova adequação curricular.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Podem ser listados como fatores facilitadores para as mudanças curriculares a receptividade dos docentes, o acolhimento e estímulo da gestão da IES e o suporte de recursos, como a Supervisão Pedagógica e o Programa Institucional de Desenvolvimento Docente. Maior celeridade e efetividade nas reformas podem também ser

atribuídas ao fato de se tratar de IES privada. Apesar das situações facilitadoras, deve-se considerar que “o preço da qualidade é a eterna vigilância”, ou seja, o acompanhamento e supervisão continuada são fundamentais para que as mudanças estabelecidas sejam mantidas.

---

# Aprendendo em grupo: projeto de fortalecimento da equipe gestora da reforma curricular

*Rosana Brandão Vilela*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Federal de Alagoas (Ufal)

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

Em 2006, o curso médico da Universidade Federal de Alagoas iniciou um novo currículo, baseado nas Diretrizes Curriculares Nacionais, com uma proposta de ensino integrado, interdisciplinar, inserção do aluno no serviço a partir do primeiro período do curso e internato em dois anos. O projeto se fazia necessário devido à complexidade do novo currículo, às mudanças rápidas na educação e na prática médica, e às responsabilidades concomitantes dos professores com o ensino, assistência/extensão e pesquisa, que demandam competências do Grupo Gestor (GG) da reforma curricular. Durante o processo inicial, este grupo não se sente preparado para enfrentar de forma salutar os problemas decorrentes deste processo. Para tanto, o projeto de intervenção teve o objetivo de elaborar um Programa de Suporte para este GG com base nas necessidades manifestadas por seus membros.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Buscou-se conhecer as necessidades do grupo por meio de: (i) questionário para os coordenadores de módulos/disciplinas, abordando: conhecimento sobre a proposta curricular, função e responsabilidades do grupo e sua relação com a coordenação do curso e direção da faculdade; (ii) análise do relatório da assembleia dos discentes

sobre a reforma curricular; (iii) tipagem dos temperamentos do GG, pelo classificador de Keirsey; (iv) oficina sobre facilidades e dificuldades no trabalho e nas relações do GG. Concomitantemente à fase de diagnóstico das necessidades, implantaram-se algumas intervenções, como: dinâmicas sobre a utilização da tipagem de temperamento no trabalho em equipe e na resolução de conflitos, curso de especialização em gestão pedagógica e trabalho de desenvolvimento grupal para lidar com conflitos.

## **IMPACTO:**

(i) estabelecimento de prioridades para o desenvolvimento do GG: um programa técnico-gerencial (liderança, gestão de pessoas e equipes, avaliação de processo e impactos, como lidar com a indisciplina, como motivar, planejamento e organização do trabalho), assessoria pedagógica e em comunicação, e atividades que possibilitem a integração e a melhoria da qualidade de vida no ambiente de trabalho; (ii) detectou-se uma forte concentração de indivíduos extrovertidos, pensadores e jogadores no GG, significando que o grupo deve ser encorajado a exercitar habilidades como: escutar, entender e respeitar as opiniões e pontos de vista diferentes; (iii) pôster apresentado no congresso da ABEM sobre a tipologia do GG; (iv) membros do grupo iniciados na utilização da tipagem de temperamento em gestão, ferramen-

---

tas de planejamento e mapa conceitual; (v) identificadas as principais facilidades (prazer na docência, esperança, valorização, sentimento de pertencimento) e as dificuldades no trabalho e nas relações do GG (despreparo para: gestão, docência, trabalho em equipe, SUS, Atenção Básica, corpo docente pouco renovado e desmotivado, indisciplina discente); (vi) demonstração das habilidades do grupo no enfrentamento dos problemas. Entre os impactos do projeto ressaltamos: (i) o grupo gestor conhece suas necessidades para responder aos desafios da reforma curricular; (ii) o grupo gestor conhece seu temperamento e inicia um trabalho de convivência com as diferenças individuais; (iii) o grupo gestor está mais envolvido e participante; (iv) programa de suporte para o GG inserido, em parte, no planejamento da Famed/Ufal.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O programa requer investimentos e contou com o apoio financeiro do Pro-Saúde. A descontinuidade deste financiamento e a pouca preocupação institucional com o desenvolvimento grupal têm prejudicado, em parte, a sustentabilidade e expansão deste projeto, mas até hoje os frutos estão sendo colhidos.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Porque o GG passou a trabalhar de forma mais produtiva e saudável. Muitos indivíduos do grupo se mantêm em cargos de gestão até o momento. Quase todos participam, de alguma forma, do mestrado em ensino na saúde. Com esta experiência aprendemos que é viável e importante cuidar do grupo de gestores de uma instituição em processo de mudança; aprendemos que as maiores dificuldades enfrentadas pelo nosso GG estão ligadas às relações interpessoais; aprendemos a dar a devida importância ao planejamento detalhado das ações; aprendemos a enxergar a complexidade e a riqueza do trabalho em grupo; aprendemos o quanto é difícil olhar para nós mesmos e cuidar de nós mesmos.

---

# Desafios e caminhos para a mudança curricular em Odontologia

*João Luiz Silveira/Vera Lúcia Garcia*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Curso de Odontologia da Universidade Regional de Blumenau (Furb)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

No Brasil, a formação em Odontologia apresenta desafios comuns aos das demais profissões da saúde, destacando-se historicamente uma preponderante valorização do modelo liberal da profissão com superespecialização, reduzido foco sobre a dimensão social do processo saúde-doença e também dos princípios, diretrizes e concepção do processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Além dessas características comuns, o ensino de Odontologia apresenta uma história específica que determina, em parte, um grave quadro de saúde bucal da população, marcado por: superconcentração de dentistas nos centros urbanos, gerando esgotamento do mercado liberal e pouco acesso a serviços no interior; foco na doença, com alta prevalência de sequelas como o edentulismo; exclusão social de acesso a serviços odontológicos principalmente entre adultos e idosos que não podem custear seu tratamento. Como estratégia para reverter este quadro de saúde pública, no âmbito da atenção, o Ministério da Saúde publicou, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal, e, no âmbito da educação superior, regulada pelo Ministério da Educação (MEC), foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde a partir do ano 2000, tendo sido as DCN de Odontologia publicadas em 2001. As DCN constituem normas gerais com especificidade para cada curso. Consideram

estratégica a formação para o SUS, para melhorar o perfil epidemiológico. Transcorridos mais de 15 anos de sua publicação, as mudanças curriculares ainda constituem um grande desafio, marcado por conflitos de interesses entre os sujeitos e instituições implicados nesse processo, sejam estes estudantes, professores, gestores das instituições de ensino superior (IES) ou do governo. Este conflito se estende ao âmbito da sociedade, envolvendo corporações profissionais, associações de ensino, instituições de prestação de serviços e a população usuária dos serviços de saúde. Nesse contexto, importa conhecer o que os sujeitos pensam sobre a formação, além de informar e sensibilizar sobre as necessidades de mudança curricular, considerando os aspectos legal, pedagógico e social da educação como política de Estado no Brasil. O presente projeto apresenta um processo de mudança curricular realizado no curso de Odontologia da Universidade Regional de Blumenau (Furb), instituição pública legalmente constituída como autarquia municipal. O curso iniciou a primeira turma em 1998, recebeu credenciamento em 2002 e até o ano de 2010 ainda não havia concluído a elaboração e aprovação do seu Projeto Pedagógico de Curso (PPC). Acompanhando a tendência dos demais cursos no Brasil, a trajetória de discussão do PPC foi marcada por falta de consenso, conflitos e grande resistência à mudança da matriz curricular por parte de estudantes e professores, com pouco envolvimento no processo de discussão. A ausência de um PPC confi-

---

gurava uma irregularidade do curso, e a matriz curricular em execução não atendia a vários requisitos previstos nas DCN para os cursos de Odontologia. A meta do presente projeto foi conduzir um processo de discussão, de forma participativa, para aprovar um PPC em 2011 que atendesse às DCN. Em busca de subsídios teóricos e metodológicos para responder a este desafio, o coordenador do curso submeteu o projeto ao Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores das Profissões da Saúde por ocasião da chamada para o edital da Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (Faimer-Brazil). As questões que impulsionaram o projeto foram: Que metodologias poderiam viabilizar e consolidar a mudança curricular? Que sujeitos deveriam estar implicados no processo? Quais as formas de melhorar a participação para a mudança curricular? Que referenciais e estratégias poderiam dar suporte às discussões e dirimir o conflito? Buscava-se atender às demandas legais e tendências pedagógicas do ensino de Odontologia no Brasil.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Para sensibilizar e informar, ampliando a participação da comunidade acadêmica na elaboração do projeto de mudança curricular, foram efetivadas as seguintes ações: (i) busca de apoio da gestão superior ao projeto, tendo sido obtido o financiamento das passagens aéreas para o coordenador participar do programa Faimer e o apoio de uma pedagoga da Pró-Reitoria de Ensino de Graduação (Proen) para participar efetivamente do projeto; (ii) realização de oficinas com os estudantes, em todas as turmas do curso, sobre DCN de Odontologia; (iii) oferta de cursos aos docentes no Programa de Formação Docente, abordando temáticas relacionadas ao ensino e ao currículo; (iv) abertura de um fórum sobre Ensino na Saúde para os cursos de graduação do CCS; (d) participação de convidado externo na Semana Acadêmica de Odontologia, sobre a temática da mudança curricular; (v) realização de grupos focais com estudantes em todas as turmas e reuniões com as equipes de docentes por disciplina para conhecer suas representações sobre o tema do ensino odontológico; (vi) inclusão e envolvimento dos membros do Núcleo Docente Estruturante (NDE) em todas as fases do projeto de mudança curricular; (vii) captação de recursos financeiros e bolsas no

edital Propet-Saúde da Secretaria de Gestão e do Trabalho na Saúde (SGTES) para apoiar as ações previstas e ampliar a participação de estudantes, docentes e preceptores do SUS na mudança curricular e fortalecer a integração ensino-serviço; (viii) nomeação de dois estudantes por turma e membros do Centro Acadêmico de Odontologia (CAO) para compor uma comissão de currículo para a elaboração do projeto. Os dados coletados foram sistematizados e discutidos continuamente com os participantes em reuniões do departamento de Odontologia, do NDE e com a gestão superior. Destaca-se o processo de integração ensino-serviço, envolvendo a universidade (Furb) e a Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau (Semus), fundamental para qualificar a formação e a atenção no serviço, resultando na ampliação da presença de estudantes de Odontologia nos cenários de prática do SUS em atividades de estágio, pesquisa e extensão. O maior desafio para a implantação de mudanças curriculares é a participação efetiva dos estudantes e docentes, considerando que o currículo prescrito só será efetivado se estes sujeitos acreditarem nos princípios que o norteiam. Pode-se assumir que houve avanço nessa participação se considerarmos que antes do projeto as discussões sobre mudança curricular se limitavam ao colegiado de curso com no máximo nove estudantes nomeados para participar daquela instância. Entretanto, na prática, registrava uma média de faltas superior a 60%, limitando-se a uma participação de quatro alunos. Quanto aos docentes, também havia uma participação extremamente reduzida, que não alcançava 20% e não incluía todas as disciplinas. O processo de discussão se limitava à definição de distribuição de carga horária para disciplinas, não aprofundando as questões relevantes da tendência de mudança e dos aspectos legais da formação odontológica. Este processo era totalmente ineficaz, pois, quando as deliberações do colegiado chegavam às reuniões de departamento para votação, não havia consenso, nem possibilidade de avançar para as instâncias superiores. Com a implantação do projeto descrito, ampliou-se para 85% o alcance da participação dos estudantes, seja nas oficinas em salas de aula ou nos grupos focais; entre os docentes, houve a participação de cinco das seis equipes de disciplinas do ciclo profissionalizante, com indicação de um docente representante para participar das discussões como integrante da comissão de elaboração do PPC e com possibilidade de participação

---

das equipes nas reuniões. A distribuição de tarefas específicas para os membros da comissão após leitura de material sobre a temática da mudança curricular e definição de metas objetivas teve efeito positivo, alcançando resultados que eram paulatinamente levados para discussão no grupo ampliado como propostas a serem aprovadas sobre temas concretos, defendidos de forma embasada nos referenciais estudados pela equipe. Pode-se considerar que o PPC aprovado, resultado do presente projeto, atendeu de forma satisfatória aos requisitos legais das DCN e possibilitou o desenvolvimento de uma cultura sobre ensino odontológico. Entretanto, em termos de concepção curricular, cabe destacar que o PPC implantado ainda se caracteriza como um currículo “tradicional”, organizado majoritariamente por disciplinas isoladas, com algumas iniciativas de integração de disciplinas clínicas, prevalecendo a abordagem de conteúdos teóricos, em certos casos com excessivo aprofundamento de conteúdos especializados. As disciplinas do “ciclo básico” permaneceram isoladas das “disciplinas profissionalizantes”. Na dimensão didático-pedagógica, não foi possível generalizar ou intensificar o uso de metodologias ativas, que permaneceram como iniciativas isoladas, sendo realizadas por alguns docentes em suas disciplinas. A aula teórica com audiovisual, focada em conteúdos, permanece como a forma predominante de ensino, caracterizado como ensino “tradicional”. Outro desafio se refere à implantação de um sistema permanente de avaliação do PPC e formação continuada sobre ensino odontológico, de forma abrangente e participativa, cujos resultados devem alimentar um processo de mudança contínuo, considerando a percepção dos sujeitos envolvidos sobre o processo de ensino-aprendizagem, o desempenho e efetividade da aprendizagem e a inserção dos egressos no mercado de trabalho. Esta concepção reforça o PPC como um meio e não um fim, capaz de impulsionar mudanças embasadas e legitimadas no processo de ensino-aprendizagem de forma a atender às tendências da educação na área da saúde, considerando seu papel social e as políticas de Estado que as determinam.

### **IMPACTO:**

Como resultado do projeto aplicado, o PPC do curso de Odontologia foi aprovado por unanimidade no colegiado

do curso e no Conselho Superior de Ensino e Pesquisa (Cepe), resolvendo, dessa forma, a situação de irregularidade do curso de Odontologia e trazendo mudanças concretas para atender às DCN, a saber: (i) inclusão da obrigatoriedade do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para todos os estudantes do curso, qualificando seu perfil acadêmico; (ii) integralização do curso em cinco anos, em atendimento ao requisito legal para cursos com 4 mil horas; (iii) ampliação da integração de conteúdos e práticas com a criação de mais uma disciplina clínica integrando conhecimentos (Clínica Odontológica I), colaborando para a formação de um profissional generalista; (iv) antecipação das práticas para as fases iniciais do curso, com maior inserção dos estudantes no SUS sob a forma de estágios por nível de complexidade; (v) qualificação e intensificação da integração ensino-serviço. Pode-se observar, no processo descrito, uma relativa ampliação da participação de estudantes e docentes nas discussões sobre o currículo, considerando que, nos processos anteriores de discussão da mudança curricular, a participação de estudantes se limitava a poucos representantes membros do colegiado de curso. No âmbito acadêmico, como fruto deste projeto, destaca-se a publicação de um artigo original em periódico indexado sobre a representação dos estudantes a respeito de sua formação profissional e apresentação de trabalho por estudantes de Odontologia na Reunião Anual da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno). A integração ensino-serviço com o SUS foi fortalecida com a ampliação e qualificação das atividades de estágio, pesquisa e extensão, conforme o resultado de pesquisa aplicada a este processo, na qual os estudantes envolvidos revelaram o SUS como relevante cenário de aprendizagem profissional, considerado um potencial mercado de trabalho.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O PPC está implantado, sendo necessário estabelecer e fortalecer o processo de avaliação curricular de forma participativa e sistemática. Permanece a vontade política da instituição, com possibilidade de avanços. Uma estratégia tem sido incentivar projetos para o fortalecimento de uma linha de pesquisa sobre educação odontológica e ensino na saúde no Centro de Ciências da Saúde (CCS).

---

Os grupos Pró-PET-Saúde e o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva têm dado suporte a esta iniciativa. Outra estratégia será a consolidação do Fórum de Ensino do CCS como espaço contínuo para a discussão da formação em saúde, incluindo os demais oito cursos e constituindo um canal permanente de participação da comunidade acadêmica para as mudanças curriculares. Pretende-se avaliar as experiências e ampliar iniciativas de integração de disciplinas, de conteúdos curriculares e das iniciativas de metodologias ativas que estão ocorrendo.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Pode-se atribuir o sucesso ao fato de o PPC ter avançado em todas as instâncias institucionais, culminando com a sua aprovação por unanimidade no Cepe, especialmente se considerarmos que as diversas experiências anteriores falharam em dez anos de tentativas. No âmbito institucional, podemos considerar como fatores determinantes a obtenção do apoio institucional da gestão, combinado com maior participação de docentes e discentes no processo, de forma a informar e sensibilizar a comunidade acadêmica para a importância do projeto, considerando que o PPC é um documento fundamental nos processos de avaliação institucional realizados pelo MEC para a renovação do credenciamento do curso de Odontologia. Outro fator preponderante para o sucesso do projeto foi a participação do coordenador no Faimer, destacando a pertinência e relevância dos conteúdos acessados, a metodologia presencial e a distância. Mesmo após a conclusão do curso, o apoio continuado, representado pelo acesso a uma comunidade virtual extremamente ativa, constituída por uma rede de *experts*, possibilitou um aprimoramento contínuo e a aplicação de conhecimentos e práticas, em atendimento às demandas específicas do projeto.

---

# Avaliação do perfil sociodemográfico e percepções do ambiente escolar (Dreem) dos estudantes de Medicina provenientes do interior do Amazonas

*Adriana Taveira/ Katia do Nascimento Couceiro/ Cosme Sabino de Oliveira Junior/ Enny Luana Carmo de Vasconcelos/ Antônio de Araújo Figueiredo Junior/ Celsa da Silva Moura Souza/ Elaine Lira Medeiros Bezerra/ Jose Diniz Junior/ Isolda Prado de Negreiros Nogueira*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade do Estado do Amazonas

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

A Amazônia brasileira tem dimensão continental e grande dificuldade de acesso aos municípios rurais. A Universidade do Estado do Amazonas (UEA), com o intuito de fixar o profissional no interior, instituiu uma significativa reserva das vagas para aqueles provenientes da área rural do Estado, divididas por polos de acesso. Esse sistema tem gerado questionamentos quanto à existência de diferenças no desempenho dos estudantes. Alunos provenientes de área rural podem ter percepções diferenciadas sobre o processo de ensino-aprendizagem. Em levantamento anterior, o coeficiente de rendimento escolar final foi semelhante entre os alunos. Entretanto, múltiplos fatores podem interferir neste processo, que nem sempre são traduzidos pela média numérica. Fatores demográficos e socioeconômicos influenciam diretamente a percepção do aluno quanto ao ambiente educacional. A forma como as interações no ambiente são vivenciadas pelo aluno é determinante para o processo de construção profissional.

## DESCREVA O QUE FOI FEITO:

Para avaliar o ambiente educacional, foi aplicado o questionário *Dundee Ready Education Environment Measure (Dreem)* e um questionário semiestruturado com aspectos socioeconômicos a estudantes do primeiro e último

ano do curso de Medicina, provenientes de área rural e não rural. A participação na pesquisa foi voluntária, após convite institucional. A pesquisa foi aprovada pelo CEP/ESA-UEA, com o Parecer 862.411, em 7 de novembro de 2014. O efeito das variáveis independentes (local onde estuda – capital ou interior; escola em que estudou ensino médio – pública ou privada; período em que o estudante está – primeiros: 1º e 2º ou últimos: 11º e 12º) nas variáveis dependentes (pontuação em cada dimensão de percepção) foi determinado por meio da análise de variância (Anova). Para obter as variáveis de interesse (variáveis dependentes), foi utilizada a média de pontos obtidos em cada item, que compreendia cada uma das cinco dimensões por indivíduo. Uma vez obtidas as médias, foram criadas cinco variáveis que classificam essas médias em quatro níveis: itens com média >3,5 correspondem a pontos muito fortes; com pontuação média >3 correspondem a pontos fortes; com pontuação média <2 são áreas problemáticas; e os itens com pontuação média entre 2 e 3 são aspectos que podem ser melhorados. Definiu-se como grupo interior (GI), rural, aquele composto por alunos provenientes dos polos dos municípios do interior, e como grupo capital (GC), não rural, aquele composto por alunos provenientes da capital do Estado ou de outras formas de ingresso. Participaram do estudo 161 estudantes, sendo 56% do grupo interior. A média de idade dos grupos foi de 22,7 anos (GC, 23,7 ± 2,8; GI, 21,8 ± 2,8, p = 0,02).

---

Em relação aos dados socioeconômicos, morar em casa alugada foi condição mais frequente no grupo GI (58,1%) em relação ao GC (22,6%); chefe da família com escolaridade de nível superior foi observado em 62,6% e 50% dos grupos GC e GI, respectivamente, sem significado estatístico. No grupo GI, 62,7% declararam que precisavam de auxílio financeiro e não recebiam ou o valor era insuficiente, dado que também foi observado em 30,6% no grupo GC. A renda monetária média, em reais, com que cada grupo conta por mês foi maior no grupo GC, porém não se observou diferença estatística entre os grupos (GC, 1.282,3 ± 565,6; GI, 996,3 ± 966,7). Foi ajustada uma Análise de Variância (Anova) para cada dimensão com todas as variáveis independentes e inclusive suas interações, porém somente a variável independente “período” foi significativa; as demais e as interações não apresentaram significância estatística. Esse cenário foi verificado para Percepção da Aprendizagem ( $p = 0,0006$ ), Ambiente Geral ( $p = 0,0056$ ) e Relações Sociais ( $p = 0,0272$ ). Os resultados das análises das médias revelam que há evidências de diferenças da percepção dos estudantes dos primeiros e últimos períodos em relação a Aprendizagem, Ambiente Geral e Relações Sociais. Ou seja, estudantes dos primeiros períodos tendem a ter maior média do que os dos últimos períodos. Isso independentemente da escola em que estudou o ensino médio, pública ou privada, e/ou procedência, área rural e não rural. A necessidade de auxílio financeiro foi uma questão importante para os alunos provenientes tanto de área rural quanto não rural, porém em menor escala no último grupo.

## **IMPACTO:**

Espera-se que ocorra um amadurecimento e direcionamento das estratégias de ensino e aprendizagem com o intuito de otimizar a qualidade da formação dos profissionais com uso de métodos educacionais centrados no aluno. Também se vislumbra a revisão do plano de desenvolvimento institucional quanto a programas de acesso, garantia do aprendizado e fixação de profissionais. Houve a criação do primeiro grupo de pesquisa na Universidade do Estado do Amazonas voltado para área de educação para profissionais da saúde, intitulado “Ensino na Saúde e Educação Médica na Amazônia”. Houve participação de alunos do curso de Medicina em projeto de

iniciação científica voltado à área de educação médica. A pesquisa foi apresentada no Congresso Brasileiro de Educação Médica de 2015.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O projeto está em fase de elaboração de apresentação de planilha para as instâncias acadêmicas, isto é, devolutiva da pesquisa à comunidade acadêmica. Início de cronograma de apresentação e discussões com a comunidade sobre estratégias para melhoria dos processos de ensino-aprendizagem e metodologia crítico-reflexiva.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Porque contou com participação e apoio institucionais, pois a hipótese da pesquisa é uma questão necessária para reformulações no pensamento pedagógico da instituição, nos três eixos fundamentais: ensino, pesquisa e extensão.

---

# TEMA: DESENVOLVIMENTO DOCENTE E DA PRECEPTORIA

## Desenvolvimento de competência pedagógica para prática da preceptoria e docência

*Denise Afonso*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj) e Associação Brasileira de Educação Médica (Abem)

### CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

No contexto das políticas públicas de educação dos profissionais de saúde, a última década se caracterizou como um período de importante investimento no diagnóstico situacional das necessidades de formação destes profissionais, considerando as especificidades das categorias profissionais, das regiões do País e do perfil de nossa sociedade. Ficaram evidentes as necessidades de: (i) políticas indutoras das mudanças curriculares preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, explícitas nos programas inovadores Pró-Saúde e PET-Saúde; (ii) melhor distribuição da formação de especialistas para resolução dos “vazios nacionais”, em especial nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com iniciativas de ampliação de vagas nos Programas de Residência Médica por meio do Pró-Residência; (iii) imperiosa indução na formação de profissionais das outras categorias que integram as equipes de saúde através da residência, padrão ouro nacional, possibilitada a partir do reconhecimento e regulamentação dos Programas de Residência Multiprofissional e Profissional de Saúde; (iv) alcance de estratégias de educação em todas as localidades deste país de dimensões continentais, apoiadas numa política pública de teleducação e telessaúde; (v) organização do SUS a partir do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde; (vi) provimento imediato de profissionais médicos com formação generalista em regiões do País com

extrema iniquidade de acesso e qualidade dos serviços de saúde; (vii) reorganização das DCN de Medicina de 2014 com o objetivo de acelerar as mudanças necessárias à reorientação do cuidado em saúde; (viii) ampliação de vagas de graduação em Medicina a partir da política de expansão de vagas em instituições já existentes e ampliação do número de escolas médicas compromissadas com o modelo de formação e práticas educacionais preconizados nas DCN de 2014; (ix) reorganização dos modelos de interação entre ensino e serviço de tal forma que a proposta de formação em serviço alcance o impacto pretendido na reestruturação das IES e nas unidades que integram a rede de cuidados. Nestas políticas públicas tem destaque o profissional que atua como educador, preceptor e docente, independentemente do cenário ou vínculo institucional que possui. Nesta perspectiva educacional, é indispensável desenvolver competências pedagógicas para atuar no ensino em saúde tendo como foco a conscientização do papel educacional dos profissionais que interagem com alunos da graduação e/ou residência, a necessidade de fomentar um modo de ensinar e de cuidar que privilegie a realidade e a aplicação imediata do aprendizado, a valorização da interdisciplinaridade como estratégia de qualificação da rede de cuidados, a importância da gestão das situações de aprendizagem nos diversos cenários de prática e a importância do trabalho colaborativo, presencial ou virtual, promovendo a ampliação e a potencialização das ações destes

---

educadores inseridos em comunidades de práticas. Nesse campo de tensão entre as necessidades do País para qualificação da educação e cuidado em saúde e as oportunidades de reflexão e ação nos contextos educacionais da graduação e residência, identificamos em 2009, a partir da compreensão das demandas de preceptores e docentes do Hospital Universitário Pedro Ernesto, vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a necessidade e oportunidade de qualificar de forma concomitante a educação e a prática de atenção à saúde a partir do desenvolvimento das competências pedagógicas dos educadores. O Projeto Faimer, apresentado em 2010, considerava: o papel do hospital universitário na formação de profissionais; resistência ou morosidade na implementação das DCN; necessidade crescente de profissionais para o SUS; a integralidade como eixo estruturante do cuidado em saúde; o potencial de transformação dos preceptores de residência; a inserção destes profissionais nas atividades de graduação em suas respectivas áreas; o potencial da interdisciplinaridade como reorientadora das práticas. E propunha a organização, implementação e avaliação de um curso local com foco no desenvolvimento de competências pedagógicas para a prática da preceptoria.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Considerando o Projeto Faimer 2010, as mudanças incorporadas durante a SI, a demanda percebida na residência do HUPE, os princípios do SUS de ordenação da formação de recursos humanos para a saúde, a política nacional de Educação Permanente e tendo como eixo norteador o Relatório Delors, eu e a equipe de profissionais da Coordenadoria de Desenvolvimento Acadêmico e Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Residente (CDA/Nappre), inspirados nos desafios da rotina dos preceptores e residentes no Hupe, planejamos o Curso de Formação Pedagógica para a Prática da Preceptoria (CFPPP), direcionado pelas Políticas Públicas de Saúde e Educação e inserido no programa de desenvolvimento acadêmico do Hupe como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde. O CFPPP tem como eixos estruturantes o cuidado (valoriza o modelo de atenção integral e princípios do SUS), a educação (prioriza o debate sobre modelos pedagógicos, metodologias de ensino-aprendizagem, competências gerais das DCN, educação

continuada/educação permanente e educação de adultos) e a gestão do trabalho em saúde (aborda modelos de planejamento, liderança, motivação e gerenciamento de conflitos). Utiliza metodologias ativas nas atividades que desenvolve, buscando a aprendizagem significativa para o desenvolvimento das competências pedagógicas do preceptor. O curso, multidisciplinar em suas turmas originais, oferecido a profissionais de saúde de todas as categorias, utiliza metodologia da problematização e prioriza a reflexão e a construção coletiva de estratégias de solução para problemas vivenciados no cotidiano do processo de trabalho. Apresenta como pré-requisito ao participante atuar como preceptor ou docente, responsável pelo processo de ensino-aprendizagem que integra conceitos e valores da escola e do trabalho em desempenho competente, e disponibilizar, no mínimo, duas horas de sua carga horária semanal para acesso ao AVA. É importante ressaltar que a inscrição no curso só é validada com a apresentação de uma carta da chefia imediata que libere o preceptor para participar das atividades previstas, estratégia de compromisso assumida pela instituição de origem, incorporada a partir da experiência do Faimer. A certificação das duas turmas iniciais foi garantida pela Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da Uerj como curso de Aperfeiçoamento Profissional com carga horária total de 284 horas, desenvolvidas em 12 meses de atividades. Nos cursos realizados no Hupe (2010/2011), contamos com apoio e divulgação de instâncias relevantes no contexto da graduação e residência – Ceremerj, CNRM, Abem, Unasus e SGTES –, expressos na presença de representantes nas mesas de abertura e na formatura das turmas. Concebido no modelo semipresencial, com 120 horas de atividades presenciais divididas em 15 encontros, o curso utilizou, para as atividades a distância, a plataforma colaborativa de *e-learning* – Moodle –, sediada no Telessaúde Uerj. As aulas das turmas 1 e 2 aconteceram às sextas-feiras, quinzenalmente, das 12h às 20h, buscando garantir a manutenção das atividades de rotina dos participantes, inserir a formação pedagógica em sua carga horária institucional e preservar o final de semana como espaço prioritário de descanso e lazer. Partindo dos princípios citados anteriormente, ao definirmos o modelo de curso, optamos pelo misto, semipresencial, também conhecido como *blended learning*, sendo 164 horas (57,5%) a distância. Identificamos na abordagem de Educação a Distância (EaD) uma oportu-

---

tunidade de os participantes exercitarem os eixos de organização do curso: cuidado, educação e gestão. O eixo do cuidado apresenta-se, no AVA, pelo exercício indispensável da comunicação e vínculo em um sistema aberto, com mecanismos de participação e descentralização flexíveis, regras de controle discutidas pela comunidade e decisões tomadas por grupos interdisciplinares. No eixo educação, identificamos na EaD o exercício de práticas que podem “romper com as distâncias espaço-temporais e viabilizar a interatividade, recursividade, múltiplas interferências, conexões e trajetórias, não se restringindo à disseminação de informações e tarefas inteiramente definidas *a priori*”. A gestão se expressa de várias formas na EaD, seja pela necessidade de integração de ambientes; pela gestão das estratégias de comunicação e mobilização dos participantes; pela gestão da participação dos alunos por meio do registro das produções, interações e caminhos percorridos; pela gestão do apoio e orientação dos formadores aos alunos; e pela gestão da avaliação. Como pré-requisito de conclusão do curso, todos os participantes devem desenvolver um projeto de intervenção que qualifique os programas de residência em que estão inseridos. Participam do CFPPP, como professores convidados, os arte-educadores do Grupo Roda Gigante, que reúne artistas palhaços numa ação artístico-educativa destinada à promoção da saúde. No Hupe, o trabalho destes profissionais nas enfermarias ocorre desde 2006, e, progressivamente, fomos identificando oportunidades de inserir sua participação em atividades relacionadas com a formação profissional e educação permanente, sendo esta uma das principais inovações do modelo de ensino proposto. Estes arte-educadores realizam oficinas temáticas com o objetivo de sensibilizar os participantes e a equipe docente, com foco na construção de um espaço de prática e produção coletiva no qual os conceitos de vínculo, emoção, percepção, escuta, sensibilidade, olhar e criatividade, corresponsabilização na solução de problemas podem ser experimentados com base na relação entre os participantes, buscando novos e significativos sentidos. Cabe destacar ainda que a proposta de formação pedagógica teve continuidade após o término do curso com a incorporação de tutores juniores, selecionados entre os preceptores das turmas concluintes, para integrar a equipe docente do curso, potencializar seu aprendizado e possibilitar a ampliação da oferta de vagas em turmas subse-

quentes, incorporando também a experiência do Programa Faimer. Desenhamos um modelo para o CFPP passível de ampliação em maior escala, orientado pelo paradigma da aprendizagem colaborativa, coerente com a concepção educacional ou teoria de aprendizagem crítico-reflexiva e organizado numa arquitetura pedagógica transversal ao ambiente presencial e virtual, abrangendo aspectos organizacionais, pedagógicos e tecnológicos (incluindo recursos de educação com tecnologia “leve”, como trabalho em grupos de diversos tamanhos e composições, e tecnologia “dura”, como recursos audio visuais, de informática, *softwares* e ambiente virtual de aprendizagem). Ancoramos a proposta pedagógica nos ambientes presencial e a distância para resolução de problemas complexos, permitindo, por longo período de tempo, a partir de diversas perspectivas e sucessivas aproximações, a exploração e o reconhecimento de seus determinantes. Estes são ambientes necessariamente coletivos, cooperativos e seguros, sejam eles espaços presenciais ou virtuais.

### **IMPACTO:**

No final de 2011, havíamos realizado dois cursos no Hupe, oferecido 51 vagas, incluído 7 categorias profissionais da saúde, 7 instituições de origens distintas e certificado 42 participantes (adesão de 82%). Na ocasião, eu e a coordenadora deste curso fomos convidadas pela Direção da Abem para desenhar uma proposta de projeto voltado ao desenvolvimento da preceptoria, atendendo a demanda da SGTES, com financiamento do MS/Opas aprovado em outubro de 2010 e ainda sem definição de operacionalização. Aceitamos o desafio de “escalar” o Projeto Faimer original, daí surgindo o projeto nomeado “Desenvolvimento de competência pedagógica para a prática da preceptoria”, que teve a Fase I em 2012, com a realização de dois cursos concomitantes de aperfeiçoamento (modalidade semipresencial): Formação de Tutores (turma de 24 tutores) e Formação de Preceptores (12 turmas de 24 a 30 preceptores de residência médica, acompanhando o Pró-Residência). Os cursos foram desenvolvidos em parceria com 12 universidades federais, que se constituíram centros colaboradores do projeto, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. É importante destacar que a efetivação desta ampliação exigiu a construção de um Curso de Forma-

---

ção de Tutores, validado em 2012. A participação da comunidade Faimer nesta etapa foi fundamental, com 60% dos membros do NDE do projeto sendo “faimerianos”. Todos os cursos tiveram o AVA sediado na plataforma do Telessaúde Uerj. A certificação dos concluintes foi uma parceria da Abem com cada universidade federal que aderiu ao projeto. Cabe destacar que mantivemos para o Curso de Preceptores a proposta original do Curso do Hupe, com ajustes necessários na modelagem (dois momentos de imersão presencial de três dias – 30 horas cada – e 2 períodos a distância, de modo semelhante ao modelo do Faimer, com carga horária total de 180 horas e finalização com um projeto de intervenção na realidade local). Em 2012, oferecemos 320 vagas, certificando 304 preceptores (95% de adesão). Como desfecho inesperado, tivemos a publicação de um volume especial dos Cadernos da Abem, sendo cada capítulo o produto da reflexão dos participantes locais a respeito de um problema específico e relevante em sua prática da preceptoria. O projeto Preceptoria Abem teve continuidade na Fase II, ainda em curso, com financiamento do MS/SGTES/Opas, ampliação em 2015 para 19 centros formadores (crescimento de 60%), oferta de 570 vagas (ampliação de 80%), inclusão de profissionais de outras áreas da saúde e ampliação em 100% do NDE (80 membros), com alcance das cinco macrorregiões do País e participantes de todos os Estados da Federação.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O objetivo do projeto Preceptoria Abem é ampliar e consolidar as ações de desenvolvimento de competência pedagógica para tutores e preceptores, considerando as necessidades identificadas pelo MEC e MS, fortalecendo políticas públicas e ações da Abem para o desenvolvimento da educação médica. Estamos em processo de autonomia progressiva dos centros participantes, visando à sustentabilidade nas ações locais. Ampliamos os núcleos de EaD do Telessaúde Uerj (2012) para 15 núcleos de EaD nas instituições parceiras. Descentralizamos a gestão de estrutura, logística e bolsa de tutores nos 12 centros de referência. Quanto à pesquisa no campo da preceptoria, o acervo é objeto de três dissertações de mestrado. Temos o livro “Educação médica – gestão, cuidado e avaliação”, dois capítulos no formato e-book,

Cadernos da Abem Especial e Caderno de Ensino do Tutor. Temos a ampliação da rede de teleducação com SIG colaborativo Educação Médica e Preceptoria, e trabalhos em congressos de Educação nacionais (Cobem) e internacionais (Amee e *Network*). As metas de continuidade incluem: centros formadores em 100% dos Estados e dois centros em 100% dos Estados com mais de 30 escolas médicas; sete coordenações ou polos regionais; ampliação para especialização nos centros com consolidação mais avançada e criação de *site* específico, integrando a comunidade de participantes.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Totalizamos até o momento 6.706 horas de educação permanente, elaboração de dois cursos validados (Formação de Tutores e de Preceptores) e consolidação de uma rede colaborativa de cerca de 900 educadores vinculados às IES de graduação, públicas e privadas, consolidadas ou em processo de expansão, a Programas de Residência Médica e Multiprofissional de Saúde e ao Programa Mais Médicos. Concluímos que o Projeto Faimer 2010, hoje Projeto Preceptoria Abem, expressa os objetivos do Programa Faimer e representa as diretrizes da Abem em sintonia com as Políticas Públicas de Saúde e Educação vigentes, partindo das necessidades locais regionais, desenvolvendo competências pedagógicas dos profissionais envolvidos na preceptoria e docência, fundamentando a perspectiva de aprendizagem na experiência refletida e significada, consolidando estratégias de descentralização, fortalecimento e sustentabilidade regional, destacando e valorizando os educadores envolvidos nos processos de ensino-aprendizagem das IES e das Redes de Saúde e conectados numa comunidade de práticas pedagógicas, ampliando o interesse e o acesso às plataformas de teleducação, exercitando os princípios da educação permanente com foco na autonomia e prática reflexiva a partir do referencial da problematização e aprendizagem significativa, transformando a realidade de onde partimos. Aprendemos a trabalhar juntos, a investir com responsabilidade os recursos públicos e a celebrar todas as conquistas.

---

# Competência pedagógica na prática da preceptoria na educação médica

Alessandra Ribeiro

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

Segundo uma perspectiva pedagógica, entende-se a necessidade de uma educação permanente, que tenha como objetivo a transformação do processo de trabalho, orientada para a melhoria da qualidade dos serviços, com base na constante reflexão acerca da prática em serviço. Neste processo de reflexão sobre os problemas observados na realidade de trabalho, garante-se a oportunidade de trocar experiências e vivências do cotidiano, ressignificando o processo de trabalho, com vistas a melhorar a saúde da população. Em alguns estados e municípios brasileiros, existem legislações que buscam regulamentar as atribuições dos preceptores de programas de residência médica e certificá-los para desempenho de suas funções. Num contexto mais global, porém, ainda se observa pouco reconhecimento e pequena valorização da função do preceptor. Um programa de valorização da preceptoria deve contemplar diferentes categorias de preceptores: dos serviços da comunidade (unidades de saúde, consultórios, clínicas); dos serviços ligados ao ensino (hospitais secundários e terciários, ambulatórios, clínicas); docentes em regime de tempo parcial e docentes em regime de tempo integral. Relatos de experiências em educação na área da saúde apontam a necessidade da capacitação pedagógica dos preceptores, a fim de viabilizar seu papel na formação de outros profissionais, mas poucos estudos descrevem experiências

com esta capacitação na preceptoria. A qualificação para preceptoria também tem sido apontada como estratégia emergente e essencial para a educação superior na área da saúde. Desta forma, em 2012, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), com apoio da Opas e cooperação da SGTES, instituiu o projeto “Desenvolvimento de competência pedagógica para prática da preceptoria na residência médica”. O objetivo deste projeto é desenvolver modelos de curso que promovam a aquisição/aperfeiçoamento de competências pedagógicas de médicos, docentes ou profissionais da saúde que atuam como preceptores em programas de residência. A Faculdade de Medicina (Famed) constitui uma unidade acadêmica no âmbito da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), que tem por objetivo produzir, sistematizar e difundir o conhecimento científico e tecnológico na área da saúde. Busca a formação de profissionais éticos, autônomos, reflexivos e críticos, habilitados para a aplicação prática, ampliação e aperfeiçoamento dessa formação no ensino, pesquisa, extensão e assistência. O curso de graduação em Medicina encontra-se em fase de reformulação curricular, com a implementação de um modelo inovador, integrado, modular, que utiliza em seu Eixo de Atividades Discursivas e de Práticas Laboratoriais a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como principal estratégia de ensino-aprendizagem. No Eixo de Atividades Profissionais de Saúde Individual e Coletiva, destaca-se a inserção do estudante em atividades na co-

---

munidade desde períodos iniciais do curso, principalmente na Estratégia de Saúde da Família. Por meio de apoio de iniciativas do governo federal, como Pró-Saúde I, PET-Saúde da Família e Pró-PET, a UFU tem procurado viabilizar a realização de projetos que tenham como objetivo a melhoria da formação dos profissionais da área da saúde. Considerando este apoio institucional, este projeto foi também aprovado pelo Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores das Profissões de Saúde: Instituto Regional Faimer Brasil. Este estudo objetiva analisar as competências pedagógicas necessárias aos preceptores que possam contribuir para a aprendizagem de estudantes e estimular a discussão e o envolvimento de preceptores e estudantes no desenvolvimento de ações que favoreçam a formação pedagógica dos primeiros.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Foi realizado um estudo analítico, transversal, com abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido com a participação de gestores/dirigentes, preceptores e estudantes do curso de graduação em Medicina e dos programas de residência médica da Famed-UFU, durante um período de dois anos, entre 2013 e 2014. Para identificar as categorias de competências gerais e específicas descritas na literatura, foram analisadas evidências encontradas na literatura. As percepções dos gestores/dirigentes, preceptores e estudantes foram coletadas por meio de gravação, observação e transcrição de conteúdo dos grupos focais, tendo como questões disparadoras: Introdução do tema: Como os preceptores têm contribuído para a aprendizagem dos internos e residentes na prática da preceptoria?; Transição (questão-chave): Quais as competências pedagógicas que os preceptores, estudantes e gestores consideram necessárias à aprendizagem dos internos e residentes?; Conclusão: Quais ações/intervenções poderiam contribuir para o desenvolvimento da competência pedagógica na prática da preceptoria? A montagem do grupo focal envolveu o recrutamento dos participantes, escolha do moderador e observador, disponibilidade de recursos técnicos para gravação, local para trabalho do grupo, profissionais para transcrição e análise dos dados. O recrutamento para participação nos grupos focais ocorreu por meio da contribuição de informantes-chave da comunidade em questão (escola e ser-

viço), com encaminhamento de carta-convite individual e e-mail e incentivo aos participantes (horário coincidente com o horário de trabalho na instituição ou serviço, disponibilidade de lanche, oportunidade de participação em oficina com professor-visitante). As atividades foram coordenadas por um moderador, que dirigia as perguntas aos participantes, garantindo também a fala de todos, com respostas completas e claras. O observador também fez registros de comportamentos dos participantes destes grupos. As falas foram gravadas e transcritas. Posteriormente, procedeu-se à análise do conteúdo transcrito, com a classificação dos indicadores junto às categorias, estabelecidas *a priori*, e com a revisão dos dados e validação destas categorias. Foram realizados três grupos focais com gestores/dirigentes, preceptores e estudantes (internos e residentes), totalizando, respectivamente, 18, 10 e 13 participantes, com um tempo médio de duração de cada grupo de 1 hora e 15 minutos. A diferença no número de participantes no grupo focal ocorreu pelo fato de a participação ter sido voluntária. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Instituição de Ensino Superior em questão, para avaliação e apreciação (CAAE: 14795413.7.0000.5152/Parecer consubstanciado: 332.123). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando o anonimato e uso exclusivo das gravações para finalidade da pesquisa.

### **IMPACTO:**

Observou-se no discurso dos participantes, em todos os três grupos focais, que consideram que as competências necessárias à prática da preceptoria não se restringem ao domínio cognitivo ou funcional específico de cada área. Destacam-se nas falas alguns indicadores relacionados também ao campo operacional, ligados a habilidade de comunicação, gerenciamento de conflitos e profissionalismo. Deste modo, consideraram-se na análise de conteúdo dos grupos focais quatro competências gerais e suas respectivas competências específicas classificadas da seguinte forma: (i) conhecimento e habilidades pedagógicas: compreensão do processo ensino-aprendizagem, planejamento educacional e estratégias de ensino; (ii) educação permanente: capacidade de tomar decisões baseadas em evidências, aprendizagem baseada na prática e análise do próprio desempenho; (iii) comunicação e

---

relacionamento interpessoal: habilidade de comunicação e gerenciamento de conflitos; (iv) profissionalismo: comprometimento com a prática da preceptoría e organização do processo de trabalho. Durante a realização dos grupos focais, algumas falas foram dirigidas principalmente à necessidade de organização do processo de trabalho, como no seguinte trecho: “Eu acho que um pouco dessa questão da valorização passa por poder e política... por que esse preceptor não pode ser candidato a reitor ou à direção do hospital” ? Percebe-se que alguns problemas da preceptoría são atribuídos à falta de motivação extrínseca do preceptor, como se observa no seguinte trecho: “Acho que a preceptoría tem que ser estimulada... devem existir estímulos no sentido de valorização, de acompanhamento, de escuta deste preceptor. Não adianta o preceptor estar empolgado se o serviço não fornece condições para ele fazer o serviço da preceptoría”. No atual estudo, além das percepções dos preceptores, foram também ouvidos os estudantes (internos e residentes), cujas opiniões e expectativas apontam a mesma realidade descrita na fala dos preceptores. Percebe-se, ainda, na fala dos estudantes o reconhecimento de um modelo de ensino-aprendizagem hierarquizado, no qual os próprios residentes assumem o papel da preceptoría dos internos, como no trecho seguinte: “Nós, residentes, acabamos fazendo um pouco do papel da preceptoría com os internos. Não porque o próprio preceptor não esteja lá, mas porque, muitas vezes, existem coisas que a gente conhece mais... da prática mesmo”. Foi também observado nas falas dos participantes nos grupos focais que eles consideram as competências pedagógicas dos preceptores possíveis de serem desenvolvidas e/ou aprimoradas, sendo sugerida a realização de capacitações para que o preceptor seja capaz de exercer o seu papel como educador.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O presente estudo alcançou o objetivo proposto de avaliar as competências gerais e específicas necessárias à prática da preceptoría, identificadas pelos próprios preceptores e estudantes do curso de Medicina, o que parece ter contribuído ainda mais para um envolvimento dos mesmos com as atividades pedagógicas do curso, sensibilizando a comunidade acadêmica para a realização de

ações que possam contribuir para o desenvolvimento das competências pedagógicas na prática da preceptoría.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Desde o início deste projeto, foram realizados dois cursos de formação de preceptores, com o objetivo de desenvolvimento da competência pedagógica na prática da preceptoría. Estes cursos são promovidos pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), em parceria com a Universidade Federal de Uberlândia, que atualmente é reconhecida como centro colaborador deste projeto.

---

# Desenvolvimento docente e preceptor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

*Edna Regina Silva Pereira/ Bárbara Souza Rocha Cerise de Castro Campos/ Henry de Holanda Campos*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Federal de Goiás

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

Com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina no Brasil em 2001, houve um movimento de mudanças curriculares nas escolas médicas do País. Em 2003, foi implantado um novo currículo na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/UFG) com apoio financeiro do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed). As principais mudanças ocorridas foram: aumento do tempo do internato para dois anos, maior inserção do aluno na comunidade e introdução de novos métodos de ensino e avaliação. Um estudo realizado e publicado em 2006 pela instituição demonstrou que 77% dos docentes eram favoráveis às mudanças curriculares, mas sentiam necessidade de um programa de desenvolvimento docente para sustentação das mudanças em curso. Em 2008, os ministérios da Saúde e Educação instituíram o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia de Saúde da Família (ESF), oferecendo incentivo financeiro por meio do pagamento de bolsas a tutores, preceptores e estudantes. Prontamente os gestores dos cursos da área da saúde da UFG compreenderam o PET-Saúde como uma oportunidade de integração com as atividades do internato rural, existente na instituição desde 1974, e a chance de melhorar a qualificação de preceptores e graduandos,

para o fortalecimento da Atenção Básica de saúde e da ESF em municípios do interior do Estado de Goiás. Diante da necessidade de assessorar os docentes da FM/UFG e a seguir os tutores e preceptores do PET-Saúde, foi elaborado um programa permanente de desenvolvimento docente e de preceptores na instituição que poderia favorecer a continuidade das mudanças curriculares ocorridas em 2003 e dar suporte aos novos projetos fomentados pelos ministérios da Saúde e Educação. A Faculdade de Medicina e outros cursos da área da saúde foram aderindo ao longo do tempo.

## DESCREVA O QUE FOI FEITO:

Uma Comissão de Educação Médica foi criada, em 2007, com o objetivo principal de delinear as necessidades dos docentes na construção do novo currículo. Foi sugerida a criação de um Programa de Desenvolvimento Docente continuado para a FM/UFG. Este programa foi apresentado como um projeto de intervenção ao Programa Faimer – Instituto Brasil, sendo um dos projetos selecionados para ser desenvolvido em 2008. O projeto de desenvolvimento docente foi aprimorado durante a sessão presencial do Faimer em fevereiro de 2008. Em seguida, foi apresentado à FM/UFG e à Comissão de Educação Médica, quando foram escolhidos os temas a serem desenvolvidos em 2008 e 2009, no formato de oficinas com a participação de professores externos. As

---

oficinas ocorridas em 2008 foram: em junho, avaliação de competências; em agosto, junto com o Congresso Regional do Centro-Oeste de educação médica, uso de portfólio e Mini-CEX; e em dezembro, alinhamento entre o currículo e os métodos de avaliação. Em 2009, ocorreram quatro oficinas: métodos ativos de ensino-aprendizagem (abril); desenvolvimento e avaliação curricular (junho); métodos de avaliação aplicados às competências (setembro); liderança apreciativa (novembro). As oficinas foram avaliadas no final de cada sessão por meio de questionário com escala de Likert e questões abertas. Em março de 2009, foi realizada avaliação do programa, referente às oficinas de 2008, com uso do método de grupo focal, com o objetivo de avaliar mudanças na prática docente. Os resultados foram apresentados com uso do modelo proposto por Kirkpatrick para avaliação de programas de desenvolvimento docente, no qual o nível 1 avalia a reação às oficinas, o nível 2, o aprendizado referido pelos docentes, e o nível 3, se ocorreram mudanças na sua prática. O sucesso do programa nos dois primeiros anos pode ser atribuído a vários fatores, entre eles: planejamento das atividades; conteúdo das oficinas oferecido conforme a necessidade dos docentes; avaliação constante do programa e *feedback* aos participantes, coordenadores do projeto e patrocinadores; escolha dos professores externos – experientes e motivados para a realização do programa; ambiente apropriado – salas montadas para o formato de oficinas com material de apoio organizado; entrega prévia da bibliografia relacionada. Quanto aos desafios a serem enfrentados, sobressaiu o número limitado de participantes (40) em cada oficina, o que corresponde a 25% do corpo docente. Como atingir a maioria dos docentes ou desenvolver “todo” o corpo docente seria, portanto, uma meta. Reconheceu-se a necessidade de estender as atividades de desenvolvimento docente aos preceptores do internato rural que realizam atividades de ensino para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia num município distante 120 km da universidade. Foram promovidas atividades de desenvolvimento da preceptoria com ações integradas entre docentes, preceptores e estudantes do internato rural e o PET-Saúde a partir de 2009 no município de São Luis de Monte Belos e para o município de Firminópolis em 2012. Destacamos como uma das atividades de desenvolvimento de preceptoria do Projeto PET-Saúde a dis-

cussão de caso clínico multiprofissional via telessaúde, realizada uma vez por mês. Esta ação promovia a integração da universidade com o serviço de saúde e entre preceptores, tutores e estudantes. Esses encontros foram compreendidos pelos participantes como momentos de muito aprendizado, diminuição das distâncias geográficas e encaminhamento das situações discutidas a serviços de maior complexidade. Essa atividade proporcionava aos estudantes o aprendizado durante a discussão do caso clínico com o docente convidado e possibilitava aos preceptores a educação permanente e melhoria na prática em saúde em comunidades distantes dos centros universitários. Outra atividade relevante desenvolvida foi o curso de formação de preceptores, que utilizava a educação a distância. Em 2012, o PET-Saúde teve como inovação a articulação com outro programa dos ministérios da Saúde e Educação, o Pró-Saúde. Logo, o projeto PET-Saúde estágio comunitário (PET-EC) teve como ação prioritária a formação continuada e a educação permanente de preceptores e estudantes com o emprego de ferramentas de ensino a distância. Os cursos elaborados pelos tutores, docentes da UFG dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, atendiam às sugestões de temas dos preceptores e foram oferecidos a cada semestre, sendo realizados e acompanhados pelos tutores docentes via plataforma *Moodle*. Os cursos oferecidos eram de 60 horas, tinham duração de três meses e foram desenvolvidos com atividades como teleaulas com professores convidados, fórum de discussão, elaboração de resenhas, resposta a questionários de avaliação e testes de conhecimento. Os cursos desenvolvidos foram “Ética e profissionalismo” e “Desenvolvimento pedagógico para preceptoria”. Para fins de certificação, os preceptores deveriam cumprir todos os requisitos de frequência e participação nas atividades, como previsto no plano de curso. Utilizou-se, de maneira sistemática, a plataforma *Moodle* como meio de comunicação para as atividades do internato rural que ocorrem em municípios do interior do Estado. O uso da plataforma possibilitou um contato contínuo entre alunos e preceptores do internato rural com os tutores docentes. Além disso, foi possível compartilhar as informações e servir como repositório bibliográfico e registro dos trabalhos do PET-EC [<http://ead.medicina.ufg.br/course/category.php?id=58>], sendo criada em 2011. O acesso à plataforma é limitado aos tutores docentes

---

(como editor), aos preceptores (como professor não editor), aos alunos bolsistas (alunos) e a alguns visitantes. As ferramentas da plataforma mais utilizadas pelo grupo foram os fóruns de debates, *chats*, bibliotecas, teleaulas, além de agendas e calendários de eventos e atividades. Consequentemente, o PET-EC proporcionou a um local de estágio curricular obrigatório já existente um vínculo maior entre os preceptores do Serviço e os tutores da Academia, aprimorando o planejamento das atividades e o desenvolvimento de ações preestabelecidas. Além disso, o PET-EC firmou um compromisso com a participação mais efetiva do preceptor tanto em atividades acadêmicas, quanto na mudança da prática clínica. Observou-se que, ao longo destes anos, foi possível aumentar o número de docentes e preceptores motivados, envolvidos com o projeto político-pedagógico dos cursos e mais qualificados para a docência e preceptoria, como requerido pelas DCN e pela sociedade.

## IMPACTO:

O programa de desenvolvimento docente da FM/UFG foi avaliado por meio de grupo focal em 2009 e atingiu os níveis 1, 2 e 3 de Kirkpatrick. Os docentes referiram que estavam satisfeitos com o programa e que houve aumento em seus conhecimentos e modificação na prática docente após a participação nas oficinas. Na reflexão dos coordenadores do programa, o sucesso obtido se deveu ao apoio da instituição na organização e avaliação do mesmo; ao apoio financeiro às oficinas por meio da carta-acordo firmada com o Pró-Saúde; ao grupo de professores motivados e sensibilizados para o exercício qualificado da docência e ao momento protegido para reflexão e debate das ideias e práticas docentes. Quanto ao impacto das atividades de desenvolvimento de preceptoria do PET-EC, este foi sistematicamente avaliado por meio de dois grupos focais e análise de conteúdo, realizados um com seis preceptores em 2010 e outro com sete estudantes em 2011. Os preceptores relataram maior envolvimento nas atividades de preceptoria e no trabalho interprofissional. Solicitaram *feedback* contínuo de sua atuação e qualificação em métodos de avaliação. Os estudantes relataram satisfação no trabalho em equipe, maior interação com a comunidade e aumento nas competências de ensino a distância, porém sugeriram melhorias no uso das tecnologias de ensino a distância. Dois

cursos a distância foram oferecidos pelos tutores docentes via plataforma *Moodle* em 2013. Eles foram avaliados pelo método de análise de conteúdo das mensagens registradas na plataforma *Moodle*, com emprego do modelo de avaliação de programa proposto por Kirkpatrick. O curso “Ética e profissionalismo” obteve 84% de frequência, com 26 participantes, e alcançou os três níveis de Kirkpatrick – nível 1: o curso foi motivador para a auto-aprendizagem e proporcionou reflexão sobre as práticas; nível 2: os alunos demonstraram compreensão de conceitos e ganho de novos conhecimentos; nível 3: propuseram avaliar o profissionalismo de acordo com os princípios da pirâmide de Miller. No curso “Desenvolvimento pedagógico para preceptoria”, a participação foi menor, com uma taxa de 55%, totalizando 22 participantes. No nível 1, descreveram o curso como interativo, claro e pertinente; no nível 2, relataram aquisição de conhecimentos sobre métodos de avaliação; no nível 3, foi descrita a aplicação de métodos aprendidos, como avaliação 360 graus. Apesar de uma participação menor do que a esperada, a análise de conteúdo demonstrou que os objetivos foram alcançados e que existe a necessidade de avaliar a aplicação desses conhecimentos no ambiente de trabalho.

## QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?

No presente, o desenvolvimento docente na instituição compõe o Núcleo de Educação Médica, com uma comissão gestora própria que planeja e desenvolve as atividades de acordo com as necessidades do curso ou dos docentes. Os docentes desta comissão têm sido referência na UFG e sido convidados para realizar oficinas em outros cursos da área da saúde e na pós-graduação. Desde 2014, a comissão de desenvolvimento docente participa da implementação do novo projeto pedagógico de curso para a FM/UFG, tendo como base as DCN de 2014, oferecendo oficinas de desenvolvimento docente aos professores dos módulos que estão iniciando suas atividades, tais como integração curricular, metodologias ativas de ensino para grandes grupos, uso de tecnologias para educação a distância e métodos de avaliação. Além disso, foi criado curso a distância, na plataforma *Moodle*, de “Competências pedagógicas para docentes e preceptores”. Este curso foi desenvolvido em parceria com do-

---

centes do curso de Medicina, Enfermagem e Odontologia, e a colaboração da equipe técnica do telessaúde e pós-graduandos do mestrado profissional de ensino na saúde. Espera-se oferecer os cursos de desenvolvimento docente presencial e a distância sistematicamente, com a criação de novos módulos, contemplando docentes iniciantes e mais experientes, além de carga horária definida para a atividade.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

O “Programa desenvolvimento docente e preceptor da FM/UFG” aumentou o número de professores e preceptores motivados com o ensino de graduação, mais reflexivos sobre a prática docente e mais conscientes da necessidade de buscar o ensino baseado em evidências, sem desprezar suas vivências e opiniões. Após sete anos do início do projeto, o desenvolvimento docente na instituição encontra-se atuante no Núcleo de Educação Médica da FM/UFG, com comissão própria, realizando atividades regulares e diversificadas. Como mensagem final àqueles que desejam promover desenvolvimento docente ou de preceptores em suas instituições, sugere-se que aproveitem o momento das mudanças curriculares, o apoio institucional e os programas de incentivo do governo às mudanças curriculares para implementar ou aprimorar o seu programa de desenvolvimento docente. Sugere-se ainda empenho em desenhar um programa que respeite as necessidades individuais dos docentes e que busque envolvê-los na construção do programa. Avaliação continuada e atualização do programa também são essenciais para que este se mantenha atrativo aos docentes ao longo do tempo.

---

# Programa de inovação e assessoria curricular (Proiac)

*Claudia Marcia Barreto*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Federal Fluminense (UFF)

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

Temos verificado que as mudanças curriculares dos diferentes cursos da área da saúde em nossa universidade, em atendimento às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), são parcialmente ou não são implementadas devido principalmente a dois problemas: a organização histórica da universidade, cuja fragmentação administrativa tem dificultado ações integradas, e a constituição do corpo docente, selecionado e valorizado por seus conhecimentos e produção em área científica específica. Assim, a falta de conhecimento sobre as questões de ensino em sala de aula e a gestão dos cursos de graduação têm contribuído para a ineficiência da avaliação desses e, conseqüentemente, para a falta de ciência sobre a necessidade de corresponsabilidade dos professores e gestores na formação efetiva dos profissionais. O programa visa, portanto, proporcionar apoio institucional ao desenvolvimento dos docentes e gestores em atendimento às reformas curriculares induzidas pelas DCN. Outro investimento importante do programa, que vimos realizando estrategicamente, é o de promover a integração de ações de diferentes setores no sentido de orientar a seleção, formação permanente e avaliação do professor em atendimento aos projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação. Esperamos, a longo prazo, contribuir para o desenvolvimento docente, de modo a con-

templar a formação dos novos profissionais de acordo com o perfil previsto nos currículos inovadores.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

O Programa de Inovação e Assessoria Curricular (Proiac) foi criado no âmbito da UFF. Inicialmente, o reitor e seus assessores foram sensibilizados para o problema. Assim, foi conseguido apoio financeiro para a realização do I Encontro de Desenvolvimento Docente, que, em 2009, contou com coordenadores de curso da área da saúde, chefes de departamento e diretores do Instituto de Biologia. Esse primeiro evento foi realizado com a intenção de levantar os principais problemas e definir a demanda de ações voltadas à melhoria da qualidade do trabalho dos docentes. Promovemos também atividades de desenvolvimento docente relacionadas a métodos ativos de ensino e avaliação e planejamento estratégico, entre outros temas. Com esse trabalho, que durou 72 horas, distribuídas em três dias dos meses de setembro, outubro e novembro, identificou-se a demanda pelos participantes de um setor voltado ao desenvolvimento docente na universidade. Revelou-se também a necessidade da integração do ensino básico com o profissional, a integração do ensino com a pesquisa e a extensão e a integração de disciplinas. Dessa forma, foi corroborado o nosso objetivo, trazendo legitimidade à necessidade de

---

institucionalizar um programa de apoio ao trabalho do docente, assim como constituir um grupo de parceiros. Esses resultados foram consolidados em 2010, por meio do evento “Profissionalização docente e o ensino de ciências”, concretizado como parte das comemorações do jubileu de ouro da UFF. Assim, obtivemos o sinal verde para a criação de um programa de desenvolvimento docente junto às coordenações de cursos da área da saúde e ciências da vida. O passo seguinte foi a constituição da equipe de trabalho do programa a ser criado. Nessa etapa, que consideramos inovadora, realizamos uma chamada pública aos professores da UFF, via endereços eletrônicos institucionais, para a participação no II Encontro de Desenvolvimento Docente. Nesse encontro, 22 docentes, dos 67 inscritos, participaram de oficinas que abordaram planejamento estratégico, avaliação de currículo, método de ensino ativo e formação de competências. No final do evento, 20 docentes de nove unidades de ensino manifestaram interesse em compor a equipe do Proiac, possibilitando a sua institucionalização, que foi efetivada por meio de Determinação de Serviço Prograd nº 10, de 28 de novembro de 2012. Com a equipe formada, a coordenadora do programa submeteu dois projetos ao Plano de Desenvolvimento Institucional da UFF em 2013 e 2014. Assim, o Proiac foi contemplado com recursos por meio dos quais foi possível dar continuidade à capacitação da equipe, oferecer oficinas de atualização pedagógica e prestar assessoria às coordenações de curso de graduação e seus núcleos docentes estruturantes com convidados externos. Desde 2013, foram realizadas 25 oficinas (seis sob demanda específica de coordenações de cursos de graduação e 19 abertas a todos os professores da UFF), uma Mostra de Inovação no Ensino Superior, dois Encontros de Docentes da UFF, seis reuniões para auxílio à estruturação de Núcleo Docente Estruturante (NDE) dos cursos de Enfermagem, Biologia, Química, Veterinária e Nutrição, e três eventos intitulados “Integrando a unidade rumo à formação profissional efetiva”, para Farmácia, Nutrição e Biologia. Desses eventos, participaram cerca de 500 docentes de diferentes áreas de conhecimento e dos *campi* da UFF. Os principais desafios enfrentados têm sido: a sensibilização dos diretores de unidade, coordenadores de curso, chefes de departamento e professores para dedicar tempo às questões relacionadas a ensino, capacitação e manutenção da equipe do Proiac, a

inoperância dos NDE no sentido de planejar ou demandar ações de desenvolvimento docente necessárias à implementação curricular e a falta de ações coordenadas entre as diferentes Pró-Reitorias, visando ao desenvolvimento profissional docente. Esses desafios têm sido discutidos e superados por meio de diferentes estratégias. A sensibilização dos gestores tem sido realizada pela apresentação das demandas identificadas nas oficinas, eventos, encontros de docentes e apresentações de resultados das atividades do Proiac, que têm tido excelente avaliação pelos participantes. As inúmeras atividades assumidas pelos membros do Proiac fizeram com que alguns saíssem do programa. A equipe atual é de 13 docentes, e mesmo esses têm pouco tempo disponível para a participação no programa, pois também estão envolvidos com atividades de administração, ensino, pesquisa e extensão. Nesse sentido, está sendo programada uma nova chamada pública, nos moldes da primeira, para aumentar a equipe e dar continuidade às ações. Para sanar a inoperância dos NDEs e a falta de uma visão integrada das unidades de ensino na formação profissional, têm sido feitas reuniões de planejamento estratégico nas unidades de ensino por meio do encontro intitulado “Integrando a unidade rumo à formação profissional efetiva”. Finalmente, para tratar da coordenação das ações relativas à formação do professor do ensino superior, foi realizada uma primeira reunião, em dezembro de 2015, com a presença de pró-reitores (ou de seus assessores) das Pró-Reitorias de Graduação, Pesquisa, Extensão e Gestão de Pessoas.

## **IMPACTO:**

Os impactos das ações do Proiac podem ser classificados em individuais, curriculares e institucionais. Os impactos individuais podem ser identificados a curto prazo. Por exemplo, após a participação nas oficinas, os docentes aprendem e usam a dinâmica do método e os recursos didáticos inovadores em sala de aula. Muitos docentes enxergaram nessas oficinas o apoio necessário à implantação de mudanças e passaram a entender a sala de aula também como um espaço de pesquisa, o que levou à apresentação de 57 resumos, relacionados a boas práticas, inovação e avaliação no ensino, em três eventos promovidos pelo Proiac. A intensidade do impacto das ações do Proiac em nível curricular tem variado de acor-

---

do com o perfil de gestão e entendimento sobre o currículo, o conhecimento sobre questões de ensino e a capacidade de trabalho em equipe dos docentes e gestores dos cursos. Esse é o caso dos cursos de Medicina Veterinária e de Ciências Biológicas, que mantêm regularidade de solicitações de oficinas para o desenvolvimento docente. No primeiro, houve maior número de docentes participantes nas oficinas abertas, assim como naquelas encomendadas pela coordenação de curso, e, conseqüentemente, foi constatado maior número de mudanças na prática de ensino. A Osce foi adotada na avaliação de residentes de Medicina Veterinária, e a capacitação dos docentes para a implantação da avaliação 360 graus já foi solicitada. Na graduação, professores de sete disciplinas vêm usando os princípios de método ativo de ensino, principalmente nas disciplinas dos anos finais do curso. As ações de ajuste curricular vêm sendo orientadas pelo planejamento estratégico realizado pelo Proiac. Em 2015, foi feito um grande esforço de avaliação desse curso, como resultado de um projeto Faimer coordenado por um dos membros do Proiac e professora da Faculdade de Veterinária. No curso de Ciências Biológicas, está em andamento um procedimento de integração de disciplinas do primeiro período, com vistas à consolidação de um modelo a ser usado para o mesmo fim nos demais períodos, visando atender ao seu projeto político-pedagógico. Para as ações institucionais, os impactos virão a longo prazo, pois dependem de tomada de consciência coletiva sobre a importância da formação permanente do professor do ensino superior. Nesse sentido, o Proiac vem assessorando as unidades de ensino na identificação e resolução de problemas relacionados à formação profissional, e iniciou parceria com a Progepe, tendo sido convidado a participar do acolhimento dos professores e da organização de oficinas demandadas pelas unidades de ensino.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O Programa de Inovação e Assessoria Curricular está consolidado institucionalmente. É conhecido e respeitado por grande parte dos gestores dos cursos da área da saúde da UFF, principalmente por aqueles cujos docentes participaram das primeiras atividades estratégicas de sensibilização para a sua criação, em 2009. Os planos

para o futuro incluem a expansão do programa com o aumento do número de seus membros e o oferecimento de cursos em EaD, o que permitirá maior atendimento aos docentes das unidades fora da sede e assessoria a maior número de coordenações e Núcleos Docentes Estruturantes. Pretende-se continuar a assessoria às unidades de ensino por meio do planejamento estratégico já realizado e auxiliar no alcance das metas traçadas relacionadas à integração dos docentes e das ações de ensino, pesquisa e extensão. Espera-se também institucionalizar um plano de desenvolvimento docente para professores em estágio probatório (em parceria com a Progepe) e ampliar o assessoramento à formatação de oficinas a serem oferecidas por outros profissionais, nos moldes das que já ocorrem pelo Proiac.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

O programa tem funcionado porque as ações são discutidas e planejadas estrategicamente por pessoas comprometidas com o desenvolvimento docente. A equipe é toda formada por professores voluntários, que vestem a camisa do programa e recebem em troca apenas o seu valioso desenvolvimento docente. O programa funciona porque as oficinas de desenvolvimento docente criadas fazem sentido para os docentes que buscam alternativas para a sua prática de ensino. Elas são elaboradas considerando diferentes teorias cognitivistas e princípios neurocientíficos da aprendizagem. Assim, temos misturado a cooperação, a resolução de problemas, a reflexão, a emoção e a tomada de consciência do que cada um sabe. O aprendizado que outras pessoas podem ter com a nossa experiência é o quanto o planejamento estratégico é fundamental para a implementação de um programa, assim como a constituição de uma equipe motivada e engajada voluntariamente com a sua causa. Os resultados das ações, mesmo que praticadas de forma isolada, vão contagiando os docentes e gestores no sentido de promover mudanças pessoais e coletivas na questão do profissionalismo docente. O processo é lento, mas o importante é formar um grande contingente de docentes envolvidos na promoção de mudança na política de formação de professores em vários níveis institucionais.

---

# Desenvolvimento de competências pedagógicas em docentes, necessárias à realização de práticas com as técnicas de simulação, *feedback* e *debriefing* no ensino médico, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Juiz de Fora

Ana Lúcia de Lima Guedes/ Sandra Helena Cerrato Tibiriça/ Maria Goretti Frota Ribeiro/  
Oscarina da Silva Ezequiel

Instituição onde o projeto foi implantado: Faculdade de Medicina da Universidade de Juiz de Fora

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

A educação baseada em simulação tem-se mostrado uma importante ferramenta na aquisição de habilidades específicas. As técnicas de *feedback* e *debriefing* aumentam a aprendizagem com a simulação. Nossa instituição dispõe de um Laboratório de Habilidades bem equipado como espaço protegido para o aprendizado, mas são necessários facilitadores capacitados nessas técnicas. Iniciou-se, então, o desenvolvimento docente nas técnicas de simulação, *feedback* e *debriefing* na disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FM-UFJF). Busca-se fortalecer as ações do Laboratório de Habilidades da FM-UFJF nos aspectos de recursos para o treinamento, capacitação docente, institucionalização curricular; fortalecer o programa de desenvolvimento docente da FM-UFJF, contribuindo para a qualificação do corpo docente com vistas à construção de aprendizagem e transformação das práticas; e ajudar os alunos a alcançarem habilidades e competências num ambiente controlado, que diminui o risco de aprender diretamente com as crianças.

## DESCREVA O QUE FOI FEITO:

Realizou-se estudo prospectivo, experimental, de junho a outubro de 2014. Levantou-se a necessidade do aprendizado de habilidades específicas, definidas nas Diretri-

zes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001), por meio da aplicação de questionário a 11 docentes de Pediatria e a 72 estudantes que cursavam essa disciplina. Com o intuito de trabalhar as habilidades mais pontuadas, os docentes enumeraram nove temas para as simulações. O desenvolvimento docente deu-se em três etapas sequenciais, durante seis semanas: (i) curso teórico-prático para abordar técnicas de simulação, *feedback* e *debriefing*; (ii) preparação das simulações; (iii) aplicação das simulações a 16 estudantes. Foram aplicados questionários aos professores e estudantes para avaliar o processo de desenvolvimento docente e dar *feedback* aos docentes. Por meio de um questionário autoaplicável, levantaram-se informações sobre dados demográficos e formação universitária dos docentes. Também se levantou o conhecimento e a prática das técnicas de simulação, *feedback* e *debriefing*. Para avaliar a necessidade de aprendizado de habilidades específicas, questionários autoaplicáveis foram distribuídos a 11 docentes de Pediatria e a 72 estudantes que cursavam esta disciplina no nono período da graduação em Medicina. As habilidades específicas definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001) foram listadas. O levantamento se deu com as respostas às seguintes perguntas a docentes e estudantes, respectivamente: “Assinale as competências e habilidades clínicas específicas que você considera indispensável que o estudante adquira durante o currícu-

---

lo de Pediatria, para a formação de um profissional generalista”; e “Quais habilidades clínicas em Pediatria você acha indispensável adquirir durante o currículo de Pediatria, para a formação de um profissional generalista?” (ou “Quais habilidades clínicas e conhecimentos específicos você gostaria de aprender, com oportunidade para a prática e *feedback*, acreditando que isto o ajudaria numa situação real de atendimento a uma criança?”). Uma nota foi dada, por docentes e estudantes, a cada item listado, marcando numa escala de intensidade com um X (1 nota mínima, 10 nota máxima). Com o intuito de trabalhar as habilidades mais pontuadas, os docentes enumeraram nove temas para as simulações. O desenvolvimento docente se deu em três etapas, sequenciais, sem intervalos entre elas. A primeira etapa foi constituída por um curso teórico-prático, com duração de três horas, que abordou conceitos de simulação, *feedback* e *debriefing*, utilizou aulas expositivas, vídeos, caso simulado com a utilização de manequim e aplicação das técnicas de simulação, *feedback* e *debriefing*. Com uma semana de antecedência, foi enviado um convite para o curso via e-mail a todos os docentes e foi disponibilizado material para leitura numa pasta no Dropbox. O material para leitura continha capítulos de livros digitalizados e artigos em português e inglês sobre simulação, *feedback* e *debriefing*. Na segunda etapa, realizou-se a preparação dos casos simulados. Os temas abordados foram: anamnese com recém-nascido, exame físico em recém-nascido, medidas antropométricas, otoscopia, avaliação pediátrica para reconhecimento das situações de emergência, reconhecimento e tratamento inicial do choque em Pediatria, reconhecimento e tratamento da insuficiência respiratória em Pediatria, reconhecimento da parada cardiorrespiratória e suporte básico de vida em Pediatria, parada cardíaca em crianças e suporte avançado de vida. Esta preparação se deu mediante encontros presenciais e conversas por e-mail e WhatsApp. Material para estudo e preparação dos casos foi disponibilizado numa pasta no Dropbox (modelo de ficha para descrição dos casos, *checklists*, vídeos, bibliografias, etc.). Também foram compartilhados no Dropbox com todos os docentes os produtos finais (casos simulados, *checklists*, vídeos, pré-testes, bibliografia a ser enviada para leitura prévia dos estudantes). Dois a três professores ficaram responsáveis por preparar cada uma das nove simulações. Na terceira etapa, aplicaram-se as nove práticas com casos

simulados utilizando-se as técnicas de simulação, *feedback* e/ou *debriefing* como metodologia educacional, num período de seis semanas, a 16 estudantes do nono período da graduação em Medicina. Cada simulação foi repetida duas vezes. Em cada vez, houve a participação de oito estudantes. Cada professor participou da simulação que ajudou a preparar, e seis professores, de pelo menos mais uma prática com simulação. A terceira etapa ocorreu na carga horária da disciplina Pediatria. Nesta terceira etapa, os estudantes avaliaram cada simulação e a série de nove simulações, mediante questionários autoaplicáveis. Estas avaliações tiveram como objetivos medir a satisfação do estudante após cada simulação e com a série de simulações e dar *feedback* ao docente. Os docentes, por meio de questionários autoaplicáveis, realizaram avaliações, por etapa e global, do desenvolvimento docente. O objetivo destas avaliações incluiu saber a satisfação do professor com o desenvolvimento docente oferecido e conhecer aspectos contextuais e relacionados ao desenho do curso que levariam à insatisfação dos professores. Um grande desafio foi a adesão dos professores às três etapas do desenvolvimento docente. Para não haver sobrecarga de trabalho para os docentes, o gerenciamento do tempo em que as etapas ocorreram foi importante. Duas ações foram essenciais para enfrentar esse desafio: o fato de o curso ter sido planejado para acontecer dentro da carga horária da disciplina; e a utilização, na preparação dos casos simulados, de ferramentas como Dropbox, e-mail e WhatsApp, diminuindo o número de encontros presenciais. O fato de o planejamento ter incluído aplicação e utilização imediata do que foi aprendido, além de ter atendido às necessidades de aprendizado dos docentes, também favoreceu a motivação, que é crucial para a adesão.

### **IMPACTO:**

Em relação à primeira e à segunda etapa da capacitação, 100% dos docentes concordaram ou concordaram plenamente com as seguintes afirmações: a estrutura organizacional, o tempo destinado à capacitação e as estratégias instrucionais utilizadas durante a capacitação foram adequados; eu estava envolvido durante esta atividade; meus conhecimentos e/ou habilidades aumentaram como resultado desta atividade; terminei a atividade com a percepção de que ela enriqueceu minha formação

---

profissional; terminei a atividade com a percepção de que o que aprendi pode ser aplicado na minha prática profissional. Na aplicação dos casos simulados para os estudantes (terceira etapa), 100% dos docentes concordaram ou concordaram fortemente em que acharam relevante para a sua formação e para a formação do estudante a aplicação das técnicas aprendidas. Na avaliação global do desenvolvimento docente, utilizando uma escala de 1 a 10, a nota média dada pelos docentes foi 9,27 (DP = 0,90). Todos os estudantes ficaram satisfeitos com a série de simulações, pois isto aumentou a confiança no atendimento aos pacientes pediátricos, e concordaram em que o tempo retirado do atendimento de pacientes foi pedagogicamente válido. Houve 100% de adesão dos professores ao programa de desenvolvimento docente, com incorporação da atividade de simulação, *feedback* e *debriefing* ao currículo. De fato, quatro novas simulações foram incorporadas à grade curricular da disciplina de Pediatria no semestre seguinte, além o *debriefing* ter sido acrescentado a uma já existente.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

A situação atual do projeto é a reavaliação das simulações já existentes e a reflexão acerca da necessidade de preparar e incorporar à grade curricular novas simulações, principalmente as de emergência. Outra reflexão é a necessidade de manter a motivação docente no aprendizado das técnicas de simulação, *feedback* e *debriefing* como fator crucial para manter a sustentabilidade deste projeto.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Este projeto funcionou devido a dois fatores principais: o planejamento do curso de desenvolvimento docente e por ter atendido às necessidades de aprendizado dos docentes. O desenvolvimento docente se deu dentro da carga horária da Pediatria, otimizando o tempo dos encontros presenciais, em etapas sequenciais, sem intervalos entre elas e com aplicação imediata do que foi aprendido. O atendimento às necessidades de aprendizado levou à motivação, que é um fator crucial para a adesão.

---

# Estímulo à docência desde a graduação

*Jacqueline Caramori*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp)

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

O ensino entre pares é uma pedra angular na aprendizagem e não é um conceito novo. Desde a década de 1990, autores relatam que a existência de programa tutorial entre pares respondeu às necessidades tanto cognitivas como afetivas de estudantes de Medicina. Internacionalmente, algumas escolas médicas têm cultivado colaborações entre os membros do corpo docente e alunos, levando estudantes que já experimentaram determinado cenário de ensino a participarem dele novamente, no intuito de ensinarem seus pares. Aprender no ambiente informal difere de aprendizagem em salas de aula, com o ensino estruturado; interações são predominantes, especialmente entre os colegas com pequenas diferenças de conhecimento e experiência. No entanto, a maioria dos estudantes se sente desconfortável ao ensinar seus pares, porque muitas vezes não possuem as habilidades necessárias para abordagens de ensino. Preparar estudantes de graduação interessados em ensinar, estimulando conhecimentos educacionais na formação, mobiliza as novas gerações para a carreira docente. Treinamentos formais de “estudantes como professores” são processos existentes em diversas instituições de ensino superior no Brasil. Na Universidade Estadual Paulista (Unesp), a colaboração nas atividades de ensino sob a orientação do professor é uma atividade regulamentada, denominada monitoria, na qual se espera favorecer o desenvolvi-

mento acadêmico e pessoal dos alunos dos cursos de graduação por meio de colaboração nas atividades de ensino, articuladas com as de pesquisa e extensão. No curso de Medicina, essa atividade é extracurricular, e os estudantes fazem a opção por uma disciplina específica. Poderão se candidatar às atividades de monitoria alunos de graduação que tenham sido aprovados na disciplina. A seleção, concessão de bolsa de apoio acadêmico e a inclusão de monitores sem bolsa são decididas por comissão de cada departamento. Conforme estabelece a regulamentação institucional, os objetivos da monitoria são: (i) estimular no aluno o interesse pela atividade docente; (ii) intensificar a cooperação entre o corpo docente e o discente nas atividades de ensino, pesquisa e extensão; (iii) oferecer ao aluno de graduação a oportunidade de se preparar para as atividades de ensino; (iv) contribuir para a melhoria do ensino de graduação na Unesp. Vários fatores podem influenciar a aprendizagem: a motivação, os conhecimentos prévios, a idade e novas concepções de inteligência, mostrando que existem maneiras distintas de aprender, reforço ao conceito de estilo de aprendizagem como um processo ativo, sobretudo expondo teorias que desenham modelos de aprendizagem baseados no processamento da informação, estratégias úteis na organização do ensino. Conhecer os estilos de aprendizagem é enriquecedor, pois, ao se considerar que as pessoas aprendem de maneiras diferentes, a preocupação em conhecer os diversos estilos

---

significa não estabelecer um modelo padrão, com atividades iguais para todos. Outra competência que merece atenção é a comunicação, ferramenta para todos os profissionais de saúde, determinante da abordagem, do acolhimento, da relação médico-paciente e da relação das equipes. A comunicação modifica os resultados da prática médica, favorece a obtenção de dados, o planejamento das ações diagnósticas e terapêuticas, a aderência ao tratamento e torna efetiva a ação em saúde. Promover o estímulo educacional implica orientar para princípios do trabalho em equipe e liderança, aspectos diretamente ligados, por meio dos quais o líder desenvolve, reconhece e conduz os seus pares no processo de aprendizagem, atento para identificar, aprimorar e reter talentos, além de realizar planos estratégicos para fazer da equipe um time de alta performance. Assim, reconhecer estilos de aprendizagem, bem como liderança, trabalho em equipe e habilidade de comunicação fazem parte de um planejamento dinâmico, receptivo e sonhador para ser oferecido a estudantes interessados em aprender a ensinar.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

A primeira etapa foi uma pesquisa transversal, descritiva, exploratória, quali-quantitativa, com professores tutores e monitores dos 13 departamentos com programa de monitoria da FMB–Unesp, com investigação sobre percepção dos princípios e competências educacionais deste programa. A proposta foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa, desenvolvida na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB). A intervenção consistiu em elaborar uma proposta educacional a ser implantada de forma progressiva no conjunto da monitoria, concomitantemente às atividades já propostas por tutores. A construção do roteiro pedagógico incluiu material didático, para atender tanto ao ensino presencial como o ensino a distância (*blended learning*). São dois ambientes Virtuais Colaborativos de Aprendizagem: *Moodle* [<http://www3.fmb.unesp.br/emv/course/view.php?id=172>] e *Facebook* [<https://www.facebook.com/groups/1598703137067128/>]. O plano educacional foi construído para se desenvolver em três módulos, distribuídos em nove meses: (i) estilos de aprendizagem; (ii) comunicação em saúde; (iii) liderança e trabalho em equipe. No Plano Educacional para Monitores, em pri-

meira instância, foram mostradas as competências gerais esperadas, recapitulando-se os princípios existentes nos referenciais da Unesp, confrontando com resultados da percepção dos monitores e tutores sobre o programa. O módulo Estilos de Aprendizagem buscou expandir o conceito de que pessoas aprendem de maneiras diferentes, envolvendo abordagem das teorias de aprendizagem. São características da aprendizagem de adultos: (i) a necessidade de saber; (ii) a decisão de aprender; (iii) a própria experiência; (iv) prontidão para aprender; (v) o objetivo do aprendizado; (vi) ter motivação. Segundo David Kolb, estudantes com diferentes preferências de aprendizagem têm pontos fortes em diferentes situações, permitindo alguns estilos: reflexivo – experiência concreta, observação reflexiva; teórico – conceituação abstrata e observação reflexiva; pragmático – conceituação abstrata e experimentação ativa; ativo – experiência concreta e experimentação ativa. Intervenção educacional: presencialmente, de forma dialogada, o assunto é introduzido para todos os monitores, a apresentação é elaborada especialmente para esse fim. Reconhecimento dos estilos de aprendizagem: [[http://prezi.com/uc4nmslukoeg/?utm\\_campaign=share&utm\\_medium=copy](http://prezi.com/uc4nmslukoeg/?utm_campaign=share&utm_medium=copy)]. Segundo Kolb, ao terem a experiência concreta, os estudantes podem refletir, são capazes de formular conceitos abstratos e fazer generalizações apropriadas, o que permite, então, consolidar a compreensão, testando as implicações de seus conhecimentos em novas situações. A identificação do estilo de aprendizagem foi realizada com um instrumento aplicado individualmente, o inventário de Kolb, sobre a autoapreciação nos processos de aprendizagem. O acompanhamento do Estilo de Aprendizagem prossegue virtualmente, de forma gradual: (i) relembrar a síntese gráfica, o ciclo de Kolb e descrever nominalmente o estudante e seu estilo; (ii) ilustrar o assunto com a exibição do vídeo “Aprendemos de forma diferente”: [<http://youtu.be/40J8fCErbvk>]; (iii) disponibilizar referências sobre aprendizagem de adultos, breves resumos, comentários, reprodução de figuras; (iv) buscar a troca de experiências sobre características de como cada estudante aprende e, logo, como ensinaria seus pares; (v) exemplificar os estilos de aprendizagem nos trechos selecionados dos filmes “Mona Lisa” e “Prova de fogo”. No Módulo Comunicação em Saúde, valoriza-se a comunicação médico-paciente e médico-público, um núcleo de habilidades

---

necessárias à atividade médica que, como ferramenta, deve ser pensada, organizada e ensinada. A comunicação permite a abordagem técnica e o aprimoramento tanto da comunicação interpessoal quanto dos resultados da prática médica, através de melhor obtenção de dados, melhor capacidade de planejamento das ações diagnósticas e terapêuticas, e maior aderência ao tratamento e às mudanças de estilo de vida. E, principalmente, transforma a relação médico-paciente numa relação interpessoal igualitária, na qual decisões são tomadas em conjunto, tornando mais efetivas e satisfatórias as ações em saúde. Intervenção educacional: a primeira atividade é responder à pergunta: Qual a sua concepção sobre comunicação em saúde? A segunda atividade é assistir à videoaula “A comunicação em saúde”, que aborda aspectos conceituais e mostra a relação médico-paciente sob a perspectiva da comunicação. Esse conteúdo é complementado com um questionário de perguntas abertas e fechadas que recebem comentários formativos, oportunamente. O encontro presencial deste módulo visa à contextualização da opinião dos monitores sobre comunicação em saúde. Durante o presencial, consultas médicas simuladas (com falhas na relação médico-paciente e na comunicação) representam a situação deflagradora para debate. Para mostrar a importância desta tecnologia leve – habilidades de comunicação verbais e não verbais –, os monitores são convidados à leitura do texto “Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa”. Para finalizar, o espaço permite atitudes livres que promovam a reflexão sobre a comunicação em saúde e sobre conhecimentos e práticas de comunicação vivenciadas no decorrer da formação. No módulo Liderança e Trabalho em Equipe, entende-se que a liderança deve ser usada como conceito flexível, que inclui valores importantes, como desafio, carreira, crescimento e respeito. Existem rótulos diferentes para líderes e distintos estilos de liderança. Líder é alguém de quem as pessoas gostam e querem seguir. A autoridade é necessária como uma parte da vida em sociedade e no mundo do trabalho, mas não é suficiente para transformar uma pessoa num líder. Aquele que simplesmente diz aquilo que se deve fazer é um chefe. E as pessoas o fazem porque ele o diz. Estimular estratégias de liderança exige uma sequência de ações: desenvolver versatilidade – ver, fazer, ser; olhar primeiro para o positivo; redirecionar seus pensamentos e palavras – reconstruir; fazer perguntas

de interesse apreciativo; descobrir o positivo; construir redes de energia; ver, rastrear e amplificar o que valoriza; desenvolver uma comunidade de práticas, de companheiros; incentivar a gratidão e apreciar um ao outro. Na intervenção educacional, os monitores são solicitados a mostrar, verbal e não verbalmente, situações exemplos de líder e chefe, e a estabelecer diferença entre estas situações. Em seguida, são orientados a assistir a uma videoaula sobre características e tipos de liderança, a complementar conhecimentos com outras leituras e a debater sobre a relação com o líder e o trabalho em equipe. O encontro presencial deste módulo se concentra em experimentar ferramentas/recursos para utilizar estratégias positivas na prática diária e descreve o que se entende por liderança apreciativa, colaborativa, baseada em fortalezas. Busca-se praticar algumas ferramentas desse novo paradigma de liderança, aplicando-as à vida estudantil, e promover a criação de um desenho coletivo no *google drive* com foco nos papéis e atuações de líder(es) apreciativo(s), tendo como exemplo a monitoria do curso de Medicina e como interesse a construção da comunidade de práticas.

### **IMPACTO:**

A investigação preliminar deste projeto permitiu avaliar as percepções sobre a monitoria no curso de Medicina, segundo a visão dos professores tutores e estudantes. Foi verificado que as propostas esperadas por meio de colaboração nas atividades de ensino não estão sendo atingidas, uma vez que existem divergências conceituais de planejamento, quando se compara com a regulamentação. Certos aspectos têm sido considerados igualmente importantes para planejar, como fazer pesquisa e adquirir formação na área específica. Assim, esse treinamento não tem favorecido a aquisição de competências pedagógicas e estimula a tendência precoce à especialização, condições que desviam a proposta da monitoria do seu objetivo educacional primário. Este projeto atua como precursor de uma estratégia que valoriza oferecer competências pedagógicas para estudantes, estimulando a criação de uma comunidade de práticas entre estudantes e professores. Busca encorajar os estudantes pela necessidade de aprimorar conhecimentos sobre os processos educativos, como respectivas metodologias e meios, ampliando suas bases pedagógi-

---

cas na concepção da aprendizagem significativa, interferindo em escolhas e comportamento, uma tendência de possibilidades nas propostas de capacitação para docência, sensibilizando os estudantes para competências educacionais. Independentemente das limitações encontradas nos programas vigentes quanto à exequibilidade das normativas, uma mensagem esteve incluída no contexto abordado: “Tornar-se um monitor implica aquisição de conhecimentos e competências educacionais, mas também se envolver num processo de crescimento dentro da área escolhida”. O planejamento educacional em módulos partiu de um contexto teórico, seguido da aplicação em atividades práticas, citadas como intervenção pedagógica e finalizadas por avaliação processual com instrumentos presenciais, como adesão dos estudantes (taxa de frequência), respostas de entendimento e satisfação sobre o tema proposto, enquanto a distância se observam acessos, interação com as tarefas e qualidade das respostas.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Embora as monitorias sejam processos conhecidos nas instituições brasileiras, a frequência das propostas para colaboração com atividades de ensino, contribuindo para situações de “alunos como professores”, é pouco explicitada. Tampouco existem publicações da experiência nacional sobre práticas instituídas e direcionadas para atender às competências educacionais para tais estudantes. Grande diversidade de temas pode compor um plano de competências educacionais para alunos que estiverem colaborando com atividades de ensino, e, dependendo do cenário, diversas estratégias são importantes. O reconhecimento do estilo de aprendizagem desencadeia um processo reflexivo para o êxito no desempenho e no aprendizado. Existe interesse em que esse módulo desperte a necessidade de informações pessoais que ajudem os alunos a buscar suas estratégias, respeitando o estilo de aprendizagem de cada um, entendendo a capacidade do aluno de se organizar para o estudo. Tais aspectos são ditos fundamentais em atividades a distância, e não menos importantes no presencial. Por meio desta autoconstrução das dimensões de percepção e de processamento, podem-se planejar recursos mais eficazes, que ampliem a compreensão do

“aprender”. O modelo de Kolb foi uma verificação que se pôde usar para aumentar a eficácia na organização da monitoria, oferecendo educação, promovendo reflexões, construindo equilíbrios e vindo a fortalecer o trabalho em equipe.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

A ação docente é uma construção. A formação médica não prepara profissionais como professores, entretanto está havendo um aumento da capacidade do aluno – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar soluções originais e criativas. Portanto, a formação médica enriquece ao reconhecer ter mais habilidades; ao contribuir para a comunicação e a liderança; ao tomar como referência o bem coletivo; ao se envolver na elaboração e desenvolvimento de um projeto de trabalho; ao se instalar na escola usando comunicação criativa; ao criar espaço no cotidiano da relação pedagógica para a afetividade e ao lutar pela criação e aperfeiçoamento constante de condições viabilizadoras do ensino de boa qualidade. Por ser uma estratégia de atenção na educação, esse planejamento visa possibilitar e incentivar o trabalho conjunto entre professores, monitores e alunos, de modo a desenvolver um processo de ensino-aprendizagem com caráter mais cooperativo. Ele favorecerá o melhor entrosamento professor-aluno e aluno-aluno na relação dos agentes do processo educativo em monitorias de uma escola médica.

*“O ideal não é tratarmos as pessoas como elas são, mas sim tratá-las de acordo com o potencial que têm; desta forma, conseguimos ajudá-las a se transformar naquilo que podem ser”. (Goethe)*

---

# Programa de desenvolvimento docente utilizando a liderança como estratégia de integração curricular

*Olivia Bessa/ Luisa Fogarolli/ Mario Cesaretti*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade de Fortaleza (Unifor)

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

Nos últimos anos, muito se tem discutido sobre a necessidade de mudança na educação médica. As Diretrizes Curriculares Nacionais apontam um perfil profissional com características que vão muito além das competências técnico-científicas e agregam elementos como a relação profissional-paciente, comunicação, tomada de decisão, liderança e educação permanente. Nesse sentido, a questão da formação médica é um grande desafio uma vez que requer um padrão especial, diferente do modelo tradicional. É necessário desenvolver recursos educacionais inovadores em que o conhecimento e também as habilidades e atitudes devem ser trabalhados para transformar o desempenho do aluno. Este passa a ter uma atitude crítica e um papel ativo na construção do próprio conhecimento, e seu processo de aprendizagem deve estar intimamente associado a uma melhoria da sua performance profissional, pessoal e da qualidade dos serviços que irá oferecer. O curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, implantado há dez anos, tem a Aprendizagem Baseada em Problemas ou PBL (*Problem Based-Learning*) como modelo pedagógico, que se expressa em ensino tutorial com ênfase em habilidades e atitudes e na integração com a comunidade e serviços de saúde. Tal proposta pressupõe um professor com perfil diferenciado, apto a atuar num contexto onde os conteúdos e a estrutura curricular preveem relações de par-

ceria a serem estabelecidas. O professor deve ser um facilitador do processo de aprendizagem e produção do conhecimento, que valorize em sua prática o desenvolvimento permanente de sua área de conhecimento e considere a natureza complexa da organização do currículo e a integração com o Sistema Único de Saúde. Desde a implantação do curso, a questão do desenvolvimento docente foi um grande desafio. Algumas iniciativas de formação foram tomadas, mas grande parte com um formato fragmentado, com pouco engajamento docente e sem o impacto esperado nas atividades de ensino-aprendizagem. Muitas vezes, os docentes mostravam resistência aos processos de mudança e inovação educacional e dificuldade de transformar a sua realidade e espaço de trabalho. A constatação de que a tarefa de desenvolvimento docente era uma realidade complexa, difícil e desafiadora conduziu à necessidade de implementar um programa diferenciado, com currículo longitudinal, modular e integração de conteúdos educacionais, baseado em metodologias ativas de ensino-aprendizagem e com a incorporação de educação a distância, para facilitar a participação docente. A ideia foi utilizar as competências relacionadas à liderança como possível estratégia de integração curricular. Considerando a liderança como uma habilidade essencial para o desenvolvimento da autonomia do professor, este passaria a ter um papel de protagonista em seu processo de educação permanente, com busca contínua da melhoria

---

do seu ambiente de prática docente. Este projeto está alinhado às políticas públicas de formação das profissões da saúde, pois visa superar as concepções tradicionais de ensino-aprendizagem e formar docentes e preceptores capazes de desenvolver e incorporar práticas inovadoras aos processos de mudança em educação.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

No primeiro ano do projeto, foram realizadas as seguintes etapas para o planejamento e desenho do currículo do Programa de Desenvolvimento Docente: identificação do problema; avaliação das necessidades gerais e específicas dos “alunos-alvo”; identificação de competências essenciais; escolha da metodologia e estratégias educacionais; planejamento da implantação, avaliação do estudante e do programa. Inicialmente, foi feita uma revisão de literatura acerca das experiências de desenvolvimento docente que tivessem a liderança como eixo ou conteúdo programático. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados, usando-se as seguintes palavras-chave: desenvolvimento docente; docente; médico; educação; capacitação; educação continuada e liderança. Foi realizada ainda a identificação e sistematização das iniciativas de formação docente existentes na universidade. Mediante um questionário escrito estruturado, foram identificadas as principais necessidades de formação apontadas pelos professores e realizadas entrevistas com grupos focais (Projeto Ausculta), com estudantes e professores, com o intuito de aprofundar as necessidades identificadas nos questionários, que mostraram ter especial relevância. De modo geral, houve concordância entre a visão docente e discente no que diz respeito às necessidades de formação, com ênfase na relação professor-estudante. Os dados coletados foram agrupados, e as seguintes competências essenciais foram identificadas para o desenho do Programa de Desenvolvimento Docente: (i) identidade profissional e pessoal; (ii) mecanismos educacionais, suas teorias fundamentais e os estilos de aprendizagem; (iii) diretrizes que norteiam a educação médica, suas interlocuções com as demandas sociais e desenho do currículo; (iv) metodologias ativas e centradas no estudante; (v) avaliação das práticas educacionais e necessidades de inovação e renovação curricular; (vi) função docente como exercício de liderança e agente de transformação da realidade. No segundo ano,

o PDD foi implantado considerando as competências essenciais identificadas na etapa inicial do projeto e desenhado em formato modular, integrado, longitudinal e de caráter permanente. Foram utilizadas metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, com abordagens educacionais diversificadas, com alguns elementos de educação a distância, garantindo maior participação e motivação do corpo docente. Inicialmente, foram ofertados os seguintes módulos de formação, de acordo com as competências essenciais identificadas: Princípios de Aprendizagem de Adultos; Ensino para Grandes Grupos – *Team Based Learning*; Ensino em Ambientes Clínicos; Ensino para Pequenos Grupos – Grupo Tutorial; Avaliação Cognitiva e Construção de Itens em Testes Escritos; Avaliação em Ambientes Clínicos; Avaliação Programática; *Feedback*; Construção de Mapas Conceituais; Tecnologia da Informação e Uso de Lousa Digital. Um conteúdo relacionado à pesquisa foi incorporado no semestre seguinte, atendendo a solicitação docente: planejamento de estudo, ética e logística em pesquisa, análise de dados, pesquisa com alunos de graduação, entre outros.

## **IMPACTO:**

Com a implantação do projeto, o curso de Medicina incorporou o Programa de Desenvolvimento Docente para a educação permanente dos professores, com características que refletem a metodologia inovadora do curso e incorporam elementos para a transformação da prática docente. O PDD, com caráter longitudinal, modular e integrado, passou a fazer parte do Programa de Desenvolvimento Profissional em Educação, desenvolvido pela Vice-Reitoria de Ensino da Graduação da Universidade. Conforme a normatização, o professor deverá integralizar 40 horas por ano de desenvolvimento docente, de acordo com as orientações do Índice de Performance Docente (IPD), parte da sua avaliação para progressão funcional na universidade. Além disso, foi criado o Centro de Desenvolvimento Docente e Educação Médica, que passou a ser responsável por planejar e desenvolver o PDD, assim como monitorar e avaliar os resultados, fortalecendo e garantindo a sustentabilidade do programa. Um total de 69 (42%) docentes do curso de Medicina participou dos módulos iniciais oferecidos pelo PDD, com 138 inscrições ao todo no primeiro se-

---

mestre e 231 inscrições no segundo semestre. Foi realizada uma avaliação geral do PDD por meio de um questionário eletrônico com os seguintes indicadores: abrangência e relevância do tema abordado no módulo/oficina; nível de apropriação em relação aos conhecimentos prévios; aplicabilidade na prática docente; metodologia de ensino utilizada; organização; recursos (audiovisuais, textos, outros); papel do(s) facilitador(es); avaliação geral do módulo/oficina. A avaliação pelos docentes foi satisfatória (bom e excelente), sobretudo no conteúdo, metodologia utilizada e aplicabilidade na prática docente. Outros níveis de avaliação estão sendo incorporados e realizados ao longo do semestre, como avaliação da qualidade dos instrumentos utilizados no curso pelos docentes, como testes cognitivos, por exemplo; avaliação docente na tutoria e outros espaços educacionais, entre outros. Outros elementos, como capacidade e/ou competência para atuar como docente, mudança de comportamento e impacto educacional, também serão avaliados, para mensurar o efeito do PDD na prática docente.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O Programa de Desenvolvimento Docente atualmente é desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento Docente e Educação Médica do curso de Medicina, instância criada especialmente para esse fim, garantindo a sustentabilidade do programa. O PDD passou a fazer parte das atividades de educação permanente do corpo docente e se tornou um dos indicadores da avaliação do seu desempenho, com o Índice de Performance Docente. No processo, detectou-se a necessidade de articulação com a pós-graduação, criando um eixo longitudinal de educação, com a incorporação de linhas de pesquisa na área. O PDD está sendo expandido, com atividades ofertadas também aos preceptores da Rede de Serviços de Saúde.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Porque considerou todas as etapas de planejamento e implantação do currículo do Programa de Desenvolvimento Docente, com a participação efetiva dos atores envolvidos no processo: corpo docente, discente e ges-

tores. Além disso, houve concordância entre a visão dos estudantes e professores acerca das necessidades de formação, o que contribuiu para maior engajamento e participação docente. A utilização de uma estratégia de integração curricular, com a liderança como eixo, também foi um fator relevante no desenho do programa. No processo, detectou-se a necessidade de articulação com a pós-graduação, criando um eixo longitudinal de educação, com a incorporação de linhas de pesquisa na área e abrindo espaço para um eixo de formação na área da pesquisa. Outro ponto positivo foi a articulação com a gestão da universidade, o que contribuiu para aumentar o compromisso institucional para o desenvolvimento docente, formalizando o programa e viabilizando a criação do Centro de Desenvolvimento Docente e Educação Médica. Espera-se que este programa desenvolva competências de liderança docente, comprometida com a aprendizagem ativa, reflexiva, estimulando a autonomia e o protagonismo no aprimoramento permanente da prática docente e a busca contínua da melhoria do ambiente onde atua, com impacto na formação dos estudantes.

---

# TEMA: DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES CLÍNICAS

## Programa de habilidades clínicas para integração básico-clínica

*Francisco das Chagas Medeiros*

Instituição onde o projeto foi implantado: Universidade Federal do Ceará (UFC)

### CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

O ensino da Medicina e o treinamento das habilidades clínicas eram alcançados de várias formas. Até bem pouco tempo, os estudantes adquiriam suas habilidades por observação direta de seus professores durante consultas médicas e procedimentos. Os professores eram seus modelos. Os estudantes eram gradualmente iniciados nos segredos do ofício médico. O professor decidia quando os alunos estavam preparados em conhecimentos e habilidades para agir com autonomia, utilizando uma avaliação global e não sistematizada. Nos anos 1960, pesquisas bem estruturadas em educação médica fizeram emergir novos conhecimentos, que promoveram as seguintes orientações de mudanças: o ensino, antes baseado no professor, passaria a ser centrado no aprendiz, e o aprendizado seria integrado, com aplicação imediata, baseada em problemas. Desde os anos 1980, o mundo tem se voltado para discutir a formação de profissionais na área da saúde e sua adequação às necessidades atuais de atenção/cuidados à saúde. Novos paradigmas da formação profissional têm sido apontados como fundamentais para a estruturação da atenção e do sistema de saúde que atende a população. Nos anos 1990, iniciou-se no Brasil um intenso movimento de discussão sobre as mudanças necessárias na educação médica de

modo a favorecer a estruturação do SUS e a melhoria da atenção à saúde no País. Esse processo de discussão influenciou, de forma concreta, as Diretrizes Curriculares de 2001 para a graduação em Medicina. Alguns anos após, foi lançado o programa Pró-Saúde. Desde então, as escolas médicas vinham promovendo mudanças curriculares para atender às novas diretrizes, induzidas por programas de incentivo governamental, como o Pró-Saúde. Entretanto, particularmente nas universidades públicas, a falta de incentivos à graduação e a deficiente “profissionalização docente” se tornaram fatores desafiadores. Desde o início desse projeto (2008), vivemos um momento privilegiado, em que o olhar do MEC se volta para a graduação e vem se associar às preocupações expressas pelo Ministério da Saúde. Na época, o lançamento do Programa Especial de Apoio à Graduação (Peag) na Universidade Federal do Ceará (UFC) se alinhava a esta tendência ministerial de apoio à formação profissional na graduação. Respondia aos anseios de longa data do curso de Medicina da UFC. O projeto pedagógico, com implantação iniciada em 2001, precisava avançar em aspectos fundamentais, como o de ensino de habilidades clínicas e de comunicação. Nossos objetivos/metapas incluíam: (i) desenvolver um programa de habilidades clínicas (HC) para a integração básico-clínica; (ii) implantar um laboratório de HC; (iii) promover a inte-

---

gração básico-clínica, conhecimentos, habilidades e atitudes; (iv) inserir problemas/casos como estratégias promotoras da integração; (v) promover a capacitação estruturada das HC para alunos e professores ao longo do curso; (vi) produzir material didático (casos clínicos, filmes, instrumentos de avaliações) que integrem conhecimentos e motivem. O projeto tinha como metas: (i) utilização do laboratório de HC por todos os alunos de Medicina nos primeiros semestres; (ii) inserção de atividades de integração básico-clínica nos primeiros semestres e início da semiologia de aparelhos e sistemas orgânicos nos módulos correspondentes; (iii) disponibilização imediata do laboratório de HC para realizar atividades práticas; (iv) revisão do sistema de avaliação de estudantes, incluindo Osce e Mini-CEX. Para a iniciação precoce e a integração básico-clínica, buscou-se a colaboração dos Departamentos de Morfologia e Fisiologia e Farmacologia com a Ginecologia (morfofuncional). Ainda, o Laboratório de Habilidades, que precisava ser criado, devia ser oferecido a todo o nosso corpo docente e discente, contando com o apoio de importantes gestores acadêmicos, como vice-reitor, diretor e a articuladora do Núcleo de Desenvolvimento Docente.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Dois dos três participantes do Programa Faimer 2008 tinham projetos em habilidades clínicas: o descrito acima e outro cujo objetivo era implantar um programa no módulo de Pneumologia que incluísse exames clínicos estruturados para melhorar a competência dos alunos. Inicialmente, as atividades começaram num pequeno espaço da Maternidade-Escola da UFC, no Núcleo de Saúde Reprodutiva, com alguns poucos modelos com mais de dez anos, pelve para o exame ginecológico e coleta do Papanicolaou, e para a palpação de mamas. Além da dificuldade com espaço, não havia professores suficientemente capacitados. Mesmo assim, iniciaram-se as atividades do “Laboratório de Habilidades” na Ginecologia com três professores, buscando cumprir os objetivos listados acima. A estratégia de implantação do projeto na Pneumologia constou de duas etapas. No primeiro semestre de 2008, houve a elaboração e revisão do projeto no Faimer; sensibilização e apresentação do projeto na Famed; constituição da equipe; revisão do

programa do módulo; consenso do grupo; definição das competências clínicas e estratégias; elaboração do material instrucional; capacitação pedagógica dos instrutores e realização de projeto piloto. No segundo semestre de 2008, o projeto foi implantado para duas turmas (70 alunos), e a avaliação do aprendizado foi realizada por meio do Osce. O módulo foi avaliado pelos professores e alunos quanto aos aspectos organizacionais, e o Osce como instrumento de avaliação foi avaliado qualitativa e quantitativamente em questionário estruturado. O método, quanto a sua exequibilidade, foi muito bem avaliado, por meio de grupo focal, pelos instrutores e por pacientes simulados. Um vídeo de apresentação sobre o Osce foi produzido, e o resultado foi divulgado para sensibilização de outras disciplinas da Famed. Fizemos a mesma intervenção com um número menor de professores, e a avaliação do Laboratório de HC foi feita pelos estudantes com base em critérios de satisfação e utilidade, resultando bastante positiva. O laboratório definitivo, com estrutura para ensino e avaliação, foi inaugurado em novembro de 2010 (100 m<sup>2</sup>). A partir daí, foram incluídas outras atividades de simulação em áreas de atuação diversas, como Clínica Médica, Semiologia, Urgências, Reumatologia, Pediatria, Cardiologia e Cirurgia, além das originais, Pneumologia e Ginecologia. Se tínhamos de início cerca de dez práticas e cinco ou seis professores envolvidos, atualmente temos 38 práticas e 22 professores efetivamente envolvidos e capacitados. Há três anos, iniciamos um módulo específico de comunicação no oitavo semestre, com a intenção de repetir em todos os semestres. Esse módulo foi organizado para o treinamento de habilidades básicas de comunicação com o paciente e seus familiares, com membros da equipe de trabalho e em outras relações interpessoais, com duração de 32 horas, até o internato. As turmas são de 20 alunos e exploram temas como relação médico-paciente (método centrado no paciente Calgary – Cambridge), consulta estruturada, comunicação não verbal, consulta íntima, comunicação de más notícias, entre outros. As práticas incluem dramatizações, exploração de vídeos, análise de fotografias, exposições dialogadas, discussões em grupo, técnicas de narrativas, reflexões e críticas de textos selecionados e humanização médica. O Núcleo de Desenvolvimento Docente já capacitou 40 professores e 20 preceptores do Hospital e da Rede de Saúde

---

com apoio próprio e do projeto Preceptores em parceria com a Abem. Capacitamos médicos e residentes dos hospitais do ponto de vista técnico e educacional para apoiar suas atividades docentes. Foi possível finalizar a construção de um prédio de 900 m<sup>2</sup> para iniciar as atividades em 2016. Além disso, formamos um grupo *core* de especialistas em educação médica (cerca de dez participantes do Faimer), que promoveu atividades de capacitação docente, cada qual na sua área educacional, incluindo habilidades clínicas, comunicação, PBL, TBL e educação a distância. Esse grupo colabora com o NDE e com a discussão continuada do currículo.

### **IMPACTO:**

Temos módulos planejados de forma a promover a integração básico-clínica, com treinamento em habilidades desde o primeiro semestre do curso. Professores e preceptores estão capacitados para o ensino de habilidades clínicas e de comunicação. Professores e monitores são capazes de criar material instrucional interativo para uso por todos os alunos em ambiente virtual. Os alunos utilizam modelos, manequins e pacientes padronizados em aulas práticas. Observamos maior uso de metodologias ativas de aprendizagem, alunos responsáveis por seu aprendizado, buscando atualização, estimulando a curiosidade e o raciocínio clínico. Há um sistema de avaliação programática que avalia a capacidade do aluno em desenvolver raciocínio clínico e habilidades de diagnóstico e de comunicação. Usuários atendidos pelos estudantes nos diversos cenários de aprendizagem são solicitados a fornecer *feedback* sobre seu atendimento (na Ginecologia e no internato de Gineco). Há condições e facilidades para o ensino-aprendizado de habilidades clínicas em ambiente controlado, padronizado, objetivo e estruturado, semelhante ao real, sem gerar danos físicos ou emocionais aos pacientes. O ensino de habilidades clínicas está integrado no currículo e ocorre de forma apropriada com relação às atividades dos alunos. O ensino deve ser relevante, contextualizado e articulado com as avaliações e o ensino de habilidades de comunicação. Busca-se integrar e envolver os professores das áreas clínica e básica no planejamento de um currículo de habilidades, utilizando o laboratório de forma que não se chegue aos semestres clínicos de forma desvalorizada e

subestimada. Mais de 60% do estabelecido como impacto são completamente realizados, e os outros 40%, parcialmente. Avaliamos ter 50% das ações no nível 3 do modelo de avaliação educacional de Kirkpatrick, 20% no nível 4<sup>a</sup>, e 15% no nível 4B, num processo de discussão entre a gestão da Faculdade de Medicina, NDE e representantes estudantis.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Há um bom nível de desenvolvimento docente (DD). Com o aumento da complexidade da educação e prática médica e o reconhecimento do fato de que os médicos devem assumir papéis de liderança significativa, temos assistido a um aumento dessas atividades de DD destinadas a reforçar a liderança no processo de mudança em educação médica. Estas incluem programas formais, oficinas e seminários, estágios do corpo docente e programas de *mentoring*. Algumas atividades têm como alvo sistemas de desenvolvimento organizacional, ao passo que outras têm incidido sobre habilidades acadêmicas e de carreira. Tivemos a oportunidade de um programa de desenvolvimento docente a princípio acanhado, que se transformou num projeto de um grupo de especialistas em educação médica, com atuações distintas. Paralelamente, nos vimos chamados a ocupar cargos nos mais variados níveis, o que reforça a sustentabilidade, replicação e continuidade dos projetos.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Os projetos Faimer funcionaram individualmente e em grupo graças à persistência de cada um dos envolvidos e à visibilidade e parceria, que impactaram os alunos acima de tudo. Foram consideradas muito boas as avaliações de cada fim de módulo sobre as tarefas e as avaliações estruturadas por meio de questões de satisfação (escala de Likert). Fomos agregando aliados a cada dia e de cada módulo da faculdade. Fomos relatando, divulgando interna e externamente nossos resultados, de forma a criar um clima mais próximo da Gestão. Em período recorde, conseguimos construir duas salas, passamos a utilizá-las exclusivamente como laboratório de HC e fomos

---

agregando outras disciplinas, uma variedade de práticas e professores, alunos monitores e funcionários até o laboratório funcionar durante 12 horas corridas por dia nos dias úteis desde há dois anos. Para coroar nossos projetos, neste primeiro semestre esperamos inaugurar o novo espaço. Nossa instituição não mediu esforços para que as mudanças curriculares propostas nos projetos Faimer se tornassem realidade.

---

# Ensinando habilidades de comunicação para dar más notícias

*Ana Schliemann/ Fernando Almeida/ Magali Zampieri/ Maria Goretti Frota Ribeiro*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Faculdade de Medicina da PUC/SP

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

Esse projeto foi fruto do projeto Faimer (2014) “A comunicação na saúde – desenvolvendo novas relações com os alunos do primeiro ao sexto ano no curso de Medicina da PUC/SP”. O objetivo do trabalho foi avaliar a apreciação dos alunos sobre o módulo de Habilidades de Comunicação desenvolvido com o primeiro ano. A pesquisa teve características quantitativas e qualitativas, e os dados obtidos apontaram que os alunos apreciaram a experiência e houve aumento do conhecimento prévio, mas identificaram a necessidade de explorar amplamente o tema da comunicação, em especial, de más notícias. Diante das respostas, entendeu-se que as habilidades de comunicação estudadas não contemplam as necessidades dos alunos ao informarem um diagnóstico de doença potencialmente fatal, uma deficiência irreversível ou um tratamento doloroso. Foram valorizadas as orientações contidas nas Diretrizes Curriculares para cursos de Medicina, que propõem o conhecimento do processo saúde-doença; integração do ser humano, família e comunidade; epidemiologia; integralidade do cuidar; conhecimentos aplicados à prática; compreensão dos determinantes sociais, psicológicos e éticos; atuação até a intervenção; compreensão e domínio da prope-dêutica; capacidade reflexiva; compreensão sobre as fases do ciclo biológico e dos processos fisiológicos do nascer ao morrer. As mudanças de paradigma no âmbito

da saúde vêm se espalhando pelo mundo e, no Brasil, do ponto de vista institucional, ações vêm sendo conduzidas para implementar novas relações na saúde. Em 2001, a humanização aparece no nome de um programa: Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH). O PNHAH visava melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, mediante ações que enfatizam a melhora da assistência, focando as relações entre usuários e profissionais da área da saúde. Já em 2003, o programa se transforma na Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH entende humanização como a valorização dos diferentes sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores – implicados no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é possibilitar maior autonomia e a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, por meio da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde. O Programa de Humanização do Inca, em sua publicação de 2010, confirma a necessidade de treinamento e cuidado constante dos profissionais envolvidos com pacientes oncológicos como forma de cuidar de quem cuida. A comunicação tem sido explorada e se tornou um dos temas dos programas do Ministério da Saúde, em especial do Programa Humaniza SUS. Nesse programa, a comunicação é vista como um fator importante para o desenvolvimento de ações na assistência; nas campanhas de saúde coletiva, que utili-

---

zam os recursos de comunicação escrita ou oral; nos programas desenvolvidos pelo Inca; na saúde pública e afins. Na humanização, uma base importante é a comunicação. Ela pode ser opressiva, quando impede ou dificulta expressões, informações e sentimentos, ou facilitadora, quando favorece os mesmos. Por isso, aprender a comunicar de forma sistemática e reflexiva é fundamental para desenvolver essa competência. A estratégia de aprendizagem utilizada no curso da PUC/SP é a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), e o tema “más notícias” não está contemplado de forma direta nas estratégias curriculares. A ideia de que comunicação se aprende com observação não é mais aceita, e, por isso, criar um espaço formal no currículo regular era fundamental. Para atender essa necessidade, foi proposta a criação, implantação e avaliação de uma disciplina eletiva no terceiro ano do curso, que abordou o conceito de comunicação em más notícias.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

O trabalho foi desenvolvido e realizado no curso de Medicina da PUC/SP como TCC Faimer. O PPI do curso pressupõe disciplinas eletivas para atender demandas e tópicos emergentes na área médica e que estejam em consonância com a temática específica de cada ano. O desenvolvimento da eletiva observou a metodologia ABP, que pressupõe oferecer situações-problema que motivem o aluno a buscar conhecimento e que favoreçam a percepção de si mesmo, bem como de seus valores sobre os temas propostos. O tema da comunicação, em especial de más notícias, envolve características pessoais e familiares, um processo de elaboração psicológica e moral do profissional que precisa ser trabalhado no cotidiano. A disciplina eletiva “Como dar diagnósticos graves e más notícias” foi oferecida no terceiro ano do curso. Ela durou cerca de 20 dias e foi escolhida por 13 alunos. Os temas trabalhados foram: doença crônica ou potencialmente fatal; deficiências; aspectos psicológicos do doente crônico e sua família; a teoria da morte e do morrer; protocolo STAS (avaliação em cuidados paliativos); protocolo Spyke (como dar más notícias); os processos de luto e como ser médico nesse contexto. A eletiva foi composta por uma parte teórica e outra prática assistencial. A parte teórica foi trabalhada mediante

aplicação de questionários pré-pós-eletiva, de sustentações teóricas sobre: desenvolvimento humano e a morte; luto; protocolos STAS e Spyke; dramatização dos casos estudados para dar más notícias. Os encontros teóricos tinham como base uma situação ou indagação-problema, trabalho em dupla, discussão em grupo e depois com a facilitadora. As atividades teóricas de elaboração pessoal partiram da escolha individual de uma música e de um filme que apontavam um dos temas abordados na eletiva. O material escolhido foi apresentado, analisado à luz das impressões pessoais e de bibliografia, para posterior envio por *e-mail* para a facilitadora, que ofereceu *feedback*. Os alunos fizeram duas tutorias, sendo a primeira no horário de autoaprendizagem e discutida em sala de aula, e a segunda totalmente em sala de aula. Para a primeira tutoria, foi solicitada a criação, em dupla, de um problema que envolvesse aspectos já estudados sobre más notícias. O material foi enviado para a facilitadora, que o revisou e enviou para outra dupla, que o preparou nos moldes propostos por Mamede<sup>4</sup>. Já a segunda tutoria foi feita com todos os alunos e uma tutora, de forma tradicional, ou seja, houve esclarecimento dos termos, definição do problema, análise, sistematização para desenvolver hipóteses, proposição de objetivo, criação de plano, autoaprendizagem e fechamento do problema. As atividades práticas de assistência aconteceram no setor de Nefrologia, com os doentes que realizavam hemodiálise. Esse serviço atende pacientes do SUS. Primeiro, os alunos fizeram uma visita guiada pelo docente/médico do setor, seguida pela aplicação, em dupla, do protocolo STAS. Uma vez preparado e enviado o relatório do STAS, os alunos foram supervisionados, e os dados postos no prontuário. Na supervisão do médico, foram discutidas questões clínicas de cada um dos pacientes atendidos, e na Psicologia foram vistos os sentimentos, conflitos e dificuldades de comunicação. A avaliação dos alunos foi feita pela entrega e correção das atividades solicitadas no prazo e com os tópicos predefinidos. Também o pós-teste foi considerado na composição da menção final. A escolha das atividades buscou tornar a aprendizagem um processo social, interativo, ágil e emergente, como propõe Paulo Freire. A ordem das atividades foi baseada na Pirâmide de Miller, partindo do conhecimento do aluno, das suas emoções e sentimentos sobre más notícias e os temas que elas envol-

---

vem. Com a prática na hemodiálise, trabalhou-se o conhecimento formal, que foi demonstrado e elaborado mediante relatórios. Já as dramatizações apontaram as dúvidas e aflições contidas no fazer. Ao final da reflexão, a discussão no grupo ajudou na percepção coletiva das vivências, facilitando a elaboração dos conteúdos internos. Essa formatação final buscou resolver algumas questões. O primeiro tópico considerado foi quando o tema más notícias poderia ser incluído no curso e como. Frente ao PPI, a opção foi em disciplina eletiva e no segundo semestre do terceiro ano, quando os alunos estudam senescência e morte, e no semestre seguinte há uma intensificação das atividades clínicas que geram maior proximidade com os doentes. A expressão “más notícias”, segundo Lino<sup>5</sup>, diz respeito à comunicação de um diagnóstico *a priori* culturalmente entendido como desfavorável, o que não factível por um acadêmico de terceiro ano. A opção encontrada foi trabalhar com os alunos no protocolo STAS, um protocolo inglês para avaliação integral de pacientes em condições graves. Por meio desse material, os alunos dialogaram com os pacientes que já tinham sua condição clínica conhecida, favorecendo uma reflexão mais tranquila para os participantes. Outro ponto importante foi a inclusão de um profissional da Psicologia como facilitador do treinamento em comunicação, favorecendo o trabalho dos sentimentos, sensações e elaboração pessoal sobre como falar sobre diagnósticos e tratamentos que envolvem a morte e o luto. Na reunião de professores que participaram da eletiva, discutiu-se a preocupação com o grande número de atividades autorreflexivas e que pediam uma colaboração expressiva e efetiva dos participantes. Para lidar com esse tópico, foi esclarecida a diferença entre o trabalho terapêutico e o trabalho acadêmico de um profissional da Psicologia. O programa foi apresentado no primeiro dia e fez-se um acordo com o grupo quanto à necessidade de participação nas atividades para que o curso funcionasse e fosse proveitoso. Criou-se um ambiente acolhedor e empático entre alunos e professores com o objetivo de todos os envolvidos se sentirem livres para sentir, refletir e criticar. Esse foi o aspecto mais valorizado pelos participantes. A dinâmica psíquica das pessoas está diretamente ligada quando se fala em más notícias, e por isso é impossível treinar uma pessoa para todas as situações que irá encontrar. A preocupação foi informar sobre os conceitos envolvidos e auxiliar o par-

ticipante a encontrar psiquicamente como lidar com eles internamente e a aprender com os colegas que a visão é diferente para cada pessoa.

## IMPACTO:

Os alunos do curso desenvolviam as habilidades de comunicação por meio da observação do comportamento dos docentes e da teoria, mas pouco ou nada era feito como elaboração pessoal para que vivenciassem a empatia, a condição psíquica e o preparo emocional necessários a um relacionamento interpessoal adequado. Especialmente em más notícias, isto se torna uma tarefa árdua, que precisa ser realizada de forma multidisciplinar e em equipe. Durante a realização da eletiva, observou-se a imaturidade emocional e a falta de conhecimento dos participantes sobre o assunto. No pós-teste realizado, avaliou-se que todos os participantes aumentaram o número de acertos das respostas. Entre os 13 participantes, a média de respostas adequadas no pós-teste foi de 80%, sendo que os temas mais difíceis foram identificar as características emocionais dos doentes crônicos, fases do luto e dar más notícias. Esses tópicos envolvem a prática para que o aluno possa ter confiança em suas decisões e respostas. Os participantes relataram que se sentiam diferentes nos outros atendimentos que realizam no curso, como, por exemplo, na rede pública e nas UBs, porque desenvolveram um sentimento de segurança na comunicação, uma valorização dos aspectos não médicos de uma consulta como facilitadores na compreensão do processo de adoecimento, um conhecimento sobre os termos específicos, além da diminuição do medo de falar sobre a morte e o morrer. Os outros dois docentes/médicos que participaram afirmaram que a grande maioria dos participantes realizou a tutoria e a supervisão com um comportamento participante, questionador e reflexivo. Neves fala sobre a meta-aprendizagem e a define como: “A cognição é compreendida como os processos mentais inconscientes de uma pessoa, enquanto que a metacognição é a gestão dos processos cognitivos pelo indivíduo, referida por Flavell como o ‘pensamento sobre o pensamento’, ou seja, o controle consciente sobre um fenômeno cognitivo”. Observou-se, ao final da eletiva, esse controle nos participantes, não só pelo desempenho nas atividades, mas pelo baixo índice de faltas, pela presteza na entrega das atividades e

---

pela qualidade das mesmas. Os participantes também avaliaram sua satisfação com a eletiva e todos afirmaram que gostaram da disciplina por criar condições de aumento de conhecimento e reflexão. Espera-se que esse posicionamento dos participantes e a divulgação dos resultados ajudem na valorização e criação de uma cultura que fortaleça a aprendizagem adequada da comunicação em Medicina.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O desenvolvimento de uma disciplina eletiva depende do calendário universitário, e a eletiva “Como dar diagnósticos graves e más notícias” será oferecida novamente este ano. A avaliação dos participantes foi muito boa, e entende-se que a manutenção dessa eletiva é importante para o curso e a formação dos alunos. Como não estamos em fase de mudança curricular, não é possível outra forma de implantação desse tema na grade. Como fruto da eletiva, foi criado um *Facebook*, fechado entre os participantes dessa disciplina, com características informativas – postagens de material, como livro, filmes e eventos sobre os temas trabalhados – e formativas, com o intuito de manter aberto o espaço de reflexão e discussão. Após seis meses, será feita com os participantes uma avaliação sobre a efetividade do trabalho. Essa mesma estrutura foi adaptada para o desenvolvimento de uma nova eletiva, “A arte de comunicar em medicina”, destinada aos alunos do primeiro semestre por quatro semanas. Os temas abordados serão: comunicação verbal e não verbal, diferenças nas fases do desenvolvimento, teoria e técnica, e desenvolvendo pessoal. O formato teoria, prática e assistência será mantido, e serão acrescentadas atividades em EaD e mais um local de assistência.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Avaliar se um projeto funcionou exige tempo e futuras avaliações. Quando o foco é aprender a dar más notícias, isso dependerá ainda da oportunidade de o aluno praticar essa parte da comunicação. Isto vai ocorrer no final do curso, na residência ou no cotidiano. Entretanto, pode-se supor que a aprendizagem é eficiente quando acontece de forma integrativa, transformadora e reflexi-

va. Os participantes da disciplina eletiva aprenderam a entender sobre si mesmos e qual o impacto que esse entendimento tem sobre o exercício profissional quando são dadas más notícias; descobriram que existe uma política humanizada em saúde que valoriza a comunicação; propõem cuidados especiais quando se está diante de um doente com diagnóstico e prognóstico ruins; e aprenderam técnicas que os ajudam nessa tarefa árdua. De forma geral, esse trabalho pode nos ensinar ou confirmar que há uma necessidade de elaboração psicológica diante das técnicas aplicadas no cotidiano e que cognição e emoção precisam caminhar juntas, especialmente na saúde, quando condições irreversíveis e/ou potencialmente fatais estão envolvidas. É muito importante retomar os valores éticos e humanos, e um trabalho nesse formato pode favorecer esse olhar.

---

# TEMA: DESENVOLVIMENTO DOCENTE/ PRECEPTORIA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

## Educação na saúde: o cotidiano em movimento

*Izabel Cristina Coelho*

Instituição onde o projeto foi implantado: Faculdades Pequeno Príncipe

### CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

Desde que assumi a coordenação de um curso de Medicina em 2006 e passei a frequentar congressos de educação médica, uma questão em especial, entre muitas que surgem quando damos início a um novo campo do conhecimento, incomodou-me: como saber se atingimos a formação esperada para os estudantes? Quanto mais me envolvia na área, mais dúvidas surgiam. Comecei, então, a me aprofundar no conceito de competência e a estudar o projeto pedagógico do curso que estava em andamento. Com o apoio da direção acadêmica da instituição, formamos um grupo de trabalho e estudos (Getmed), inicialmente aberto a todos os docentes que tivessem interesse em se reunir semanalmente com o objetivo de redesenhar o currículo. Nossa primeira ação foi estudar as Diretrizes Curriculares Nacionais e currículos de outras instituições nacionais e internacionais que fossem considerados adequados. Em seguida, decidimos conversar com professores do internato médico para compreender as fortalezas e deficiências do nosso currículo. Esta ação deu o impulso para desenvolvimento do meu Projeto Faimer em 2008, que se propôs avaliar o internato médico deste curso com base na visão de docentes, supervisores, discentes e comunidade. Esta

avaliação, resultado do projeto Faimer, nos deu o diagnóstico situacional do curso e permitiu que avaliássemos as necessidades de apoio e de mudança. Os principais pontos positivos eram a existência de uma rede de saúde e de um hospital universitário fortes e bem estruturados para o ensino e de professores comprometidos. Porém, a falta de um projeto de desenvolvimento docente e o fato de o currículo ser tradicional, dificultando a interação entre estes, caracterizaram a maior deficiência. Apesar do apoio institucional e de muitos professores, em 2009 fomos retirados da coordenação do curso, e o processo de mudança foi interrompido. Em 2010, não concordando com os rumos seguidos pela instituição, muitos de nós optamos por deixá-la. Durante todo esse período (2006-2010), vínhamos debatendo local e nacionalmente a importância do desenvolvimento docente, pois se percebia com clareza que o docente preparado para sua atuação era e continua sendo fundamental para qualquer processo de mudança. Alguns colegas, incluindo muitos “faimerianos” e a mim, iam mais longe e passaram a compreender que, além de desenvolvimento docente, precisávamos de pesquisas que avaliassem e compreendessem os processos que aconteciam em todo o País. Para isto, seria necessário criar grupos de pesquisa e linhas em programas. Desde 2009

---

tínhamos o grupo de pesquisa já criado, mas, com as mudanças sofridas e temporariamente sem instituição, vivemos um período de indefinição profissional. Seguir acreditando nas mudanças e nas novas formas de ensinar e entender a educação ou acomodar-se na medicina e na supervisão de residentes, estudantes já formados em especialização? Sem dúvida, o grupo Faimer foi fundamental no processo de apoio pessoal e suporte profissional nesse momento. No início de 2010, fui convidada a coordenar um novo projeto pedagógico com vistas à abertura de um curso de Medicina no complexo em que trabalho há 16 anos, convite aceito sem titubeações. A nova equipe de trabalho foi constituída por muitos colegas que pertenciam ao grupo de pesquisa, que foi restabelecido na nova instituição, agora com o nome de Pesquisa em Ensino na Saúde (Pensa). No segundo semestre de 2010, o Ministério da Educação (Capes) e o da Saúde (SGETS) ofertaram o primeiro edital de incentivo à pesquisa em ensino na área da Saúde, estimulando a criação de grupos e linhas de pesquisa em programas já existentes, o que veio ao encontro de nossa premissa inicial – como saber se estamos no caminho correto?

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

A Faculdades Pequeno Príncipe, a cada curso de graduação desenhado, projetado e implantado, deparava-se com inúmeros desafios, entre eles cumprir as disposições contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde. Novos perfis profissionais, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, cenários de ensino e de prática inovadores trouxeram atores dos serviços de saúde e da comunidade como ingredientes de certa forma revolucionários frente aos paradigmas convencionais dos cursos nos quais os professores tinham sido formados. Estes processos acumularam inquietações frente ao novo e a percepção de que era preciso buscar formações alternativas. Os corpos docente e discente, este naturalmente inquieto, passaram a construir um ambiente interno propício para receber propostas de mudanças curriculares e desenvolvimento docente. Nesse contexto de um novo curso de Medicina e de um projeto para o edital de incentivo à pesquisa da Capes/Ministério da Saúde, é que fomos convidados a desenhar ambos. Enquanto isso, no ambiente externo, continuavam os embates entre forças pró-mudança na educação dos profis-

sionais de saúde e forças conservadoras, defensoras do *status quo* em termos do perfil de profissionais a serem formados e das práticas de ensino tradicionais. Nestes processos abrangentes e participativos, tiveram papel destacado entidades educacionais como a Abem, o FNEPAS e a Rede Unida e vários professores, que integram o corpo docente e participaram das discussões das Diretrizes Curriculares Nacionais. Nesse contexto, tivemos que enfrentar o primeiro desafio na busca de alinhar pensamentos e desejos, mesmo que diversos, em prol de projetos modernos e factíveis para as propostas em desenvolvimento, entendendo que eram e são processos integrados e contínuos. Com características diferentes, mas com propósitos semelhantes, foram lançados os Ativadores dos Processos de Mudança na Formação de Profissionais de Saúde e o Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores das Profissões da Saúde (Faimer), programas de estímulo e apoio às mudanças nos processos formativos de profissionais de saúde a serem observadas e seguidas em seus preceitos. Assim, foi sendo construído o projeto de criação de um novo curso de Medicina atual, antenado com as propostas inovadoras nacionais e internacionais, que permita formar profissionais preparados para a realidade e as necessidades de saúde do País. O NDE, composto por dez membros, reuniu-se semanalmente por seis meses e, tendo por base documentos e leituras especializadas, desenvolveu um projeto pedagógico integrado com o uso de metodologias ativas, principalmente PBL e Problematização, com enfoque nas necessidades de saúde. O projeto foi encaminhado em 2012 e autorizado para ter início no segundo semestre de 2014 com 100 vagas/ano. Em 2016, vamos implantar o quarto semestre do curso, e a procura por ele, igual à dos quatro cursos já tradicionais da cidade, tem nos surpreendido. Também em 2010, a Capes, por intermédio de sua Direção de Inovação, lançou o edital Pró-Ensino na Saúde (24/2010), com o objetivo de possibilitar que as instituições que já oferecessem programas de pós-graduação na área da saúde e afins com avaliação superior a 4 apresentassem propostas para criar e desenvolver linhas de pesquisa em ensino na saúde. Esse edital, resultado de amplo debate nas associações ligadas ao assunto, em especial a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), oficializou o compromisso de produzir conhecimentos na área de ensino na saúde e divulgá-los no meio acadêmico. A Faculdades

---

Pequeno Príncipe foi selecionada com um projeto construído em Rede com a Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal de Santa Catarina, agregando, ainda, professores das Universidades Estadual de Maringá e Federal de Alagoas. A ideia de um projeto em Rede partiu do processo de aproximação que já acontecia de forma não planejada, devido às dificuldades encontradas para divulgar as pesquisas realizadas na área, nosso segundo desafio. Como a maioria dos pesquisadores do Brasil, nos encontrávamos no limbo, tentando publicar em revistas de nossas próprias áreas de atuação sem sucesso e vistos como estranhos à área por revistas voltadas à educação. O nome escolhido para o projeto – “Ensino, saúde e desenvolvimento: rede de saberes e práticas” – já demonstrava o caminho a seguir. A partir da seleção, diversas ações foram conduzidas com o intuito de desenvolver e consolidar a pesquisa na área de ensino na saúde. A recriação do grupo de pesquisa, agora denominado Pesquisa em Ensino na Saúde (Pensa), registrado no Diretório de Pesquisa do CNPq e que incluiu professores de todas as instituições participantes, o fortalecimento da Rede entre as Instituições de Ensino Superior com reuniões que aproximaram os grupos e permitiram o fortalecimento da mesma e de cada participante localmente, o aumento da produção de artigos científicos e a admissão inicial nos programas de pós-graduação vinculados ao projeto de alunos de mestrado acadêmico de doutorado demonstraram ser o caminho, apesar do constante desafio de desenvolver as atividades a distância em um grupo colaborativo em desenvolvimento. O grupo de pesquisa passou a ser composto por 16 docentes da casa e uma rede de 25 estudantes de diferentes formações na área de saúde. A extensa procura pela linha de pesquisa, apoiada na consistência do grupo de pesquisa Pensa, levou ao amadurecimento de uma proposta de programa de pós-graduação em ensino denominada Ensino nas Ciências da Saúde, em nível de mestrado e doutorado, apresentada à Capes em 2013. Após 16 meses, em outubro de 2014, recebemos a aprovação da Capes para iniciar um mestrado acadêmico na área de ensino, que ficou sob minha coordenação. Para esta aprovação foram inúmeros os desafios: o entendimento inicial de que pesquisar ensino não seria pesquisa acadêmica, mas, sim, desenvolvimento de produtos e, portanto, caberia a um mestrado profissional. Esta visão foi em muito superada ou apaziguada pela coordenação

que assumiu a área de ensino na Capes e, como participe de um programa acadêmico conceituado, contribui para um novo olhar. Ainda a destacar a resistência de muitos colegas que têm dificuldade em vislumbrar o ensino como uma área de interesse dos profissionais de saúde, fato visto repetidamente nos programas de pós-graduação voltados à área da saúde.

## IMPACTO:

Olhando o projeto inicial – Como saber se atingimos a formação esperada para os estudantes? –, percebo que a pergunta se mantém e que todos os projetos desenhados dentro desta pergunta buscam responder se estamos no caminho certo. Quando questiono o que mudou no meu projeto, ao olhar para o projeto inicial de avaliação do internato médico de um curso que coordenei, diria que tudo; mas, se ampliarmos a visão para avaliação de curso e ações a serem tomadas a partir desta, percebo a importância de acreditar em um projeto, de nos preparar para ele e de ter uma rede de apoio para seu desenvolvimento. Meu projeto inicial do Faimer trouxe importantes contribuições da escola, mas naquele momento não estávamos, o grupo e eu, preparados para realizá-lo. Foi um aprendizado doloroso, mas que hoje percebo como fundamental para o meu desenvolvimento. Hoje, cada etapa em implantação é acompanhada e avaliada, além de ser discutida em grupo. Atualmente, coordeno a implantação do curso de Medicina em seu quarto semestre, com 200 estudantes, e o novo mestrado acadêmico, com um ano de implantação e 50 mestrandos. Somos uma equipe de professores divididos em grupos de trabalho e comissões: Comissão de Avaliação do Estudante e do Curso (Caec), Comissão de Acompanhamento dos Módulos (CAM), Grupo de Planejamento do Curso (GP), Coordenação do Teste de Progresso e Núcleo de Desenvolvimento Docente (NDD). Estão em implantação o Projeto *Mentoring* e a vice-coordenação, além do NDE e Colegiado do curso. Temos um projeto de acompanhamento pela CPA específico para a implantação do curso e rodas de conversa com os estudantes, para auxiliar o processo. Como desenvolvimento docente, temos preparado os professores para a metodologia do curso integrado e com uso de PBL e problematização antes de admiti-los na IES, buscando uma consonância entre as necessidades institucionais e a adaptação do do-

---

cente ao método. Após a admissão, oficinas de avaliação e integração curricular estimulam as constantes trocas, que também ocorrem nas reuniões semanais de todas as comissões e grupos. O mestrado admitiu 30% de docentes da IES e 20% de profissionais do Complexo, induzindo a formação de novos professores nos preceitos institucionais e com a visão ampliada do processo de ensino-aprendizagem-avaliação, visto como um trinômio por nós. O Colegiado tem trabalhado com os critérios Capes e outros considerados importantes pelos docentes do programa para o acompanhamento do mesmo.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Ambos os projetos educativos têm sido desenvolvidos com o acompanhamento pedagógico descrito, mas também têm observado de forma concreta os custos de implantação e manutenção. A cada semestre, os custos de contratação, desenvolvimento docente, compra de materiais e equipamentos, manutenção de comissões e grupos são avaliados e observados para que os cursos sejam sustentáveis e a implantação com qualidade seja factível. A criação do cargo de vice-coordenação e a aproximação de outros professores dos processos de gestão do curso de Medicina têm como objetivo manter a implantação do projeto e ampliá-lo. O Programa de Mestrado Acadêmico objetiva se ampliar para o doutorado em cinco anos, e o Colegiado tem trabalhado nos critérios para isto. Este objetivo não deve ser atingido por si mesmo, mas para permitir aos mestrandos uma formação contínua e ao curso de Medicina um corpo docente qualificado.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Este projeto, inicialmente frustrado pela sua interrupção, que culminou na minha saída da instituição de origem, desdobrou-se em projetos maiores e contíguos. A grande lição a ser aprendida é a perseverança e a observação dos desvios positivos. Ao refletir sobre esta pergunta, diria que as principais lições que aprendi e que sugiro a todos são: aprender com os erros e vê-los como oportunidades de crescimento pessoal, profissional e do grupo; manter a curiosidade em aprender, pesquisar e

avaliar; trabalhar em grupo; observar seus apoiadores e possíveis opositores; valorizar seus conhecimentos e aplicá-los; e compreender o seu papel no processo a cada momento. Acredito que esta última seja a fundamental, pois, na dança do cotidiano, devemos saber conduzir e ser conduzidos, convidar e ser convidados, deixar passar a dança e esperar. E lembrar sempre nosso propósito principal: a melhoria da qualidade de vida e saúde de todos nós, brasileiros.

---

# TEMA: ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS

## Os desafios da inserção da Aprendizagem Baseada em Problemas apoiada pelo mapa conceitual em um currículo híbrido

*Sandra Tibiriçá/ Oscarina da Silva Ezequiel/ Eliana Amaral*

Instituição onde o projeto foi implementado: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

### CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

Muitos são os desafios encontrados pelas escolas médicas tradicionais brasileiras na tentativa de se adequar às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2014) e às políticas governamentais indutoras das mudanças na formação das profissões da saúde. A inserção de metodologias ativas em grades curriculares rígidas, com um corpo docente de formação positivista e fragmentada, constitui um quebra-cabeças em que o movimento de uma peça pode desfocar a figura final. Muitas vezes, tais dificuldades fazem com que as almejadas mudanças não saiam do papel ou se tornem, em pouco tempo, engessadas e reestruturadas até retornar ao modelo que gerou a proposta de reforma. A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora vivenciou este dilema com sua estrutura curricular dicotomizada entre ciclo básico e profissionalizante, aulas predominantemente expositivas e poucas oportunidades interdisciplinares. Ciente das exigências de uma formação médica coerente com os propósitos atuais, a escola adotou a integração das ciências básicas com aspectos clínicos por meio de disciplinas estruturadas, sem a devida preparação do corpo docente, privilegiando a aprendizagem individual e com grandes grupos. A partir de autoavaliação pela institui-

ção, foi submetido um projeto inovador ao Programa Faimer-Brasil no ano de 2011, propondo a implantação da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) do primeiro ao quarto períodos do curso. O módulo de ABP proposto seria desenvolvido paralelamente ao curso médico tradicional, com a dupla proposta de integrar os conhecimentos básicos e clínicos, e possibilitar a inserção curricular de metodologia ativa para pequenos grupos. Como apoio à estratégia ABP, uma ferramenta gráfica, o mapa conceitual, seria inserido ao final da etapa de *brainstorming*, com os objetivos de facilitar visualmente a fase de levantamento dos conhecimentos prévios do grupo e contribuir com a visualização das lacunas de conhecimento e com a construção das questões de aprendizagem que orientariam a busca individual em bases científicas. A proposta não poderia se desenvolver sem a prévia institucionalização de um programa de desenvolvimento docente sólido, que se propusesse capacitar os docentes para as novas metodologias e desafios. A imersão no Programa Faimer-Brasil foi decisiva nesta fase do projeto, em que nasceu a teoria da mudança do projeto. Nessa oportunidade, foram discutidos os objetivos, a metodologia proposta, fragilidades e fortalezas, tendo sido repensados os agentes de mudança, os prováveis apoiadores e as formas de avaliação do projeto, além do

---

fornecimento de grande número de ferramentas educacionais de suporte, tais como: *Socks (strengths, opportunities, challenges, knowledges, stakeholders)*, planilha de Gantt, linha do tempo, modelo lógico, entre outras. Adicionalmente, a comunidade colaborativa do Faimer-Brasil disponibilizou uma qualificada rede de apoio *online (list-serv e MLWeb)* habilitada para compartilhar, generosamente, experiências e material científico, em tempo real. Esta foi a fase de gestação, preparo e qualificação para o enfrentamento da complexa realidade que estava por vir.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Foram envolvidos no projeto a Pró-Reitoria de Graduação, Direção, Coordenação, Núcleo de Apoio às Práticas Educativas (Nape), Núcleo Docente Estruturante (NDE), os 320 estudantes dos quatro primeiros períodos do curso médico e 30 docentes da Faculdade de Medicina e do Instituto de Ciências Biológicas (ICB) da UFJF. Desta forma, professores de dois institutos ICB (ciclo básico) e Faculdade de Medicina (ciclo profissionalizante) se dispuseram a trabalhar juntos de forma voluntária, após um processo de sensibilização que envolveu a gestão superior e a gestão local (direção, coordenação e chefes de departamento). A sensibilização se deu em duas reuniões distintas, com oito horas de duração cada, quando foram realizadas oficinas de discussão sobre as DCN e as necessidades governamentais, institucionais e sociais para a mudança na formação em saúde na UFJF. Para que a nova metodologia pudesse atingir os objetivos de aprendizagem propostos, foi estruturado um programa de desenvolvimento docente (PDD) com uso de metodologias ativas nos meses de junho a agosto de 2011, com 72 horas de duração. O projeto foi submetido ao CEP/UFJF e aprovado. O PDD objetivou qualificar o desempenho do docente na condução do processo tutorial, na elaboração da situação-problema com adequados graus de complexidade, no mapa conceitual e no processo de avaliação do estudante. Participaram espontaneamente do programa de desenvolvimento 80% dos docentes do primeiro e segundo períodos, 85% do terceiro e 40% do quarto período. Os estudantes (n = 281) foram questionados acerca de sua percepção sobre a metodologia imediatamente antes e depois da capacitação docente. Utilizou-se um questionário semiestru-

rado com 25 itens respondidos em escala Likert. Foi realizada uma análise das diferenças de proporção entre as respostas dos estudantes antes e depois do PDD. Procedeu-se à conversão da escala de cinco itens (concordo totalmente, concordo parcialmente, não tenho opinião, discordo parcialmente, discordo totalmente) em três categorias (concordo, não tenho opinião e discordo). Professores do primeiro, segundo e terceiro períodos tiveram grande aderência ao PDD, em contraste com os do quarto período. Na percepção dos estudantes do primeiro ao terceiro períodos, observou-se marcado aumento de respostas favoráveis à condução do processo tutorial, à adequação da complexidade do caso clínico elaborado e à adequação do sistema de avaliação após o PDD. Estes estudantes referiram o desejo de repetir a experiência da metodologia e pontuaram o facilitador do grupo com a média de 83 pontos (máximo 100). Tais resultados diferiram da opinião dos estudantes do quarto período, que não observaram envolvimento docente e que não gostariam de repetir a atividade educacional. A baixa adesão ao PDD pelos docentes do quarto período coincidiu com a opinião negativa dos alunos do quarto período sobre a experiência educacional. Desta forma, os resultados iniciais sugeriram que a adesão ao PDD pelos docentes se relacionava diretamente com o potencial sucesso do processo ensino-aprendizagem na opinião dos estudantes. Dando continuidade à avaliação do projeto, uma nova entrevista semiestruturada foi realizada com todos os docentes entre 2012 e 2013, objetivando compreender a percepção dos mesmos em relação à metodologia. Os instrutores, em sua maioria, afirmaram experimentar um sentimento de frustração em relação ao maior volume de tempo necessário para planejar e implementar a metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas. Mesmo com a capacitação inicial, muitos docentes, em especial os do quarto período, se sentiam desconfortáveis em relação a fatores como: (i) compreensão e aceitação dos novos papéis e responsabilidades frente aos estudantes; (ii) tolerância com a ambiguidade e flexibilidade requeridas para o novo ambiente de aprendizagem; confiança na integração de ferramentas apropriadas e recursos, incluindo tecnologia educacional. Além das dificuldades apontadas pelo grupo de 30 professores partícipes do projeto, outro grupo de professores não participantes e descrentes da metodologia ABP organizou uma ampla reunião com estudantes

---

e docentes a fim de questionar junto à direção a necessidade e pertinência da estratégia educacional recém-adotada pela Facmed/UFJF. Esse foi um momento crítico, de desânimo e insatisfação, em razão da resistência à proposta de mudança. A sobrevivência do projeto se deu graças aos discentes do primeiro e segundo períodos, que manifestaram sua aprovação (85%) especialmente quanto à contribuição da estratégia para a integração básico-clínica, o que ficou evidenciado numa nova pesquisa de percepção aplicada aos estudantes. O corpo docente do Nape e NDE, bem como estudantes do Diretório Acadêmico também se manifestaram a favor da estratégia. Paralelamente, a comunidade colaborativa do Faimer-Brasil trouxe seu apoio por meio da comunidade de práticas eletrônicas por *e-mail* (*Listserv*). Outra contribuição do Faimer foi a seleção de novos docentes para o programa e a oportunidade de desenvolver novos projetos inovadores, permitindo formar uma massa crítica de docentes capaz de melhor compreender, apoiar e colaborar com a implementação da nova metodologia.

### **IMPACTO:**

Muitas foram as experiências acumuladas nos últimos cinco anos: (i) o ingresso de novos docentes concursados na Faculdade de Medicina da UFJF possibilitou a renovação de professores, trazendo a motivação intrínseca requerida para a utilização de metodologias ativas de aprendizagem. Esses professores recém-admitidos foram alocados na experiência ABP, possibilitando a troca dos docentes mais antigos, que optaram pela exclusividade de atuação na metodologia tradicional; (ii) o programa de desenvolvimento docente para a ABP se fortaleceu e foi institucionalizado, com a estruturação de um grupo de docentes elaborador de situações-problema e outro grupo voltado para a condução tutorial. Os grupos se reúnem periodicamente no início e final do semestre para avaliar o processo e a qualidade dos casos construídos; (iii) um banco de casos e situações-problema está sendo estruturado e validado na perspectiva da integração básico-clínica em cada período; (iv) foi estabelecida uma matriz de competência com grau de complexidade para as situações-problema de cada período, envolvendo domínios biológicos, psicossociais, éticos e ambientais, que permitem a integração básico-clínica; (v) periodicamente, os docentes novatos na metodologia ABP

acompanham um tutor mais experiente por pelo menos dois semestres ou até se sentirem pedagogicamente confortáveis para conduzir seu próprio grupo tutorial; (vi) a metodologia ABP foi inserida no projeto pedagógico de curso como parte da política pedagógica institucional; (vii) o mapa conceitual foi definitivamente inserido na estratégia ABP, e os professores são periodicamente capacitados na utilização da ferramenta e seus recursos tecnológicos; (viii) uma nova pesquisa sobre a aprendizagem superficial e profunda em relação à metodologia ABP, no currículo híbrido, está em vias de análise estatística, incluindo os quatro períodos, com resultados preliminares animadores.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O projeto está incorporado ao currículo de Medicina na UFJF, com reconhecimento institucional, tendo sido premiado pela Pró-Reitoria de Graduação no concurso “Aula Vitrine” de 2013. Tem sido sustentado pelo PDD e apoiado pela gestão da faculdade. Em 2013, foi replicado para os 320 estudantes do curso de Medicina do *Campus* Governador Valadares, após capacitação de seus docentes. Em 2015, foi expandido para outras áreas, com a primeira experiência em ABP no curso de Fisioterapia. Uma disciplina de metodologias ativas de aprendizagem para a docência superior foi estruturada na pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Brasileira e Saúde Coletiva da UFJF e capacita em ABP, anualmente, 30 docentes entre mestrandos e doutorandos. A avaliação do projeto se dá de forma contínua, e uma nova pesquisa sobre a metodologia ABP em currículo híbrido encontra-se na fase de análise dos resultados. Muitos são os desafios para a manutenção do projeto, uma vez que a recaída de modelo é uma preocupação constante.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

O estabelecimento, sobrevivência e expansão do projeto se devem à compreensão de como se desenvolvem as bases instrucionais, com empoderamento de docentes novatos na metodologia ABP. Projetar uma estratégia de ABP não é tão simples e direto como o planejamento de uma unidade de instrução tradicional. Isso ficou muito

---

claro no currículo híbrido. As correntes filosóficas que sustentam a ABP são bem estabelecidas, mas o “como fazê-lo” não se restringe a seguir simplesmente os passos descritos numa oficina de um congresso. Aprendemos que as principais tarefas a desenvolver junto aos professores novatos incluem o desenho e seleção da situação-problema, a identificação dos “gatilhos”, ou “questões de condução”, e a habilidade de motivar os alunos a se apropriarem do problema. Cada uma dessas tarefas implica um conjunto de desafios. Assim como esperamos que alunos aprendam com seus erros, também os professores podem se beneficiar com uma reflexão sobre sua inicial tentativa e avaliar o que funcionou e o que não funcionou, considerando a eficácia do problema e a habilidade de facilitação de cada um. O apoio de tutores experientes durante todo o processo é fundamental.

---

# Uso da narrativa médica para integração da teoria e prática no ensino da Patologia Geral

*Cristina Maria Ganns Chaves Dias*

**Instituição onde o projeto foi implementado:** Universidade Federal de Viçosa

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

O curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Viçosa foi criado em 2007, no programa Reuni, com um projeto pedagógico baseado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (2001), e procurou seguir os modelos de reorientação da educação médica vigentes à época. Assim, possui matriz curricular organizada em módulos e tem a abordagem humanista dos pacientes como um de seus valores fundamentais. No ambiente de aprendizagem baseado na comunidade, os estudantes de Medicina são colocados em contato com pessoas, famílias e comunidades, na Atenção Básica, desde o primeiro período do curso. A disciplina Patologia Geral (PG) pertence ao módulo que aborda os determinantes sociais, psicológicos, biológicos e ambientais no processo saúde-doença e, tradicionalmente, é considerada uma das disciplinas que ligam o ciclo básico ao ciclo clínico. Na matriz curricular, esse módulo é oferecido no terceiro período do curso e possui docentes da área da Patologia Geral, Saúde Mental e Radiologia como responsáveis pelo seu desenvolvimento. Oferecer esse módulo de forma inovadora e que conseguisse integrar tanto os seus conteúdos próprios quanto os conteúdos dos outros módulos foi um dos motivos para a elaboração deste projeto. Além disso, como professora de Patologia Geral do módulo na época, minha grande preocupação sempre foi restringir a abordagem do paciente/doença

ao contexto celular, ou molecular, colaborando assim para a visão reducionista da prática médica e para a percepção do paciente como uma doença. Nesse contexto, era preciso transformar o ensino da PG para superar a visão estritamente biologicista das doenças segundo a qual tradicionalmente seu conteúdo é apresentado nos curso de Medicina.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

O projeto foi desenvolvido no contexto do módulo Mecanismos Básicos do Processo Saúde e Doença, que abriga a Patologia Geral, de forma colaborativa com o docente da Saúde Mental e com a anuência do coordenador e preceptores da Prática Profissional e Trabalho em Saúde, responsável pela inserção dos estudantes na Atenção Básica. A coordenação do curso permitiu que a Narrativa Médica fosse utilizada como estratégia pedagógica, mesmo não estando prevista no programa analítico do módulo. Assim, como previsto no projeto, a utilização da Narrativa Médica foi instituída como atividade obrigatória e avaliativa da disciplina, procurando ser constituída como o elo de integração de conteúdos e oportunidade de prática de habilidades já treinadas, como a realização da entrevista médica. No projeto, os estudantes da PG tiveram que, individualmente, construir uma Narrativa Médica sobre a história de vida de um paciente, revelando os aspectos sociais, psicológicos,

---

biológicos e ambientais do seu processo de vida e adoecimento. Como já estavam inseridos na comunidade desde o primeiro semestre, os estudantes tiveram a possibilidade de escolher entre os pacientes com os quais já tinham contato nas atividades práticas desenvolvidas no módulo Prática Profissional e Trabalho em Saúde. Todos os pacientes que receberam os estudantes em visitas domiciliares participaram de forma voluntária da atividade. Por meio de entrevistas realizadas durante visitas domiciliares, muitas vezes repetidas por duas, três ou mesmo quatro vezes, os estudantes conheceram a história de vida dos pacientes de forma correlacionada com o processo de adoecimento. Tanto a patologia quanto a fisiopatologia do processo de adoecimento deveriam ser descritas em ordem cronológica e em conexão com a história de vida do paciente. Para alguns estudantes, foi permitida a elaboração da Narrativa Médica com base na história de parentes ou na deles próprios, motivados por incidentes críticos, como a morte de pai, descoberta de doença grave em pessoa da família ou experiência própria de adoecimento. As Narrativas Médicas foram construídas e reconstruídas a partir das avaliações formativas e entregues no final do semestre. Cada estudante teve sua Narrativa corrigida por duas vezes, com *feedback* por escrito, até o fechamento da sua construção. O grande desafio foi inicialmente aprender sobre a Narrativa Médica, construir um referencial para os estudantes e trabalhar com a resistência inicial que a utilização de uma metodologia nova usualmente provoca. Em seguida, como o processo de construção da Narrativa foi baseado em avaliações formativas, superar a questão do volume de trabalho e tempo também foi bastante desafiador. Mas o maior desafio, e ao mesmo tempo a oportunidade mais relevante, foi a necessidade de reaprender a avaliar, mudar meus paradigmas e preconceitos, aprender a dar *feedbacks* apreciativos e ao mesmo tempo desafiadores, capazes de contribuir para o desenvolvimento, pelos estudantes, de uma visão global das pessoas e seus processos de adoecimentos, da empatia e da compaixão.

### **IMPACTO:**

A maioria dos estudantes avaliou de forma positiva a atividade e descreveu um grande crescimento pessoal durante o processo de criação das Narrativas Médicas.

Mesmo aqueles que, no início, demonstraram resistência à atividade concluíram que a capacidade de contar as histórias dos pacientes é fundamental para a prática médica. Assim, reconheceram a relevância da competência narrativa no estudante de Medicina e no futuro médico. A realização dessa atividade promoveu o ensino da PG de forma associada à prática médica e constituiu uma grande oportunidade de aprendizado, ampliando a compreensão das singularidades que envolvem o processo de adoecimento. Além disso, contribuiu para construir um ambiente de aprendizagem rico e produtivo, compartilhado por estudantes e professor, numa relação de confiança e respeito mútuo. As mudanças ocorridas estão patentes no texto produzido pelos estudantes: no cuidado e criatividade usados na construção e apresentação das Narrativas; pela análise das capas criadas pela maioria dos narradores, que buscavam comunicar sentimentos com figuras e cores, e com a utilização de poesia, letras de música, textos de pensadores. Tudo isso fica extremamente visível, embora até o momento eu não tenha resultados da análise qualitativa de todo o material.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Com as mudanças ocorridas no desenvolvimento da minha carreira docente, não atuo mais nessa disciplina, e o colega docente, parceiro na época, foi redistribuído para outra instituição de ensino superior. Assim, o projeto foi concluído. Entretanto, ao considerarmos a elaboração e execução desse projeto como um processo de formação docente, visualizamos possibilidades na sua replicação e expansão. Atualmente, no contexto em que atuo, existe a possibilidade da adoção da Narrativa Médica como uma das estratégias educacionais, inclusive com a construção de novas parcerias com grande potencial e a institucionalização dessa ferramenta metodológica, que passaria a constar do conteúdo programático das disciplinas envolvidas.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

O projeto funcionou por permitir uma nova abordagem no processo de ensino-aprendizagem, que adota, predomina

---

minantemente, metodologias tradicionais. Mesmo em um curso novo, em processo de implantação, com projeto pedagógico e matriz curricular considerados inovadores, que atendiam às exigências das DCN da época, a falta de uma formação em docência se tornou um grande desafio. Considerando ainda que a formação médica da totalidade do corpo docente aconteceu no modelo tradicional de ensino, inclusive a minha, mudar fica quase impossível. Assim, mesmo de forma isolada, com poucos parceiros, podemos fazer alguma diferença em processos engessados. Essa pequena diferença ainda consigo entrever no olhar e sentir nos abraços dos ex-alunos que passaram pela experiência e sempre relembram com carinho a oportunidade. Mesmo não tendo condições ideais, podemos esperar, criar, inovar, não aceitar a continuidade daquilo que teoricamente, e apenas teoricamente, não podemos mudar. Particularmente, aprendi que, mesmo com o passar dos anos, a inquietação, a dúvida e a vontade de fazer diferente não desaparecem, ou seja, “os sonhos não envelhecem”...

---

# Ensino clínico com supervisão mínima e indireta

*Ernesto Figueiro-Filho*

**Instituição onde o projeto foi implementado:** Universidade Federal de Campo Grande

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

Supervisão docente mínima e indireta de alunos em um contexto clínico refere-se a um método de ensino em que o encontro com o paciente-aluno não está diretamente supervisionado por um membro do corpo docente. Tal metodologia de ensino, amplamente utilizada, principalmente em atendimentos ambulatoriais, apresenta uma solução viável no ensino clínico. Não está claro, no entanto, como tais práticas são percebidas pelos pacientes e como elas afetam o aprendizado do aluno, principalmente no contexto do SUS.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Nosso objetivo foi avaliar a percepção dos alunos de Medicina (quinto e sexto anos) e dos pacientes submetidos a atendimento ambulatorial (consulta de pré-natal) com supervisão docente mínima e indireta. Questionários com foco na percepção do desempenho dos alunos foram administrados a pacientes antes e depois da consulta. Autopercepções dos estudantes sobre seu desempenho foram obtidas mediante um questionário no final da consulta.

## **IMPACTO:**

A amostra incluiu 95 pacientes, com idade materna média de 29,1 anos ( $\pm 6,5$  anos) e paridade média de 2,5

gestações ( $\pm 1,4$ ). A idade gestacional média da visita pré-natal foi de 21,5 semanas ( $\pm 9,4$  semanas). A maioria das pacientes (93%) sabia que o estudante iria realizar os cuidados pré-natais de rotina e iria receber *feedback* do supervisor na sequência do encontro. As pacientes reconhecem que é importante para os alunos realizar o pré-natal como parte de sua formação (81,1%). Antes da consulta com os estudantes, 22% das pacientes não tinham certeza se iriam se sentir confortáveis com um estudante de Medicina tendo que examiná-las e realizar a sua consulta pré-natal (19%). Tinham dúvidas, também, se poderiam confiar neles (20%). Após os encontros, a quase totalidade (97%) das gestantes reportou que se sentia confortável com a consulta e exame (99%) pré-natal oferecidos pelos estudantes. Após o encontro, as pacientes também confirmaram a sensação de que podem confiar nos alunos (99%). As percepções que apresentaram associações estatisticamente significantes antes e após a consulta foram: conforto com estudantes ( $p < 0,05$ ), ser examinada pelo estudante ( $p < 0,05$ ) e confiança na transmissão da conduta após a discussão com o docente ( $p < 0,05$ ). Na análise das palavras escritas pelas pacientes, que traduziam o que sentiam antes da consulta, a palavra “ansiedade” foi a mais frequente (72%). Após a consulta, as palavras “calma” (74%) e “satisfação” (54%) foram as mais frequentes. Dos 81 estudantes participantes do estudo, 56% estavam no quinto e 44% estavam no sexto ano. Dez membros do corpo docente supervisionaram os

---

alunos (com uma proporção de um membro do corpo docente para oito alunos). A maioria dos alunos pesquisados teve experiência anterior com supervisão docente mínima e indireta em outros ambulatorios (90%). Os alunos concordaram em que a instrução com supervisão docente mínima e indireta incentivou sua participação e engajamento (86%). Eles sentiram que esta forma de ensino clínico foi útil (90%) e que as discussões de casos com os membros do corpo docente contribuíram para a sua aprendizagem (83%). Os estudantes manifestaram interesse em saber o *feedback* das gestantes por eles atendidas sobre o seu desempenho durante a consulta pré-natal (94%) e confirmaram que se sentiriam confortáveis em ser avaliados pelas pacientes (86%). As palavras “confiança”, “responsabilidade”, “seguro” e “autonomia” foram as mais representativas para expressar os sentimentos dos alunos em relação a este método de ensino.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Este projeto confirmou algo que tínhamos a impressão de já saber, todavia sem testar: tanto pacientes quanto alunos aprovam, ou parecem aprovar, o método de ensino ambulatorial com supervisão docente mínima e indireta. Os próximos passos a seguir devem incluir a elaboração de um formulário de avaliação formativa com *feedback* das gestantes atendidas aos alunos e discussão imediata com os estudantes sobre seu desempenho. Acreditamos que essa iniciativa implementará o ensino clínico, incluindo o “olhar” do paciente na formação médica do estudante.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Tivemos o apoio institucional da Famed-UFMS, dos alunos e docentes envolvidos. Foi muito motivador confirmar algo que tínhamos a impressão de que funcionava. Os estudantes se mostraram muito receptivos, bem como as pacientes no decorrer do estudo. O principal motivo de nosso projeto ter funcionado foi a persistência em desenvolvê-lo, apesar de muitas dificuldades enfrentadas na sua implementação.

---

# Sensibilização e instrumentalização de estudantes de Medicina para o cuidado obstétrico humanizado

*Roxana Knobel*

**Instituição onde o projeto foi implementado:** Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

As altas taxas de cesarianas no Brasil, as taxas estáveis intermediárias de mortalidade materna e perinatal e os relatos de violência na atenção ao parto demonstram um problema na assistência obstétrica. Apesar de ser um grave problema de saúde pública e de grandes esforços governamentais para a mudança desse cenário, como a Rede Cegonha, o assunto é pouco debatido e estudado no currículo das faculdades de Medicina. Os acadêmicos são insuficientemente preparados para lidar com o processo natural de parturição, e o currículo não aborda os determinantes das cesáreas desnecessárias. Locais de prática com vivência de uma obstetrícia violenta e uma assistência ao parto com muitas intervenções e sem seguir boas práticas levam os futuros médicos a terem medo do parto normal. Um estudo mostrou que médicos e estudantes de Medicina no final do curso consideram o parto normal a melhor via de parto para a população em geral, mas, para si mesmos ou suas parceiras, preferem a cesariana. No Brasil, os riscos da cirurgia são minimizados, e os riscos do parto normal, exacerbados. Quando questionados sobre os motivos, parece haver uma polarização – um parto vaginal sofrido e doloroso ou uma cesariana. No entanto, é ignorada uma terceira opção de parturição, com uso apenas de intervenções necessárias e não deletérias. De fato, esse atendimento com uso exclusivo de intervenções quando necessário

está em consonância com a literatura e com as iniciativas governamentais de melhoria na assistência obstétrica, onde se insere o projeto Rede Cegonha, fundamentado nos princípios da humanização e assistência. A Rede Cegonha garante, entre outros itens, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento: suficiência de leitos; direito a acompanhante; ambiência adequada e estímulo ao parto normal. Embora também esteja em consonância com a formação de um profissional apto a atender as situações de complicações e urgências, coloca maior ênfase na fisiologia e na desmedicalização do parto em resposta à situação do atendimento obstétrico vivenciado no Brasil. Proporcionando uma vivência de nascimento humanizado durante a formação, espera-se contribuir para que novos profissionais modifiquem suas concepções e práticas em relação ao parto, tanto ao oferecerem assistência direta quanto ao realizarem ações de esclarecimento e orientação aos pacientes.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Inicialmente, as atividades foram desenvolvidas como oficinas, mas a maioria passou a ser atividade curricular em 2014. Os temas básicos de Obstetrícia são um desafio inicial, pois o conteúdo teórico é extenso, e os alunos ainda não vivenciaram a assistência ao parto na prática. Buscou-se uma inserção precoce do tema na disciplina de Anatomia, para que os acadêmicos iniciem a elabora-

---

ção de hipóteses. Nas disciplinas de Obstetrícia, no sexto semestre, nas aulas de mecanismo de parto e diâmetros da bacia, são oferecidos casos clínicos, gerando reflexão e problematização da realidade. As aulas de assistência ao trabalho de parto e parto são ministradas no formato TBL (*Team Based Learning*). Também foram inseridos debates sobre indicações e riscos do uso indiscriminado da cesariana e sobre a assistência obstétrica baseada em evidências, com uso racional de intervenções. Busca-se que os acadêmicos, que nesse momento já estão em estágios práticos nas Unidades Básicas de Saúde, entrevistem mulheres que tiveram filhos há menos de seis meses e, com base nos relatos da assistência obstétrica que essas mulheres receberam, correlacionem o que é ensinado na teoria com a assistência na prática e como as usuárias vivenciam o processo. Durante o internato médico, fase em que os acadêmicos participam diretamente do cuidado às parturientes, as aulas são para grupos pequenos. Os desafios são promover a discussão e problematização e adquirir conhecimentos, habilidades e atitudes necessários ao internato médico. A carga horária para estudo e preparação das aulas é reduzida, e os acadêmicos esperam que as aulas sejam uma simples “passagem” de conteúdo. Em encontros semanais, os estudantes são incentivados a buscar as melhores evidências disponíveis sobre os temas discutidos e a pensar e buscar soluções sobre as diferenças entre as evidências e a prática. Para isso, é exigida uma preparação prévia para o encontro, com um roteiro de estudo fornecido pelo Moodle. Cada encontro se inicia com uma avaliação (pré-teste) e a apresentação de situação-problema. A situação é discutida e, conforme o caso, são utilizados filmes, dinâmicas de grupo, treinamento em manequins e dramatizações, incentivando os estudantes a terem uma participação empática e crítica na assistência às parturientes e puérperas. A partir dessas práticas, um grupo de estudantes tomou a iniciativa de estabelecer parcerias com centros de saúde da Atenção Primária, visando contribuir com ações de promoção à saúde no cuidado obstétrico, incentivando o parto normal, com a criação de um grupo de extensão universitária e um grupo de apoio ao parto normal na comunidade.

### **IMPACTO:**

As aulas teóricas das disciplinas de Obstetrícia foram positivamente modificadas. Os acadêmicos avaliam de for-

ma positiva a maioria das aulas e são particularmente mobilizados pelas aulas em formato TBL. Como relatou uma aluna da sexta fase: “A parte em grupo com as raspadinhas foi excelente. Não só porque a raspadinha é uma ideia supercriativa, mas também nos deu a possibilidade de fazer individualmente, nos avaliando, nos permitindo testar nossos conhecimentos e depois em grupo, nos permitindo discutir a respeito de cada questão”. O internato médico agora conta com uma avaliação no final do estágio (que antes não existia), e o desempenho dos estudantes nessa avaliação é excelente, com aproveitamento de 80% a 100% das questões específicas tratadas nos temas dos encontros. Foi realizada uma pesquisa sobre a via preferencial de parto entre estudantes de Medicina, e 20 de 70 acadêmicos (30% dos entrevistados) do último ano referiram ter mudado de opinião de cesariana para parto normal durante o curso. As justificativas apresentadas foram: vivências em aulas práticas e teóricas de Obstetrícia e vivências positivas em relação ao parto normal e/ou negativas em relação à cesariana. Os acadêmicos relataram, ainda, diferenças entre o que aprendem e discutem nas aulas e o que vivenciam na prática, mostrando uma postura crítica. O projeto de extensão criado conta agora com nove participantes, quatro deles bolsistas, incluindo alunos de outros cursos. As atividades do projeto são voltadas para os acadêmicos e para a população em geral. Notou-se que estudantes de Medicina buscam se integrar às atividades do grupo ainda em fases bem iniciais (primária e segunda fase). Os resultados continuarão sendo avaliados por meio da opinião dos estudantes e seu desempenho acadêmico. Também continuará a ser mensurada a via de parto preferencial para esses futuros médicos e o que os leva a preferir uma ou outra via. Mudanças na assistência, principalmente na Atenção Primária, são mais difíceis de mensurar.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

As aulas, que inicialmente eram oficinas, agora fazem parte do currículo normal. As atividades de avaliação e *feedback* serão mantidas e ampliadas. Há uma busca de parcerias com outros professores para aprimoramento de aulas e outros temas, assim como a inserção dos temas de Obstetrícia nas disciplinas básicas. Algumas das

---

atividades inseridas nessas disciplinas estão sendo replicadas em outras universidades. O grupo de extensão mantém um *site*, no qual publica temas para a população geral e descreve algumas atividades, tanto para acadêmicos quanto para gestantes e familiares, para quem estiver interessado em replicá-las.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

O principal resultado pretendido era que as atividades propostas entrassem na grade curricular, o que foi conseguido. Mesmo numa faculdade com um modelo de ensino tradicional, foram inseridas diversas aulas que utilizam metodologias ativas em pequenos e grandes grupos. A maioria dos acadêmicos se mostra interessada e participativa nas atividades, tem bom desempenho acadêmico e apresenta, em diversas situações, uma postura crítica e reflexiva sobre a assistência obstétrica. Para mudar a realidade obstétrica brasileira, a assistência ao parto baseada em evidências e os problemas gerados pelo excesso de cesarianas devem ser ensinados na graduação.

---

# Aquisição de competência para o preenchimento da declaração de óbito

*Rejane Queiroz/ Silvanilde Severiano de Carvalho/ Maria Helena Senger*

**Instituição onde o projeto foi implementado:** Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

As estatísticas de saúde, sobretudo as de mortalidade, são um poderoso instrumento capaz de fornecer informações para subsidiar, avaliar e planejar as políticas públicas de saúde. O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) se baseia em informações coletadas das Declarações de Óbito (DO) para gerar dados oficiais de mortalidade. A declaração atual possui nove blocos e 59 campos de preenchimento. Um dos mais importantes, o campo 40, se refere às causas da morte e tem como finalidade obter a opinião do médico sobre as causas que, direta ou indiretamente, levaram ao óbito. A parte I é composta de quatro linhas e se destina às doenças relacionadas com a cadeia de acontecimentos patológicos que levaram diretamente à morte, enquanto a parte II se destina a qualquer outra afecção significativa que contribuiu para o evento fatal, mas não relacionada à doença ou afecção que causou diretamente a morte. O preenchimento da DO, instrumento do SIM, é de competência exclusivamente médica. Por ser ato médico, é um importante conteúdo a ser trabalhado nos cursos de graduação. A literatura aponta problemas no preenchimento da DO, o que dificulta e até inviabiliza dados de qualidade para o uso pelo sistema de informação e estudos epidemiológicos. Além disso, compromete a confiabilidade das estatísticas de saúde. Os principais problemas relacionados ao correto preenchimento de todos os

campos da DO são o desconhecimento médico acerca da sua importância, a pouca utilização dos materiais de instrução fornecidos aos médicos pelos órgãos e instituições responsáveis, além da incompreensão sobre a adequação do detalhamento e da cadeia de eventos patológicos no campo das possíveis causas de morte. A inadequação do preenchimento da DO é um problema presente não apenas no Brasil, como apontam autores em Minas Gerais, Pará e São Paulo, mas também em outros países, como Estados Unidos, Inglaterra, Tonga, Paquistão, Cuba, México, Colômbia e Nova Zelândia. Para enfrentar este problema, é preciso repensar, nos currículos médicos, a aquisição de competência para o preenchimento apropriado da DO. Uma das autoras, ao exercer atividades de vigilância em saúde no município de São Luís (MA), constatou um elevado número de DO mal preenchidas no País, no estado e, principalmente, no município, o que gerou preocupações e questionamentos que foram levados para a sua atividade junto ao curso de Medicina. Além disto, essa docente observou que os alunos chegavam ao quinto ano, no internato de Saúde Coletiva, sem o adequado desempenho no preenchimento desse documento. A reflexão sobre essa problemática levou à conclusão de que o oferecimento de condições para a aquisição dessa competência ocorria de forma eventual, inconsistente e aleatória. Assim, com o compromisso de assegurar a capacitação dos futuros médicos para completarem adequadamente o formulá-

---

rio, foi proposta uma estratégia pedagógica aos estudantes de Medicina, integrante de seu internato em Saúde Coletiva.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

No currículo do curso de Medicina de São Luís (MA), da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), a abordagem sobre DO era realizada até 2014 da seguinte forma: no quarto ano, com foco teórico em aspectos relacionados ao conteúdo de medicina legal, e no quinto ano, durante o internato em Saúde Coletiva, nas atividades curriculares de vigilância em saúde estabelecidas no plano de ensino. Os estudantes (média de 25 alunos) participavam de uma aula expositiva dialogada sobre o correto preenchimento de todos os campos da DO. No final do internato de Saúde Coletiva, realizavam uma prova com um caso clínico para preenchimento das partes I e II do campo 40 da DO, referentes às causas da morte. Embora sem ter havido um levantamento formal, os resultados de desempenho eram preocupantes, numa análise subjetiva dos professores ligados à atividade. A mudança implementada, ocorrida com a primeira turma em abril de 2014, foi a incorporação, primeiramente, de um treinamento sobre o preenchimento da DO no internato. Adicionou-se, portanto, uma atividade de aplicação prática após a aula expositiva dialogada, que foi mantida. O treinamento consistiu na análise de casos clínicos reais para que os alunos realizassem o preenchimento individual da DO, seguida de posterior apresentação e discussão em grupo. Nesse momento, era oferecido o *feedback* do professor e de um especialista da vigilância epidemiológica do município, convidado a participar da atividade. Este especialista também auxiliou na seleção dos casos clínicos. Além disso, foi mantida a prova com um caso clínico. Porém, após sua realização, passou a haver novo *feedback* e discussão do caso apresentado na prova. Um dos principais desafios enfrentados na implementação desta atividade foi adequar o raciocínio epidemiológico ao raciocínio clínico, pautado no preenchimento sequencial correto das causas da morte, com ênfase na causa básica, visto que essa causa é comparada internacionalmente entre as estatísticas vitais da maioria dos países. A importância da atuação de um profissional da vigilância epidemiológica, com conhecimento do sistema de informação baseado na CID-10, foi importante

para fomentar a discussão, que agregou necessidades de conhecimentos clínicos, epidemiológicos e de gestão de saúde. Outro desafio foi a necessidade de os professores do curso e os preceptores identificarem, de forma homogênea, se a DO estava sendo preenchida corretamente, a fim de permitir a coerência dos conteúdos obtidos pelos alunos durante toda a formação em que outros professores também estão envolvidos.

### **IMPACTO:**

Foi realizada uma avaliação comparativa dos resultados das provas com graus de dificuldade semelhantes, em duas turmas (uma antes da intervenção e outra depois), cada uma com 25 e 26 alunos, respectivamente. Verificou-se que, após a mudança da estratégia educativa – ou seja, com a incorporação de uma etapa de treinamento de uma sequência de cinco casos clínicos para preenchimento das causas da DO e, ao final, a manutenção de um caso clínico na prova –, houve melhora no percentual de acertos no preenchimento das causas de óbito na DO, que passou de 60,0% (15 de 25 alunos) para 92,3% (24 de 26 alunos). Identificou-se, também, a diminuição de erros ao ser completada a parte II da DO (92% para 65%), no uso de abreviaturas e/ou siglas (60% para 7,7%) e na grafia com letra ilegível (8% para 0%).

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

A atividade vem sendo mantida e já atingiu 134 alunos do curso médico. Para as turmas futuras, pretende-se avaliar a retenção dos conhecimentos adquiridos quando os alunos estiverem no sexto ano, após um ano da aplicação da atividade educativa sobre DO. Nessa etapa futura, será aplicada outra avaliação, composta por caso clínico para toda a turma. A atividade foi incorporada ao plano de ensino do internato de Saúde Coletiva. Também houve troca de experiências com outros professores de outros cursos de Medicina, com possibilidades de adaptações dessa estratégia em outros cursos. Há, ainda, a possibilidade de obtenção de reforços para a tarefa de sensibilização sobre a importância do correto preenchimento da DO em outros módulos, a partir da mudança da matriz curricular do curso de Medicina que está sendo implementada. Assim, espera-se sensibilizar outros

---

docentes, alunos e gestores dos cursos, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento dos processos educacionais na formação médica no que se refere à aquisição da competência da adequação no preenchimento da DO.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Foi possível transformar uma atividade de aprendizagem oportunística – nem todos os alunos tinham a oportunidade de simular o preenchimento de um atestado de óbito – em sistemática (com base nos casos clínicos, treinamento de preenchimento e *feedback* específico). A estratégia permitiu a mobilização de conhecimentos incorporados de forma significativa e a aquisição de habilidades essenciais para o correto preenchimento das causas de óbito na DO. O exercício reflexivo realizado pelos alunos, promovido pelo *feedback* e pelo contato com um profissional de saúde do município, propiciou uma mudança de atitude, revelada pelo cuidado no uso de abreviaturas e de letra legível, o que pode ser traduzido em respeito ao indivíduo falecido e aos dados gerados. Assim, os três componentes de determinada competência foram contemplados (conhecimentos, habilidades e atitudes). A participação do especialista da vigilância epidemiológica foi fundamental para direcionar as discussões para os erros mais comumente observados no preenchimento da declaração de óbito e qualificar o *feedback*, sustentando uma abordagem multiprofissional e de integração ensino-serviço. Por fim, os benefícios com a continuidade da intervenção não se limitam aos alunos, mas também atingem a instituição de ensino no cumprimento de suas funções educacionais e sociais, e o próprio sistema de saúde.

---

# Visita domiciliar em ambiente simulado – uma experiência brasileira

*Andréa Contini*

**Instituição onde o projeto foi implementado:** Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Carlos

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

As diretrizes nacionais para escolas médicas estabelecem que os estudantes de graduação em Medicina devem ter formação médica ampla e holística, e desenvolver habilidades humanistas, além de serem críticos, reflexivos e éticos. A inserção na prática deverá se iniciar desde o primeiro ano do curso médico. Para atender a essas recomendações, nossa escola médica tem um currículo integrado, mas um dos maiores desafios é a preparação para as visitas domiciliares nos cenários reais de cuidados primários de saúde. A simulação de visitas domiciliares em um ambiente de aprendizagem protegido ajuda os alunos a lidar com a ansiedade gerada por tais visitas e a compreender a realidade sociocultural das famílias (muitas vezes, diversa da realidade dos alunos), bem como auxilia na ampliação da visão e na preparação para uma escuta que vá além da queixa do paciente. Este projeto procurou melhorar esta atividade, adequando-a à realidade vivida pelo estudante na sua prática profissional real e analisando se esta prática em ambiente simulado auxiliou na reflexão sobre as condições de vida, promoção e prevenção da saúde.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Após a caracterização das famílias descritas para o cenário simulado da cidade fictícia “Florealva”, foram elabo-

rados casos simulados com roteiros interpretados por atores. Estes foram treinados e padronizados, e utilizados na atividade simulada curricular desenvolvida na Unidade de Simulação da Prática Profissional em Saúde. Nesta unidade existem cenários que reproduzem os domicílios e suas famílias. As situações simuladas apresentam em seu contexto uma equipe de Saúde da Família e indicadores sociais e demográficos. Essas famílias se tornam objeto de narrativas construídas pelos estudantes. Seus diferentes problemas e peculiaridades desencadeiam perguntas de aprendizagem e formulação de planos terapêuticos singulares. Após as simulações, os alunos do primeiro ano se reúnem uma vez por semana durante dois semestres para discutir e refletir acerca desta visita em ambiente simulado. Sob supervisão, os alunos fazem anamnese, exame físico e prevenção e promoção da saúde. A avaliação no primeiro ano é apenas formativa e feita como autoavaliação e análise da percepção, pelos alunos, de desenvolvimento de competências esperado, de ambientes de simulação e do trabalho em equipe.

## **IMPACTO:**

As percepções dos estudantes foram analisadas pela técnica de discurso coletivo. A atividade foi considerada motivadora, dinâmica, produtiva e instigante. Ela promoveu aumento progressivo e significativo de conhecimen-

---

to sobre a Estratégia de Saúde da Família, sobre teoria e prática da semiologia, sobre o trabalho em equipe, elaboração de narrativas e prática reflexiva. Os estudantes viram como importante a aprendizagem em um ambiente seguro, onde se pode aprender por tentativas e erros, *feedback* e reflexão.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Esta atividade está inserida na grade curricular do estudante de Medicina. Após a análise do impacto, observou-se a necessidade de ajustes no cenário e nos objetivos de aprendizagem desta atividade educacional, como a inserção de algumas ferramentas utilizadas na estratégia da Saúde da Família. Este projeto terá continuidade em 2016.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Visitas domiciliares em ambientes simulados são uma poderosa estratégia de ensino-aprendizagem quando desenvolvidas em um ambiente seguro e uma ferramenta pedagógica importante na construção do conhecimento por parte do estudante. Além disso, facilitam o desenvolvimento de habilidades e atitudes necessárias para trabalhar na Atenção Básica e auxiliam na reflexão acerca da atividade prática e do trabalho em equipe.

---

# Opinião e satisfação dos discentes do primeiro ano médico da Famerp em relação ao método TBL na disciplina de Embriologia Humana

*Alba Regina de Abreu Lima*

**Instituição onde o projeto foi implementado:** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

O entendimento da Embriologia Humana é fundamental para o correto diagnóstico e tratamento das malformações congênitas, responsáveis pela maioria das mortes na primeira infância em países desenvolvidos. As disciplinas tradicionais de Embriologia Humana exigem do aluno um rápido entendimento sobre uma série de mudanças que ocorrem simultaneamente macro e microscopicamente no embrião. Como consequência, alguns estudantes têm dificuldade para compreender os conceitos apresentados, que exigem a criação mental de imagens tridimensionais dos processos envolvidos. As atividades em grupo podem ser ferramentas altamente eficazes para o desenvolvimento do domínio conceitual de disciplinas básicas e também para o desenvolvimento de habilidades para a resolução de problemas. Na educação médica, o *Team Based Learning* (TBL) é uma estratégia de ensino utilizada em algumas universidades internacionais para intensificar a aprendizagem interativa em pequenos grupos, principalmente nas disciplinas do ciclo básico, porém tem sido pouco usada no Brasil. O TBL foi primeiramente desenvolvido por Michaelsen, para cursos de administração na década de 1970, para a concepção de trabalhos em grandes classes e atividades eficazes para aulas e *workshops*. Na disciplina de Embriologia do curso médico da Famerp, predominam métodos tradicionais de ensino, com tendência de valorização da

transmissão do conhecimento sobre o desenvolvimento de habilidades de aprendizado contínuo, o que dificulta a ampla adoção de modelos inovadores. Até os ingressantes de 2013, o curso ofereceu apenas aulas teóricas, seguidas de aulas práticas que consistiam na observação de lâminas de embriões de aves e camundongos em microscópio, e também incluíam a recomendação de leituras de textos relacionados. Durante todo o curso, o diálogo permanente era incentivado, solicitando-se aos alunos que interrompessem a aula sempre que julgassem necessário. Para os ingressantes de 2014 no curso de Medicina da Famerp, como parte do projeto Faimer, foram introduzidas na disciplina de Embriologia algumas aulas com emprego da técnica de TBL. O principal objetivo era aplicar uma estratégia de ensino centrada na participação ativa do estudante, que não só garantisse a aprendizagem, mas, ao mesmo tempo, tornasse a aula mais motivadora e mais integrada, multidisciplinarmente. Para isso, foram introduzidos quatro temas curriculares da Embriologia Humana, utilizando-se o TBL como método ativo de ensino. Posteriormente, foram realizadas medições para avaliar o grau de satisfação dos discentes com a técnica apresentada, avaliando-se também sua percepção de aprendizado. A introdução de uma técnica de metodologia ativa visa tornar o aprendizado mais interessante e motivador e aproximar a disciplina do cumprimento das DCN (2014 – MEC), que estabelecem, no Artigo 7, que “na Educação em Saúde, o graduando de-

---

verá ser corresponsável pela própria formação inicial, continuada e em serviço, e também pela sua autonomia intelectual”. No parágrafo primeiro das DCN, encontramos que “o graduando deverá aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes”. No mesmo documento, encontramos no Artigo 32 que “o Curso de Graduação em medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem”. Foi obtida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos para a utilização de todas as informações da pesquisa. No segundo ano de trabalhos, buscamos aprimorar os instrumentos de averiguação da opinião dos discentes. As ações foram planejadas com base em discussões presenciais e a distância com facilitadores do programa Faimer.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

O trabalho foi desenvolvido no curso de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp). A população estudada foi o grupo de alunos do primeiro ano de graduação médica, ingressantes nos anos de 2014 e 2015, com idade igual ou superior a 18 anos, matriculados na disciplina de Embriologia Humana, que possui 80 vagas. O docente dividiu os alunos em equipes de cinco elementos cada. Essas equipes foram mantidas em todas as sessões de TBL e submetidas simultaneamente a todas as atividades. Em 2014, como iniciativa-piloto, foram desenvolvidas quatro sessões tendo o TBL como metodologia. Em cada uma delas, o processo foi realizado da seguinte maneira: (i) preparação pré-aula para a sessão de TBL: uma semana antes da sessão, os alunos receberam os objetivos da aula e material básico sobre o tópico (textos específicos, capítulos de livros, imagens); (ii) teste individual – *Individual Readness Assurance Test* (Irat). No início da sessão de TBL, foram administradas questões de múltipla escolha, para respostas individuais; (iii) teste em equipe – *Group Readness Assurance Test* (Grat): imediatamente após o teste individual, o mesmo teste foi administrado ao grupo (equipes), com um limite

máximo de 20 minutos para as respostas. O grupo deveria responder em consenso; (iv) discussão (*feedback*): as questões são revisadas, e, se as respostas das equipes forem discordantes, os grupos são chamados a defender suas respostas. Quando nenhuma dúvida ou erro de raciocínio restar do conteúdo, passa-se para a próxima questão. Um seminário sobre o assunto foi apresentado pelo docente; (v) aplicação de casos clínicos: foram aplicados dois casos clínicos relacionados com o tema da aula com um conjunto de acompanhamento de questões de múltipla escolha. Os casos incluíam um texto que descreve a história de um paciente, sua história e exame físico. Quando possível, foram acrescentados dados adicionais sob a forma de raios X, tomografia computadorizada, ressonância magnética, imagens de ultrassom. Os casos e questões foram criados para a integração de fatos embriológicos, anatômicos, conceitos e certa dose de raciocínio. No final da quarta sessão de TBL, os discentes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a responder a um instrumento de percepção quantitativo e qualitativo. Todos concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O objetivo desse instrumento (questionário semiestruturado) era captar as percepções dos estudantes em relação à estratégia de ensino adotada. O questionário adotado foi desenvolvido e envolveu algumas dimensões (domínios) a serem investigadas, tais como: motivação do estudante, trabalho em equipe, alcance dos objetivos de aprendizagem (eficiência da metodologia de ensino), eficiência da aplicação do conhecimento, facilidades encontradas, autoavaliação discente, benefícios e limitações decorrentes de sua aplicação. Cada dimensão continha asserções elaboradas em linguagem adequada ao público-alvo, para avaliar uma gama de questões intrínsecas a cada uma delas e também permitir a investigação das percepções dos usuários acerca das mesmas. O instrumento foi construído no modelo de Likert. Além de responder às asserções, o aluno podia incluir comentários que permitiram a captação de críticas e sugestões quanto à estratégia de ensino proposta. Os resultados foram altamente satisfatórios: 96,3% dos discentes concordaram em que o TBL teve impacto positivo em seu aprendizado; 90,0% dos alunos apontaram que o TBL exige maior interação entre os alunos; 84,0% afirmaram que alcançaram os objetivos de aprendizagem definidos; 94,7% acreditaram que o formato estimulou a participa-

---

ção do aluno no processo de ensino-aprendizagem. Entre as várias sugestões coletadas, algumas foram imediatamente incorporadas à rotina, como melhor direcionamento dos objetivos em cada plano de aula e aumento do tempo para resolver os testes individuais e questões impressas (não projetadas). Algumas sugestões, como deixá-los escolher o próprio grupo e permitir consulta à bibliografia durante os testes individuais, não foram consideradas, pois contrariam a filosofia do método. Uma reflexão pertinente seria melhorar a integração com outras disciplinas do básico (como Histologia e Anatomia) e também com a clínica. Em 2015, além das pequenas modificações estruturais, orientadas pelos instrutores Faimer, introduziram-se novos instrumentos de coleta de dados. Antes da primeira aula em que o TBL foi usado como método ativo de ensino, foi aplicado um questionário pré-TBL, e, após a realização da atividade, foi aplicado um questionário pós-TBL. Seguiram-se as aulas 2, 3 e 4, e, imediatamente após, cada aluno recebeu o questionário semiestruturado final, no qual deveria avaliar a técnica utilizada na aula. Nesse mesmo dia, foi realizada a avaliação dos pares. Os questionários foram aplicados no ambiente de sala de aula pelo pesquisador responsável. Os resultados foram igualmente satisfatórios quando comparados aos apurados entre os ingressantes de 2014. Para complementar esse trabalho, foram feitos projetos com a intenção de divulgar o trabalho para a comunidade acadêmica e criar um mecanismo para capacitar os docentes em diferentes metodologias de ensino, avaliação de conteúdo e demais temas relevantes em educação médica.

## **IMPACTO:**

Após a realização de quatro intervenções em 2014, os resultados predominantemente positivos evidenciam a satisfação dos estudantes com o uso do método TBL e com a possibilidade de uma participação mais ativa no processo de construção do próprio conhecimento. No segundo ano do projeto, os resultados foram igualmente satisfatórios. Pontos positivos e importantes foram levantados pelos discentes, como o aumento e a facilitação do aprendizado, indução ao estudo pré-aula, maior dinamismo na aula, aumento da compreensão de outras disciplinas e estímulo à interação entre os discentes. Entre os pontos negativos, um dos mais citados foi o pouco

comprometimento de todos os membros da equipe e a sugestão de delegar aos próprios discentes a divisão dos grupos. Mas, segundo a literatura especializada sobre o método, os grupos devem ser constituídos de maneira a incluir a diversidade em sua composição, evitando vínculos afetivos entre componentes (irmãos, namorados, amigos muito próximos) e também *expertise* diferenciada de alguns membros (que tenderiam a se isolar). Assim, os professores responsáveis devem mesclar os alunos de forma aleatória e equilibrada, buscando a maior diversidade possível e evitando delegar aos estudantes a tarefa da formação dos grupos. Outro ponto negativo relatado pelos discentes foi o pouco tempo que tiveram para estudar. Essa falta de tempo é também evidenciada quando se observa que, embora a maioria (96,16%) dos discentes tenha concordado em que aprendeu mais com aulas no formato TBL, apenas 75,65% deles gostariam de ter mais aulas nesse formato. As respostas às questões abertas confirmaram que a falta de tempo é o principal motivo para os percentuais destas respostas. O tempo disponível para o estudo prévio (que nem sempre existia, devido ao grande número de aulas) era também ocupado com estudo para avaliações de outras disciplinas, coincidindo, na mesma semana, com as sessões de TBL. É necessária uma revisão de matriz curricular visando à diminuição do tempo de sala de aula, para que os discentes possam realizar estudos extraclasse e outras atividades, como participação em projetos de pesquisa, ligas e monitorias. A continuação e a expansão das atividades desenvolvidas no projeto são totalmente sustentáveis, pois o docente é o único responsável pela disciplina, conta com apoio da coordenação e direção da IES e tem carga horária adequada. Além desse aspecto, em nível de gestão do ensino no curso de Medicina, foi criado um Centro de Estudos em Educação Médica, envolvendo toda a comunidade acadêmica.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

Com a finalização deste projeto em dezembro de 2015, a diversificação dos métodos de ensino na disciplina de Embriologia Humana já é uma prática incorporada aos cursos de Medicina e de Enfermagem da Famerp. A informação resultante deste projeto será útil na ampliação, qualificação e utilização de novas estratégias de ensino e

---

aprendizado nas demais disciplinas do curso. A mobilização e a qualificação de outros docentes têm se mostrado o aspecto mais desafiador a ser enfrentado para viabilizar as modificações propostas. Neste sentido, projetou-se um núcleo, denominado Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento em Educação Médica (CEPeDEM), que foi aprovado pela Diretoria da Famerp e iniciou seus trabalhos em agosto de 2014, sob a coordenação da Dra. Alba R. de A. Lima. A inclusão dos estudantes no processo de discussão do próprio método de ensino e aprendizagem já constitui uma ação motivadora e modificadora do padrão tradicional e passivo, comumente utilizado em instituições de ensino. Somente por serem ouvidos e poderem participar das discussões das formas de ensino e aprendizado, os estudantes se sentem valorizados e motivados, com grande potencial indutor de mudanças no ambiente típico do ensino universitário.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

A primeira experiência de aprendizado baseado em equipes, na Famerp, foi muito positiva. O docente se sentiu muito mais envolvido com os estudantes do que na forma tradicional de aula, e os alunos consideraram que trabalhar em grupos é uma forma eficaz de aprender o conteúdo. Entre as lições aprendidas, destaca-se que os discentes se mostraram muito mais interessados, envolvidos e motivados a participar de aulas com metodologia ativa e a percepção clara de que são os responsáveis pelo próprio aprendizado. Ressalta-se a importância de atividades como esta no processo de ensino-aprendizagem, a necessidade de buscar ferramentas adequadas para avaliar este processo e a ampliação de aulas com esse formato na disciplina de Embriologia e em outras disciplinas. A técnica trabalhada e desenvolvida durante o programa Faimer desafia o sistema tradicional de ensino-aprendizado passivo e favorece a proposição de iniciativas transformadoras, que estimulam maior nível de envolvimento, aproximação e interação entre estudantes e docentes. Ao mesmo tempo, também podem funcionar como indutores de mudanças comportamentais dos estudantes, despertando sua consciência sobre seu papel e responsabilidade, assumidos durante seu próprio processo de aprendizagem.

---

# TEMA: EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA, HÍBRIDA E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

## O uso do Moodle na integração básico-clínica e na educação permanente de estudantes de Medicina

*Luisa Patricia Fogarolli de Carvalho*

Instituição onde o projeto foi implantado: Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas)

### CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

Este projeto teve origem na participação da Unifenas no Programa Pró-Saúde do Ministério da Saúde, que tinha como um de seus eixos a reforma curricular do curso de Medicina. Em nossa escola, a espinha dorsal desta reforma foi o curso “Medicina de Família e Comunidade”. Identificamos duas necessidades imediatas: integração básico-clínica e educação permanente do estudante. A integração básico-clínica, uma das principais mudanças realizadas nas reformas curriculares, busca fazer com que o aluno entenda a aplicabilidade clínica das ciências básicas para a decisão diagnóstica e terapêutica individualizada. A necessidade de permanente educação do estudante partiu da verificação da velocidade com que o conhecimento se torna obsoleto. A Educação Permanente é uma das competências gerais definidas nas Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina, devendo o médico “ser capaz de avaliar, sistematizar e decidir condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas, aplicando-as ao cuidado do paciente e da comunidade”. A crescente quantidade de informação em saúde

traz consigo a necessidade de aprimorar a avaliação crítica do “saber médico” e sua aplicabilidade na prática clínica, exigindo do estudante o desenvolvimento de autonomia em busca do conhecimento, análise crítica de textos e artigos científicos, e tomada de decisão considerando o contexto local/regional. É necessário um equilíbrio entre as quatro vertentes da prática médica: baseada em evidências científicas, baseada em vivências, baseada em competências e baseada em ética. O equilíbrio propicia uma decisão clínica adequada à situação do paciente, utilizando de forma racional os recursos propedêuticos e terapêuticos disponíveis. A educação a distância e a Medicina Baseada em Evidências (MBE) são ferramentas úteis para diminuir a distância entre o que é publicado e o que pode ser utilizado na prática diária. A MBE se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica para melhorar a assistência médica. A internet possui diversas ferramentas que facilitam seu uso pelas pessoas, entre elas os ambientes virtuais de aprendizagem. O sucesso da educação através da inter-

---

net está em identificar as necessidades dos estudantes, fornecer suporte local efetivo e combinar vários componentes, como, por exemplo livros, discussões, televisão, conferência e vídeos. O ambiente de ensino virtual combina funções de discussões, *chats*, atividades e avaliação *online*, rastreamento das atividades do aluno e administração do curso. É necessário que haja conexão entre aprendizado, comunicação e avaliação. Vantagens da educação através da internet: habilidade para conectar recursos em diferentes formatos; pode ser um caminho eficiente para entrega de materiais do curso; os recursos podem estar disponíveis em qualquer local e a qualquer tempo; potencial para ampliação do acesso; pode encorajar o aprendizado ativo e mais independente; pode fornecer uma fonte de material suplementar para programas convencionais. São desvantagens: dificuldade de acesso a equipamentos apropriados; frustração dos estudantes quando não podem ter acesso a gráficos, imagens e vídeos, devido a equipamentos ruins; a necessidade de infraestrutura deve ser avaliada e acessível; a informação pode variar em qualidade e precisão, sendo necessárias orientação e sinalização; os estudantes podem se sentir isolados. Neste sentido, este projeto estrutura um módulo de Assistência Terapêutica Integral, utilizando conceitos da MBE em um ambiente virtual de aprendizagem (plataforma *Moodle*), integrando os conhecimentos prévios de Farmacologia à resolução de casos clínicos.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

O projeto foi institucionalizado por meio da implementação da disciplina de Assistência Terapêutica. Inicialmente, foram realizadas reuniões com a equipe de Educação a Distância da Unifenas para determinar o formato da página do curso. Posteriormente, foi realizada a capacitação dos docentes da disciplina para utilização da plataforma. Ao mesmo tempo, foi realizada capacitação em Medicina Baseada em Evidências por um docente com experiência em metanálise. O primeiro semestre de 2010 serviu para a estruturação da página e treinamento dos docentes e estudantes. No segundo semestre, foi efetivada a discussão de casos clínicos *online*. A disciplina é composta de atividades teóricas e práticas. As atividades teóricas ocorrem inicialmente na plataforma *Moodle* mediante discussão de casos clínicos em fóruns. Os estu-

dantes devem discutir o caso sempre referenciando sua resposta por meio de dados de artigos científicos. Após 15 dias, realiza-se a discussão presencial para revisar os pontos principais e definir o melhor esquema terapêutico para aquele paciente à luz do conhecimento adquirido no estudo de artigos de referência. Os temas escolhidos foram: hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva, diabetes *mellitus*, hipotireoidismo, hipertireoidismo, asma, DPOC, pneumonias comunitárias, epilepsia, diarreia, parasitoses, aids, meningite, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, dislipidemia, obesidade e gota. As atividades práticas são realizadas por meio de visitas domiciliares, em que se obtém a história farmacoterapêutica do paciente, permitindo a detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos que podem interferir na evolução do paciente. Na visita domiciliar, o estudante tem a oportunidade de verificar o conhecimento do paciente sobre sua doença e os medicamentos que utiliza, o modo como os armazena, prazos de validade, entre outros aspectos da assistência terapêutica. As avaliações dos estudantes consistem na participação do ambiente virtual de aprendizagem (qualidade e pertinência das postagens), nas atividades práticas (relatório com análise crítica das indicações terapêuticas, uso correto das medicações, modo de armazenamento das medicações e interações terapêuticas) e em avaliações teóricas com uso de casos clínicos.

### **IMPACTO:**

O impacto do projeto foi a institucionalização de uma disciplina que consegue integrar conhecimento básico-clínico e exercitar a autonomia do estudante. Os alunos responderam a um questionário. Verificou-se que 63,9% estavam satisfeitos com a utilização da educação a distância, 75% estavam satisfeitos com o uso de casos clínicos, e 90,3% tiveram facilidade em utilizar a plataforma *Moodle*. Cerca de 78% consideraram que a metodologia favoreceu a autorreflexão e 54,2% relataram dificuldades na resolução dos casos com uso da Medicina Baseada em Evidências. Levantaram como pontos positivos: o aluno como construtor do conhecimento; estímulo ao raciocínio clínico; pesquisa de artigos científicos; despertou o cuidado e a responsabilidade frente à prescrição médica; relevância dos temas; interação em sala de aula;

---

boa interação professor-aluno. Os pontos negativos foram: grande número de alunos para uma única professora; carga horária pequena; aulas práticas semanais; grande número de possibilidades terapêuticas para cada tema; dificuldade de escolha dos artigos; dificuldade em memorizar as características dos medicamentos; falta de base de Farmacologia; ausência de aula tradicional; não definição de um tratamento padrão. A avaliação, na visão dos docentes que participaram, foi: “A disciplina de assistência terapêutica com a utilização do Moodle fez com que os alunos mantivessem uma discussão durante toda a semana sobre determinado assunto. Alguns alunos anexavam às discussões novidades terapêuticas e artigos científicos que firmavam o conhecimento do tema. Quanto à participação, percebi que a minoria que postava novidades e discutia a fundo o tema era sempre a mesma, os demais alunos acabavam copiando argumentações dos colegas, muitos deixavam para discutir de última hora. Uma coisa boa é que as aulas fluíram muito bem, os alunos já tinham um conhecimento prévio, facilitando a discussão e a execução de uma metodologia ativa. Às vezes, o que amarrava o conhecimento eram as falhas nas disciplinas de Fisiologia, Patologia, Anatomia e até mesmo a Farmacologia, disciplinas fundamentais para o raciocínio clínico na assistência terapêutica. De modo geral, os alunos gostam muito das discussões postadas”. (R.E.) “A disciplina é muito interessante, pois os alunos associam os conhecimentos farmacológicos básicos com as disciplinas da clínica. Essa integração é imprescindível para que os alunos comecem a vivenciar a medicina. O acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes é discutido por meio de seminários e pelo Moodle. Os alunos que aproveitam as ferramentas didáticas concluem a disciplina com conhecimento amplo e interessante, com capacidade de escolher o melhor medicamento para seu paciente”. (G.S.).

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

A disciplina de assistência terapêutica está institucionalizada desde 2010, quando da sua implantação. Ocorre no quinto e sexto períodos do curso de Medicina, imediatamente após o término da disciplina de Farmacologia, oferecida no terceiro e quarto períodos. Embora haja pequenas alterações, como mudanças de alguns temas

de casos clínicos e o relatório de apenas um paciente por aluno por semestre como atividade prática, as características da disciplina permanecem inalteradas desde sua criação. A resistência inicial dos estudantes à educação a distância foi contornada e hoje ela é vista como mais uma ferramenta da educação.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Com base no relato dos professores da disciplina, podemos verificar que: (i) podem-se identificar lacunas de aprendizado em disciplinas das áreas básicas, sendo possível um *feedback* aos estudantes e à coordenação do curso; (ii) o conhecimento prévio do tema favoreceu a utilização de metodologias ativas nas aulas presenciais; (iii) a disciplina contribui para o entendimento dos conhecimentos necessários à melhor escolha terapêutica para cada paciente, levando-se em conta doenças concomitantes, condição socioeconômica e disponibilidade de recursos terapêuticos locais. É possível usar ferramentas de educação a distância para o desenvolvimento do raciocínio clínico, a busca do conhecimento e a integração básico-clínica, levando os estudantes a melhor gestão de informação e recursos, resultando em uma assistência custo-efetiva apropriada e possibilitando a implantação de métodos ativos de ensino-aprendizagem e a criação da autonomia dos estudantes, de acordo com as novas Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina.

---

# Uso do ambiente virtual para integração disciplinar: como fazer, como avaliar

*lêda Aleluia*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Escola Bahiana de Medicina

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

A Educação a Distância (EaD) obteve um lugar relevante no processo de ensino-aprendizagem nos dias atuais, por comportar muitas possibilidades de uso, desde a simples postagem de material, até movimentos mais complexos de acompanhamento, interação e avaliação do estudante. A utilização de termos como Ambiente Virtual de Aprendizagem, Ensino Baseado no Computador e Aprendizado a Distância tornou-se prática comum em processos de ensino-aprendizagem nos cursos de graduação e pós-graduação. Além disso, tais ferramentas passaram a ser empregadas em educação permanente nas diversas especialidades médicas, visto que a flexibilização de horário, a interatividade possível e a liberdade de local para uso facilitam seu emprego. Esta prática vem sendo avaliada de diversas formas, especialmente seu impacto na formação do estudante. Durante o processo de reestruturação curricular iniciado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, surgiu a possibilidade de integração entre as disciplinas de Semiologia Médica II e a Farmacologia no sexto semestre do curso de Medicina. Neste processo, foi utilizada a plataforma *Moodle* como Ambiente Virtual de Aprendizagem. A intenção foi realizar a integração disciplinar por meio da discussão de casos clínicos comuns às duas disciplinas, além de estruturar o acompanhamento dos estudantes de forma a melhorar sua habilidade de raciocínio clínico. A ideia de

facilitar a compreensão e a aquisição de conhecimento de forma harmônica e racional por parte do estudante se tornaria uma realidade. Esta é também uma das orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais, que chamam a atenção para a integração do conhecimento e a busca ativa deste conhecimento pelo estudante. Este formato também visava melhorar a avaliação do estudante, mediante um acompanhamento mais estruturado e objetivo por parte do professor. Sistemas similares têm sido utilizados em diversas instituições de ensino, aproveitando o potencial do *e-learning* na educação contemporânea. O processo de integração disciplinar já estava em curso, uma vez que é parte do programa institucional da escola. Percebeu-se uma oportunidade de fortalecê-lo e aprofundá-lo para melhorar o desenvolvimento do estudante em raciocínio clínico e condutas terapêuticas. Um projeto educacional de intervenção foi desenhado, submetido e aprovado no processo seletivo Faimer-Brasil 2009, e desde então desenvolvido na instituição. Este projeto teve aprovação nº 40/2009 do Comitê de Ética em Pesquisa da escola.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

O projeto teve como objetivo específico aprofundar a integração interdisciplinar das disciplinas de Farmacologia e Semiologia Médica II por meio do uso de ferramentas de EaD. Os objetivos secundários envolveram: (i) fa-

---

vorecer a avaliação e a interação docente-discente por meio de ambiente virtual de ensino-aprendizagem; (ii) avaliar o processo de integração curricular e de avaliação do estudante; (iii) experimentar uma forma mais objetiva de avaliar a evolução do raciocínio clínico do estudante; (iv) auxiliar na formação de melhores profissionais na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Foram realizadas quatro reuniões no primeiro semestre de 2009 e no primeiro semestre de 2010 com os professores de ambas as disciplinas, para construção e/ou revisão dos 13 casos clínicos que seriam utilizados. Cada caso foi discutido e reformulado pelos professores dos dois módulos curriculares, até ficar com formato e conteúdo considerados adequados ao trabalho com os estudantes. Estes casos foram postados no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e liberados semanalmente, em um cronograma que comportava a seguinte sequência: (i) abertura do caso: cada aluno tinha que realizar a listagem de problemas do caso, fazer a formulação diagnóstica e definir um plano diagnóstico, justificando suas escolhas. Ele tinha quatro dias para realizar seus estudos, pesquisar e organizar o pensamento de forma lógica e clara. Após este tempo, ele não poderia mais responder no AVA; (ii) revisão do caso: durante dois dias, estariam disponíveis resultados de exames imprescindíveis ao diagnóstico do caso, e o estudante veria se o seu plano diagnóstico era compatível e se ele mudaria alguma coisa. Além disso, teria de preparar um plano terapêutico adequado; (iii) há uma sessão presencial com o professor de Semiologia Médica e outra com o professor de Farmacologia ao final deste período, para os devidos ajustes, esclarecimento de dúvidas ou apontadas dificuldades na execução das atividades. Durante todo o período de preparação/respostas dos casos, o aluno era acompanhado virtualmente pelo professor de prática, responsável pela discussão final daquela semana. O professor usava uma ficha de acompanhamento, onde pontuava e avaliava as respostas de forma mais objetiva e obtinha um quadro mais completo da evolução do estudante. Também neste período, acontecia em paralelo um fórum de discussão para o discente expor suas dúvidas aos colegas, trazer contribuições e referências bibliográficas utilizadas no processo de estudo do caso. Este momento poderia ser acompanhado pelo professor, que também poderia intervir, provocar questionamentos ou apenas observar o curso das discussões para depois pontuar no momento

presencial. Durante todo o processo, a avaliação formativa foi privilegiada, já que houve acompanhamento sequencial do estudante mediante uma ficha de avaliação individual. Esta ficha contém escalas de pontuação do tipo Likert, que permite visualizar o desenvolvimento e as possíveis dificuldades na discussão de cada caso, sendo uma forma de dar mais objetividade ao processo avaliativo. A plataforma *Moodle* foi utilizada para a interação virtual durante a execução das atividades. Foi aplicado um questionário de satisfação aos alunos no final do primeiro semestre de 2009. No primeiro semestre de 2010, foi enviado aos professores, por *e-mail*, um questionário sobre a evolução e a avaliação do estudante pelas atividades executadas no *Moodle*. Também durante o primeiro semestre de 2010, foi realizado um grupo nominal com os docentes para avaliação do processo de integração disciplinar, uma técnica de avaliação qualitativa que permite analisar e enumerar em ordem de importância o pensamento do grupo em determinado processo.

#### **IMPACTO:**

Todos os casos clínicos (14) foram revisados pelos professores durante as reuniões preparatórias. As avaliações dos estudantes foram preparadas em conjunto com os professores das duas disciplinas. Noventa e quatro dos cem alunos responderam ao questionário de satisfação, sendo que 74% consideraram que o uso do ambiente virtual facilitou o processo de integração e 83% reconheceram ter tido crescimento acadêmico durante o semestre. Seis dos nove professores de Semiologia Médica II (75%) responderam ao questionário *online* sobre a percepção que têm do desempenho dos alunos em relação a melhora do raciocínio clínico, tomada de decisões, busca de conhecimento e facilidade de acompanhar a evolução dos estudantes no ambiente virtual. Todos os professores que responderam se manifestaram positivamente sobre o processo de ensino-aprendizagem integrar as duas disciplinas por meio da plataforma *Moodle* como fator importante no crescimento dos estudantes. O Grupo Nominal foi realizado com cinco professores (quatro de Semiologia e um de Farmacologia) e avaliou fortalezas e fraquezas do processo integrativo na aquisição de conhecimento e amadurecimento do estudante. Os pontos positivos do processo, em ordem decrescen-

---

te: (i) caso único, abrangendo as duas disciplinas (Semiologia Médica II e Farmacologia); (ii) associação dos conteúdos para perceber a importância da Farmacologia na vida real; (iii) visão global das patologias, com opiniões variadas sobre os diversos temas; (iv) possibilidade de acompanhamento do estudante pelo Moodle, com a finalidade de observar o crescimento do discente. Como pontos negativos, foram apontados, em ordem decrescente: (i) pouco contato com os professores de Farmacologia; (ii) subutilização da plataforma Moodle pelos professores de Farmacologia, já que o número destes é pequeno: apenas dois para acompanhar os cem alunos; (iii) subutilização do fórum de discussão; (iv) muita informação para ser absorvida e integrada pelos estudantes. O projeto proporcionou a reflexão sobre a prática docente e a necessidade de integração dos conteúdos da Farmacologia, que eram pouco abordados na discussão dos casos. O impacto deste projeto, do ponto de vista dos professores, é a evidência de que o uso do ambiente virtual no processo de integração disciplinar permitiu melhor acompanhamento individual dos estudantes, da evolução deles em relação ao raciocínio clínico e farmacológico, além de facilitar a avaliação, apesar de ser mais trabalhoso e exigir mais tempo dos docentes. Contudo, instrumentalizou o professor com dados objetivos sobre o desempenho do aluno, minimizando o aspecto subjetivo da avaliação.

### **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O trabalho conjunto gerou maior integração disciplinar, com produção do material utilizado na plataforma Moodle, maior integração nas avaliações realizadas e sedimentou o envolvimento dos professores da Farmacologia. Este fato foi corroborado pelo resultado do questionário de satisfação respondido pelos estudantes, que, na maioria, concordaram em que houve ganho com o processo. Os professores perceberam o crescimento dos estudantes e a melhora em acompanhar a evolução do raciocínio clínico deles por meio das atividades desenvolvidas na plataforma. Também concordam em que o ponto forte da integração é utilizar um caso clínico que abranja as duas disciplinas, com associação dos conteúdos, possibilitando a discussão do que se faz na vida real. O ponto fraco repousou na pouca interação entre os

professores de Farmacologia e na relação numérica deficitária entre os professores de Farmacologia e estudantes, dificultando o acompanhamento ativo destes na plataforma virtual. Comparando com a literatura, vemos que atingimos o nível 2 da Escala de Kirkpatrick, pois conseguimos avaliar o nível de satisfação (1) e a aprendizagem (2). Para avaliarmos os próximos níveis da escala (3. Competências e 4. Resultados), necessitamos seguir o grupo de estudantes por um período de tempo maior, incluindo o internato e talvez, posteriormente, a prática profissional.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

O projeto foi expandido para o restante do curso, pois se percebeu que estimula a competência de aprender a aprender (educação permanente) do futuro profissional médico e mostra as várias utilizações da EaD: ferramenta de ensino-aprendizagem rica em possibilidades e bastante atual no cenário educacional, além de contribuir para a formação de um profissional médico segundo o que é preconizado pelas DCN, em relação a aprender a aprender, buscar conhecimento e integrá-lo de forma eficiente. O módulo de Farmacologia foi dividido em dois semestres: no quinto, como bases farmacológicas, e no sexto, como bases terapêuticas. Desta forma, o conteúdo pode ser abordado com maior profundidade e sempre contextualizado e integrado com a Semiologia Médica. Hoje, utiliza-se o AVA para estimular o desenvolvimento do raciocínio clínico no quinto semestre do curso, no módulo curricular de Semiologia Médica I, com utilização de casos clínicos e integração com a patologia especial. Também no quarto semestre, a experiência de integração entre os módulos clínicos e básicos se beneficiou com este projeto.

---

# Capacitação de profissionais de saúde frente ao envelhecimento populacional

*Luciana Motta*

Instituição onde o projeto foi implantado: Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

Este projeto representou uma continuidade do trabalho de capacitação de equipes de Saúde da Família feita por meio do Telessaúde Rio de Janeiro. A rápida transição demográfica e epidemiológica vivida no Brasil, associada à pequena inserção da Geriatria e Gerontologia nos currículos das profissões de saúde, implica a necessidade de educação permanente e continuada dos profissionais de saúde que atuam no SUS, em especial na Atenção Primária. As Diretrizes Curriculares Nacionais apontam a necessidade de formar profissionais que atuem nas diferentes fases do ciclo de vida, de acordo com as demandas da comunidade, de forma humanística, com base nas necessidades individuais identificadas. A população envelhecida hoje representa um importante grupo no Brasil, em especial no Rio de Janeiro, onde a rede de atenção à saúde do idoso não existe, o que aumenta a iatrogenia e o cuidado inadequado para esta população. Uma vez que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada do sistema, com papel regulatório, é importante que seus profissionais conheçam as especificidades desta população.

## DESCREVA O QUE FOI FEITO:

Foi criado um projeto de curso de especialização em saúde do idoso, para as áreas da saúde, num trabalho conjunto de três instituições de nível superior: Uerj,

UFC e UFMA. Cada uma delas ofereceu 500 vagas (num total de 1.500), cobrindo grande parte do território nacional. O curso, com 420 horas em EaD, foi organizado em dois eixos, com disciplinas obrigatórias e eletivas, num total de 23. Os alunos foram acompanhados por tutores e supervisores ao longo de toda a trajetória. As atividades do primeiro eixo desafiaram os alunos a conhecer a realidade da sua comunidade e do seu serviço, identificando os idosos e a rede existente, o que os levou a construir um projeto de intervenção que pudesse ter governabilidade e que solucionasse um problema identificado.

## IMPACTO:

A avaliação dos módulos e do curso em geral pelos alunos foi muito boa. Na Uerj, foram apresentados 299 projetos de intervenção, tendo resultado semelhante sido obtido nas demais IES. O depoimento dos alunos sobre o impacto do curso na sua prática mostrou um aprendizado significativo e uma mudança no processo de trabalho local.

## QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?

A avaliação do curso e seu impacto estão sendo elaborados pelas três instituições. Os materiais construídos es-

---

tão disponibilizados na plataforma Ares. O curso, na sua concepção de construção do conhecimento de forma dialógica, com base no reconhecimento das necessidades locais, com a interação entre alunos de diferentes áreas da saúde nas turmas e necessidade de tutoria, é replicável e pode ser aplicado em grande escala, com abrangência nacional. Porém, hoje não temos financiamento para sua replicação.

### **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

O projeto funcionou porque foi avaliado de forma positiva, o que está sendo estudado melhor agora. Mostrou ser possível articular três IES com diferentes condições na construção de um produto comum, exercitando o trabalho em equipe.

---

# O uso da plataforma *Moodle* como estratégia de integração curricular

Maria Roberti

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM-UFG)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

Em 2003, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM-UFG) iniciou um processo de reforma curricular para atender às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001, com apoio financeiro do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed). Esta reforma buscava principalmente a integração curricular, a introdução de metodologias ativas de ensino e o aumento do tempo do internato para dois anos, entre outras mudanças. Para promover maior integração entre o ciclo básico e o clínico, criou-se a disciplina “Práticas Integradoras I” no primeiro ano do curso de graduação. Esta buscava a integração interdisciplinar horizontal e a introdução de metodologias ativas, em que as disciplinas de Ciências Básicas do primeiro ano do curso e a Saúde Coletiva deveriam se integrar, contextualizando os conteúdos por meio de casos clínicos. Muitos foram os obstáculos observados no processo: pequeno número de docentes, falta de conhecimento e aplicabilidade de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a divisão da Universidade Federal de Goiás em Institutos (Instituto de Ciências Biológicas – ICB e Instituto de Saúde Tropical e Saúde Pública – IPTSP) e direções diferentes da FM-UFG, participantes do processo de formação do médico, e a distância entre os *campi*. Essas barreiras dificultaram a integração, de forma que a discussão dos casos clínicos e a

contextualização das ciências básicas ocorriam apenas sob a orientação dos docentes da disciplina Práticas Integradoras, que eram professores médicos. Nesse contexto, foi proposto o uso da plataforma *Moodle* (PM) para integração das disciplinas. As discussões deveriam ocorrer *online*, de maneira assíncrona, através de fóruns integradores. A PM já era utilizada ocasionalmente em algumas disciplinas na UFG. Foi realizada uma pesquisa entre docentes e discentes por meio de um questionário autoaplicável, versando sobre o conhecimento e uso da PM, uso de programas de computador e uso de redes sociais com propósito educativo. O resultado mostrou que a maioria dos docentes desconhecia a ferramenta e os poucos que a conheciam não desejavam usá-la devido à baixa utilização pelos discentes e ao tempo despendido para alimentá-la. Entre os discentes, apesar do treinamento inicial no uso da PM, havia pouca adesão, pois não a consideravam atraente, dando preferência ao uso das redes sociais. Outra barreira encontrada foi que os docentes responsáveis por ministrar as Ciências Básicas e a Saúde Coletiva pertenciam a dois institutos (ICB e IPTSP), o que dificultou em parte a implantação das mudanças, principalmente pela resistência em usar a PM e por não desejarem mudanças no conteúdo e carga horária de suas disciplinas. A compreensão das dificuldades encontradas na primeira tentativa de integração interdisciplinar com a criação da disciplina de Práticas Integradoras foi fundamental para encontrar um novo caminho.

---

Nova mudança curricular foi iniciada em 2014, com previsão de término em 2019. Esta nova mudança visa atender às DCN de 2014 quanto à utilização de metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos. A reforma propõe um modelo curricular modular, prevendo integração horizontal e vertical. Neste novo currículo, no primeiro ano, a antiga disciplina de Práticas Integradoras foi modificada para o módulo Integração ao Método Clínico (IMC), além da criação do módulo Corpo Humano Saudável (CHS), que contém as disciplinas do ciclo básico, e do módulo Saúde, Família e Comunidade (SFC), para maior inserção na comunidade. Logo, este projeto vem ao encontro das políticas públicas de formação do médico com perfil generalista, pois, ao discutir os problemas encontrados na prática junto à comunidade utilizando a PM, propicia ao graduando a construção de ações integradas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde com foco na Atenção Básica, conforme proposto nas DCN.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

A coordenação da FM-UFG e a autora do projeto organizaram reuniões mensais entre os docentes do ICB e do IPTSP com o intuito de pactuar as mudanças que deveriam ocorrer ao longo do ano. No primeiro ano do projeto, foram realizadas duas oficinas de desenvolvimento docente, trazendo informações sobre metodologias ativas de ensino e a importância da integração interdisciplinar. A primeira oficina contou com baixa frequência, com apenas 50% dos docentes das Ciências Básicas, e baixa aceitação do que foi exposto. Outro problema encontrado foi a resistência ao uso de metodologias ativas, além da não utilização da PM, conforme constava no plano de ensino. Em relação aos discentes, foi acertada a criação de monitoria com as funções de dar suporte ao uso da PM e fomentar a discussão *online*, além da instituição da avaliação somativa da participação discente na PM, o que aumentou de maneira significativa o seu protagonismo. Em 2014, ao término do segundo ano do projeto Faimer, ocorreram adequações no projeto original para atender às mudanças curriculares previstas nas recém-publicadas DCN de 2014. A estrutura curricular foi alterada, sendo instituído um currículo modular, a ser implantado ao longo dos seis anos seguintes, como cita-

do acima. Frente aos problemas encontrados, foram realizadas oficinas de desenvolvimento docente e um acordo com os gestores dos institutos. Uma oficina dirigida aos docentes foi organizada para treinamento do uso da PM, a direção do ICB foi convocada com o intuito de garantir a integração, agora intermodular, e foram promovidas oficinas para o uso de metodologias ativas de ensino. As atividades de integração pactuadas além da utilização da PM foram os seminários integradores, em que um tema versando sobre um grande sistema do corpo humano era proposto a um grupo de alunos. Desta forma, os discentes eram estimulados a discutir um problema – relacionado ao sistema em estudo – encontrado na comunidade que frequentavam nas aulas de Saúde Coletiva, e uma devolutiva para esta comunidade era proposta e discutida *online*, via PM, entre os discentes, monitores e docentes do IMC. Diversas atividades aconteceram ao longo do ano, motivando os discentes a trazer soluções aos problemas enfrentados na comunidade. Entre os temas discutidos, podemos citar: gravidez na adolescência, abandono do tabaco, prevenção da hipertensão arterial e violência no trânsito. A participação dos docentes do ICB e IPTSP nos módulos CHS e SFC consistiu em dois casos clínicos integradores por semestre. Estes casos clínicos eram discutidos presencialmente na forma de aprendizado em equipes (TBL), modificado *online* pela PM. Os casos eram disponibilizados antecipadamente para estudo, e as discussões ocorriam presencialmente com a participação de pelo menos um docente de cada submódulo. As reuniões mensais entre os docentes e a coordenação foram mantidas para garantir que os conteúdos a serem discutidos e a metodologia adotada estivessem de acordo com o previsto no projeto pedagógico do currículo novo. Considerou-se interessante a abordagem dos problemas da comunidade na discussão *online*, pois possibilitou a participação de todos os alunos envolvidos, seja do grupo selecionado para apresentação, seja dos participantes dos outros grupos. No terceiro ano do projeto, conseguiu-se que a maioria dos discentes participasse das discussões *online*. A baixa adesão dos docentes dos módulos CHS e SFC (sob responsabilidade do ICB e IPTSP) ainda é um problema a solucionar, porém a opinião discente é que a integração intermódulos promovida pelo módulo IMC ocorre de maneira satisfatória e com discussões enriquecedoras.

---

## IMPACTO:

Partiu-se de um antigo currículo não integrado, cuja única atividade integradora era uma disciplina, para uma proposta de currículo modular com integração intramodular/intermodular, que busca atender às exigências das DCN (2014). Para mensurar este processo, uma avaliação curricular na perspectiva dos discentes e docentes foi realizada em 2014 e 2015, com a aplicação de questionários semiestruturados com escala de Likert de cinco pontos e questões abertas. Na avaliação dos discentes, o questionário foi impresso, ao passo que a dos docentes foi *online*. Participaram da avaliação 90% dos discentes. Verificou-se que 100% deles concordaram em que o módulo IMC utilizou metodologias ativas, em contraposição ao módulo CHS, no qual esta prática de ensino foi utilizada ocasionalmente (variou de 9% a 24%). As maiores dificuldades encontradas pelos discentes durante o curso ocorreram no CHS, relacionadas a Bioquímica (76%) e Anatomia (89%), em virtude das práticas pedagógicas utilizadas pelos docentes. Os discentes reportaram que a Histologia (83%) e o módulo IMC (97%) utilizaram a PM como ferramenta de ensino, ao contrário do módulo SCS, que em 100% das atividades não usou esta estratégia. Em outro momento de avaliação, os discentes concordaram em que a PM foi capaz de aproximá-los da comunidade, auxiliando também na integração. A participação dos docentes foi de 60%. As duas maiores dificuldades relatadas foram: a necessidade de carga horária protegida para a participação na PM e a utilização de metodologias ativas para grandes grupos. Cerca de 70% dos docentes concordaram em que as mudanças ocorridas foram positivas. Relataram dificuldades na utilização de metodologias ativas (70%) e na integração intermodular (70%). Um aspecto positivo foi que 67% dos docentes utilizaram avaliação formativa em suas práticas pedagógicas. A maioria (93%) dos docentes acredita que o currículo ainda não é integrado. Cerca de 64% dos docentes consideram não ter sido atendidos em suas expectativas com a mudança curricular devido à falta de recursos humanos, laboratórios e insumos prometidos pela instituição antes de a mudança ocorrer. Grande parte dos docentes (71%) teve dificuldade em utilizar a PM e 70% deles não tiveram dificuldade em participar das atividades integradoras presenciais. Parte dos problemas levantados foi resolvida

com a criação do módulo integrador com carga horária para a participação na PM. Quanto ao uso de metodologias ativas, oficinas de desenvolvimento docente vêm ocorrendo sistematicamente. A implantação deste projeto exigiu grande esforço dos participantes, porém já ocorreram desfechos positivos, como constatado na avaliação discente, cujo aprendizado foi facilitado com a integração intermodular.

## QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?

A situação atual do projeto consiste no desenvolvimento de quatro atividades integradoras anuais com a participação de todos os docentes (FM, ICB, IPTSP) em momento presencial e a distância pela PM. Os docentes dos módulos IMC e SFC participam de atividades integradoras via PM e presenciais em 12 seminários integradores e da gincana formativa, em que ocorre a discussão de um caso clínico colhido pelo discente na comunidade que frequenta. A participação *online* ainda necessita de ajustes e espera-se um amadurecimento e maior confiança dos docentes no uso da PM até se chegar a um momento de equilíbrio. Hoje, três anos após o início do projeto, docentes, monitores e gestores da FM, ICB e IPTSP compartilham ativamente das melhorias atingidas após a fase de implantação, buscando a cada ano superar os novos desafios. A sensibilização docente dos outros institutos foi grande, tendo um docente se disposto a participar do Faimer-Brasil.

## POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?

Partiu-se de um projeto em que não havia integração interdisciplinar, e hoje ocorre integração curricular intermodular em diversos momentos ao longo do primeiro ano da graduação do curso de Medicina da UFG. O processo de envolvimento dos docentes e discentes é árduo, mas a perseverança e a crença em que o projeto funciona fazem com que o grupo gestor obtenha sucesso, que é compartilhado pelos docentes e discentes como membros efetivos do processo de mudança. Além disso, o apoio da direção e coordenação do curso da FM-UFG e dos institutos foi fundamental para o sucesso da mudança proposta. Outro ponto a sublinhar é a rede

---

de apoio Faimer, que funciona prontamente, sempre com sugestões de docentes que vivenciaram situações semelhantes e auxiliam na solução dos problemas levantados. O processo de aprendizado adquirido durante os dois anos de curso presencial e a distância no Faimer foi essencial na implantação, desenvolvimento e aprimoramento do projeto.

---

# Implantação da disciplina interprofissional da área de saúde – UEM

*Edson Arpini Miguel*

**Instituição onde o projeto foi implementado:** Universidade Estadual de Maringá (UEM)

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

De acordo com a OMS, a educação interprofissional é o ponto-chave para a construção de uma equipe de trabalho colaborativa. Este projeto é um desdobramento do Programa de Educação Tutorial (PET), que visa reorientar a formação profissional em saúde no momento em que o Brasil enfrenta falta de profissionais de saúde, e os órgãos reguladores das políticas educacionais buscam estratégias inovadoras de ensino e formação de profissionais que possam ajudá-los a desenvolver políticas e programas para motivar a força de trabalho em saúde. A proposta da disciplina Atenção em Saúde I é uma importante ferramenta de educação interprofissional. Além disso, encontramos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN-2014) eixos norteadores de grande relevância, que buscamos seguir na perspectiva de mudanças curriculares efetivas inicialmente no curso de Medicina, mas que se estendem a toda a área de saúde.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

Criamos e implementamos uma disciplina obrigatória comum aos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Educação Física, Farmácia, Biomedicina e Psicologia, alocada na primeira série, no segundo semestre de cada curso, como uma estratégia para a promoção de educação interprofissional e práticas colaborativas entre

os cursos da Saúde. Esta disciplina se desenvolve num modelo de metodologias ativas, em que os estudantes visitam a comunidade, conhecem a infraestrutura do SUS disponível, observam os serviços oferecidos e analisam todo o contexto observado. Os grupos são de até dez alunos, pelo menos um de cada curso, com um tutor (docente) e um preceptor local. Ao chegarem à Unidade de Saúde, os estudantes são apresentados a determinada situação, como, por exemplo, visitar uma UBS. Após esta etapa de observação, em sala separada, na UBS ou em local próximo (Centro de Idoso, escola, etc.), farão em grupo uma “chuva de ideias” e formulação de questões de aprendizagem. Na sessão da semana seguinte, essas questões são respondidas, numa síntese individual escrita, que fará parte do portfólio, seguida de uma síntese coletiva e explanação dos objetivos alcançados, por parte do tutor, reiniciando o processo experiencial e a reflexão sobre o tema, num modelo problematizador, por oito semanas.

## **IMPACTO:**

Por meio deste projeto, rompemos muitas barreiras: (i) mudamos a metodologia de ensino-aprendizagem em parte importante do currículo dos sete cursos, deslocando conteúdos historicamente de difícil compreensão, por sua desconexão com a realidade, para uma prática sistematizada, na primeira série dos cursos, baseada na

---

realidade do Sistema Único de Saúde; (ii) tutores e preceptores construíram o tutorial de trabalho, a partir de oficinas em que os preceptores da rede, juntamente com os tutores (docentes), sistematizaram as atividades e priorizaram os conteúdos, definindo também questões norteadoras de cada encontro; (iii) pela primeira vez na UEM, cursos diferentes têm disciplina obrigatória conjuntamente, fortalecendo a ideia de interprofissionalidade durante a graduação e valorizando o profissionalismo num espaço de percepção sobre o trabalho do outro; (iv) o fato de a disciplina ser interdepartamental proporcionou uma visão unificada e integradora dos departamentos, unidades matrizes em nossa universidade; também interferimos na estrutura da burocracia, matriculando os estudantes para a mesma disciplina, porém, interdepartamental, criando um novo caminho institucional, com alto nível de complexidade pela forma de distribuir alunos e professores.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

A institucionalização do projeto, pela obrigatoriedade das disciplinas na UEM, associada à excelente receptividade dos estudantes, tutores, profissionais da rede e das gestões municipais, é a garantia da manutenção do projeto. Discutimos neste momento a ampliação de nossas ações com a criação de um Núcleo de Pesquisa em Ensino, junto à Pró-Reitoria de Ensino. A literatura e a atuação cotidiana nos mostram que temos duas realidades pouco exploradas: os diagnósticos cumulativos e os cuidados paliativos. Ambos devem ir além da questão da longevidade e abordar problemas que se apresentam nas várias faixas etárias, desde os recém-nascidos até os idosos e suas doenças degenerativas. Outra questão é que devemos preparar os estudantes para a prática colaborativa por meio da aprendizagem numa equipe interprofissional e desenvolvendo competências para este fim, permitindo que sejam construídas por professores das várias áreas, de forma respeitosa e competente.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Reafirmamos que o atual modelo de ensino não comporta o nível de complexidade encontrado na realidade da

assistência, em especial na Atenção Primária em Saúde. Assumimos e nos comprometemos com o desafio de mudar. Iniciamos sabendo das dificuldades que enfrentaríamos e estamos apenas no início, felizmente, colhendo os primeiros frutos.

---

# TEMA: AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE E TESTE DE PROGRESSO

## Avaliação do estudante no internato em Pediatria na Universidade Federal de Santa Catarina: uma nova proposta

Suely Grosseman

Instituição onde o projeto foi implantado: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

### CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) mudou o currículo do seu curso de Medicina em 2003, pautada nas orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). A partir de 2007, os estudantes que vivenciaram sua formação na nova proposta curricular iniciaram o internato médico. Uma vez que o internato é “aprendizado em serviço”, o serviço deve ser o grande cenário do processo ensino-aprendizagem, sendo fundamental o *feedback* efetivo dos docentes e dos médicos do serviço (estafe) para promoção das habilidades e competências dos alunos. Para aumentar a validade e confiabilidade da avaliação, esta deve ser constituída por múltiplas estratégias. Entretanto, a avaliação do internato na Pediatria da UFSC ainda se baseava no preenchimento de uma ficha estruturada que contemplava assiduidade (frequência e pontualidade, que valem 10% da nota final), avaliação afetiva (conduta: interesse, relacionamento, comunicação, ética, que valem 20% da nota final) e avaliação cognitiva (desempenho: percepção da situação real do paciente, capacidade de tomar decisões, domínio de métodos e técnicas, que valem 70% da nota final do estágio). Estes aspectos das dimensões cognitivas, atitudinais e procedimentais eram

traduzidos em uma nota. Apesar de sua importância, poucas eram as oportunidades de *feedback* e não havia nenhuma reflexão sobre se a nota recebida pelo aluno era justa, válida e confiável. Tendo como pressuposto que a avaliação é parte integrante do processo ensino-aprendizagem, foi sentida a urgência de investigar a percepção de avaliados e avaliadores sobre o modelo vigente de avaliação durante o internato em Pediatria, na perspectiva da construção de uma nova proposta.

### DESCREVA O QUE FOI FEITO:

Foi realizado um estudo de abordagem mista, quantitativa transversal e descritiva, e qualitativa exploratória. A amostra foi constituída por 115 participantes – 92 avaliados: 45 estudantes da décima primeira fase (44% do sexo masculino e 56% do feminino) e 47 da nona fase (45% do sexo masculino e 55% do feminino); e 23 avaliadores: 7 médicos residentes (29% do sexo masculino e 71% do feminino); 10 médicos do estafe (30% do sexo masculino e 70% do feminino); e 6 docentes (67% do sexo masculino e 33% do feminino). O instrumento de coleta de dados foi um questionário, aplicado entre julho e agosto de 2008, com questões abertas relativas à percepção dos participantes sobre o modelo vigente de

---

avaliação (O que você acha do modelo atual de avaliação do interno na Pediatria? Por quê?; Se o modelo atual continuar a ser utilizado, o que pode ser feito pelo avaliador para melhorá-lo?; Se o modelo atual continuar a ser utilizado, o que pode ser feito pelo avaliado para melhorá-lo?; Que tipo de avaliação você sugere para avaliar melhor o interno em Pediatria?). O questionário também incluiu questões fechadas com dados de identificação e uma variável relativa à opinião do participante sobre o modelo vigente de avaliação. Após análise destes dados, foram realizados grupos focais com internos, médicos do estafe e professores, que apresentaram os resultados e perguntaram quais seriam as facilidades e dificuldades para mudança na avaliação do interno. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética. A análise foi descritiva, com frequência e medidas de tendência central, sendo a análise de conteúdo utilizada para dados qualitativos, os quais, após categorização, foram introduzidos no SPSS12.0, junto com os quantitativos. Foi utilizado para variáveis categóricas, e nas discretas o Qui-Quadrado.

## IMPACTO:

Foram de opinião favorável à avaliação 67 internos (73%) e apenas 10 avaliadores (43,5%), diferença significativa. Entre as desvantagens mencionadas, as mais frequentes foram: tempo insuficiente do avaliador em companhia do interno e excesso de internos por médico do estafe, com pouco contato entre avaliador e avaliado (36,5%); subjetividade da avaliação e pluralidade de avaliadores, com diferença de julgamento entre eles, aumentando a subjetividade (25,2%); falta de interesse, compromisso e/ou comprometimento de alguns médicos em ensinar (6,1%); peso das categorias/critérios da avaliação global, não valorizando certos aspectos, como, por exemplo, a conduta do aluno (6,1%); avaliação não realizada logo após o estágio, de modo progressivo, e *feedback* insuficiente (1,7%); falha no controle de critérios objetivos, como pontualidade e frequência (1,7%). Os modelos de avaliação sugeridos foram: discussão de caso (14,8%); avaliação conjunta de residentes e estafe (9,6%); utilização de critérios mais específicos/objetivos na avaliação global (7,8%); autoavaliação (4,3%); avaliação conjunta de todos os médicos do estafe e docentes (3,5%); avaliação teórica (2,6%); avaliação teórico-prática na visita, com tomada de decisão frente ao paciente

(1,7%); e, com a frequência de 0,9%, avaliação 360 graus, avaliação *online*, avaliação de habilidades básicas, avaliação psicológica, análise da agilidade, avaliação baseada em contrato inicial das metas e avaliação do desempenho em situações específicas. Também foi recomendado dar *feedback* (6,1%), realizar a avaliação conjuntamente com avaliador e avaliado, promover reuniões no final do estágio, dar a nota logo após o estágio, que vários avaliadores dessem as notas, realizar a avaliação diária e semanalmente, fazer discussão em pequenos grupos e usar sistema de tutoria. Nos grupos focais, os internos afirmaram ter medo de que outras estratégias de avaliação prejudicassem suas notas. Os professores e o estafe comentaram a necessidade de maior aproximação entre eles e de maior conhecimento sobre outras estratégias e sugeriram iniciar imediatamente a avaliação cognitiva. O estudo propiciou o diagnóstico parcial do próprio internato médico em Pediatria e uma reflexão sobre diversas necessidades dos participantes, incluindo maior vínculo entre interno e supervisor, maior aproximação estafe-professor e desenvolvimento docente, bem como sobre estratégias para que a avaliação fosse mais justa e adquirisse caráter formativo. Foi formada uma comissão de avaliação do internato e surgiu a proposta de programa de desenvolvimento docente em avaliação discente.

## QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?

Atualmente, a comissão de avaliação do internato não existe mais. No entanto, foram realizados cursos de desenvolvimento docente sobre estratégias de avaliação discente, especialmente Osce e Mini-CEX, bem como sobre como dar *feedback* apreciativo. Isto resultou na implantação de avaliação prática (com Osce) para os alunos do terceiro semestre do curso que passam pela Saúde da Criança, em que há a prática ambulatorial e só atuam professores do departamento, sem depender do estafe. Ainda que não tenham ocorrido mudanças no internato, elas ocorreram no terceiro semestre do curso, resultantes da reflexão e aprendizagem sobre como realizar avaliação de habilidades práticas. As estações incluem a realização da antropometria, recepção no consultório, condução inicial da entrevista com os pais e aconselhamento em aleitamento materno. A satisfação

---

dos estudantes com esta avaliação é intensa, refletida em seu agradecimento pelo esforço dos professores em realizá-la e sua manifestação ao dizerem que nunca mais se esquecerão de como realizar os procedimentos solicitados. A avaliação ainda possibilitou aos professores uma reflexão sobre os procedimentos que ainda precisavam ser mais bem ensinados na prática ambulatorial e de forma mais homogênea entre eles.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Um primeiro aprendizado é que os desdobramentos de um projeto, muitas vezes, podem ocorrer em contextos diferentes do esperado. Neste caso, a intenção era mudar a avaliação no internato em Pediatria. Porém, após conscientização dos professores e seu preparo para realizar avaliação de habilidades discentes, o projeto surtiu efeito no terceiro semestre do curso. O segundo aprendizado é a reflexão sobre o caminho ideal para realizar mudanças efetivas. Por vezes, despende-se muito tempo investigando a percepção dos envolvidos, quando ações de desenvolvimento docente poderiam surtir impacto mais imediato. Um caminho alternativo melhor talvez seja avaliar a percepção dos professores e preceptores (do hospital e das Unidades Básicas de Saúde) sobre a avaliação já em um programa de desenvolvimento docente sobre avaliação, como forma de conhecer o que eles já sabem e também de motivar a aprendizagem. Quanto aos discentes, o que se observa é o temor de avaliações punitivas e o desejo de avaliações mais justas, que gerem aprendizagem.

---

# Reestruturação da avaliação do ensino-aprendizagem na Faculdade de Medicina em tempos da reforma curricular

*Maria Viviane Vasconcelos*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Universidade Federal de Alagoas (Ufal)

## **CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:**

A Faculdade de Medicina (Famed) da Universidade Federal de Alagoas (Ufal) foi fundada em 1950. Nos últimos 20 anos, ocorreram mudanças significativas com vistas à formação profissional do médico, objetivando, principalmente, atender à demanda da sociedade por um perfil médico mais reflexivo, humanista. Em 2006, o currículo da Famed passou a se fundamentar nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001), com a proposta de fortalecimento da formação baseada nas necessidades de saúde da população. Em transição de um conceito pedagógico mais tradicional, centrado no professor, o foco do processo de ensino-aprendizagem, no novo projeto político-pedagógico, passou a ser o estudante. As principais modificações se referiram à inserção precoce do estudante na comunidade, integração de conteúdos morfofuncionais, integração por conteúdos dos sistemas, integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, ensino com o serviço, conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Enquanto o novo currículo era implantado em nossa instituição, o sistema de avaliação dos estudantes, de caráter classificatório, gerido pelos departamentos, não foi alinhado à proposta curricular. Dessa forma, os conceitos pedagógicos adotados demandavam novas estratégias e procedimentos para avaliar o desempenho dos estudantes relacionado aos objetivos educacionais, tais como

habilidades clínicas, de comunicação, raciocínio clínico, habilidades na tomada de decisão e profissionalismo. Entendemos que a avaliação, por seu importante papel, deve ser colocada a serviço da qualidade pedagógica do curso, cumprindo a missão de repensar a formação do estudante e incentivar mudanças, em busca de referenciais na excelência técnica do curso e em sua relevância social. Este trabalho propôs identificar novos tipos de ferramentas de avaliação do estudante, coerentes com a concepção pedagógica proposta, objetivando a adequada formação do profissional médico e a melhoria na qualidade da saúde da população.

## **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

A fim de alcançar o objetivo de reestruturação do sistema de avaliação dos estudantes, alinhado ao novo currículo da Faculdade de Medicina da Ufal, pesquisamos entre os docentes da faculdade para identificar o “estado da arte” do processo de avaliação do estudante e entre aqueles docentes que já utilizavam estratégias de avaliação adequadas ao novo currículo. Genericamente, a procura por casos de sucesso em um ambiente é conhecida na literatura como abordagem desvio positivo. Um projeto sobre a avaliação do estudante foi desenhado e submetido ao Faimer Regional Brasil. Durante esse programa, foram adquiridos fortalecimento individual e aprofundamento teórico, que subsidiaram o projeto,

---

adaptando-o ao método do desvio positivo. Inicialmente, desenhou-se um estudo descritivo de corte transversal e aplicou-se um questionário aos docentes para identificar tanto os métodos de avaliação tradicionais em uso, quanto os que podiam ser considerados já alinhados aos conhecimentos, habilidades e atitudes referentes ao conceito pedagógico do novo currículo. O questionário foi testado, revisado e enviado como um anexo ao *List-serv* do corpo docente da faculdade. O envio *online* foi repetido, assim como aos endereços eletrônicos individuais. Responderam ao questionário 31% (39/125) dos docentes, tendo sido possível identificar um pequeno grupo que utilizava espontaneamente estratégias de avaliação mais inovadoras, como portfólios, *role playing*, avaliação por pares, autoavaliação, avaliação formativa, avaliação 360 graus e observação direta do desempenho do estudante com *checklist*. Tais docentes foram considerados “pilotos” e reconhecidos como agentes capazes de atuar na mudança de alinhamento do sistema de avaliação ao novo currículo. Numa segunda etapa, aplicou-se questionário semelhante, sobre métodos de avaliação, aos discentes da Famed. Responderam ao questionário 48 (60%) dos 80 estudantes matriculados no internato do sexto ano, com idade média de 24 anos e leve predominância do gênero masculino (57%). Os estudantes responderam que o tipo de avaliação durante o curso é predominantemente somativo (79%) e formativo (24%). No entanto, identificaram situações que foram avaliadas não só por provas escritas, mas também por avaliação observacional, avaliação 360 graus, portfólios, dramatizações, discussão de casos clínicos, relatórios e seminários. Então, foi feito o diagnóstico situacional do sistema de avaliação do estudante no novo currículo, com pontos de vista convergentes dos seus principais atores: docente e discente. Os resultados foram apresentados internamente em várias ocasiões na faculdade de Medicina à gestão, Núcleo Docente Estruturante (NDE), e ao corpo docente em geral. Percebeu-se que nesse processo de apresentar e compartilhar o que foi diagnosticado, sem subestimar o tipo de avaliação utilizada, enfatizaram-se os focos de avaliação com estratégias inovadoras que já vinham ocorrendo. Investir neste grupo identificado como desvio positivo pode ser uma estratégia eficaz para divulgar e ampliar o uso das estratégias inovadoras e, dessa forma, permitir o alinhamento bem-sucedido aos novos objetivos curriculares e propi-

ciar um impacto positivo sobre as atividades educacionais da instituição. Para isso, foram elaboradas e executadas oficinas sobre avaliação do estudante, subsidiadas pela direção da faculdade, objetivando melhorar a produção de questões de prova contextualizadas e avaliar o desempenho discente, com a participação de convidados externos com *expertise* em avaliação e com docentes da Famed. Outro estímulo subsidiado pela direção e coordenação vigentes da Famed e pela Comissão de Avaliação do Ensino-Aprendizagem foi a participação em Congressos de Educação Médica (Cobem) e em outros congressos nacionais e internacionais.

### **IMPACTO:**

Identificar os docentes com propensão a mudanças e abertos a métodos inovadores possibilitou aperfeiçoar alguns aspectos da avaliação do estudante na faculdade de Medicina, e algumas ações foram organizadas, atualizadas ou implantadas, como: (i) institucionalização de uma Comissão de Avaliação de Ensino-Aprendizagem (Caea), cujos docentes estavam envolvidos neste projeto; (ii) avaliação cognitiva integrada. O projeto pedagógico do curso demanda um processo de avaliação integrada, que exige adequação e diversidade de modelos de avaliação do estudante. Dessa forma, foi elaborada uma avaliação que possibilitasse a integração desde o início do curso. A Comissão de Avaliação recomendou uma avaliação cognitiva integrada, com o objetivo de aproximar o estudante da rotina médica desde o início do curso e possibilitar a integração e interdisciplinaridade dos conteúdos temáticos entre os docentes. Nesse percurso, foi fundamental a presença constante da direção da faculdade e da coordenação do Eixo Teórico Prático Integrado e dos membros da Caea nas reuniões com docentes do ciclo básico. Esse movimento resultou na elaboração conjunta de um caderno de avaliação escrita integrada, composto de itens contextualizados em relato de casos e/ou situações-problema pelos docentes da área clínica, com sugestões dos docentes do ciclo básico, baseadas nos objetivos gerais do curso. A presença constante dos gestores e docentes da Caea, assim como o ato de institucionalizar a avaliação cognitiva integrada minimizaram em parte a resistência docente no ciclo básico e clínico da faculdade. No entanto, apesar da resistência docente às mudanças, observou-se que docentes

---

de ambos os ciclos estavam mais conectados. Novas discussões e ajustes seriam necessários, e o processo demandaria tempo para se estabilizar. Alinhar a avaliação cognitiva ao tema ministrado pelo docente e à tutoria não seria fácil de alcançar, mas apresentava potencial. O Teste de Progresso (TP) foi totalmente elaborado, implantado e institucionalizado na Famed em 2009. Reuniões e capacitação docente em oficinas internas e nos congressos da Abem ocorreram sucessivamente. Um projeto foi elaborado e discutido com a gestão do curso, e a Caea elaborou um manual para o TP com orientações sobre a realização e a confecção dos itens da prova. Um grupo de trabalho para o TP foi constituído por docentes representantes das grandes áreas da Medicina e do ciclo básico, os quais foram orientados sobre o seu conceito e finalidade.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

A gestão da instituição sofreu mudanças, novos docentes assumiram os cargos, vários docentes se aposentaram e outros foram admitidos no curso médico. Mudanças substanciais na estrutura administrativa e nas comissões ocorreram neste percurso. Atualmente, o currículo da Faculdade de Medicina da Ufal está em discussão com base nas últimas Diretrizes (2014). O plano pedagógico do curso está sendo revisado e ajustado. Portanto, é possível que venham a ocorrer várias outras alterações no sistema de avaliação do ensino-aprendizagem. A avaliação de habilidades por meio do Exame Clínico Objetivo Estruturado (Osce) já ocorre na Semiologia, e o uso de outras estratégias de avaliação, como o Mini-CEX, já surge no internato.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Muitas lições relevantes foram aprendidas nesse processo. A mais importante foi focar e investir nas pessoas com comportamento de desvio positivo, pois elas têm a capacidade intrínseca de promover mudanças. Outras lições proveitosas para todos os envolvidos foram: semear a cultura de avaliação do estudante alinhada às concepções pedagógicas problematizadoras, ver germinar essa semente independentemente dos caminhos a

percorrer e atuar em equipe interdisciplinar com vistas a um crescimento individual e institucional mais eficaz, proveitoso e duradouro. Fazer parte de uma rede de desenvolvimento para educadores nas profissões da saúde foi decisivo para o crescimento individual em todas as ações empreendidas na instituição e em nível nacional. As gestões em vigor devem observar que muitas ações precisam ser avaliadas e ajustadas, nada está pronto, e sempre é um movimento contínuo. Reconhecemos que “Navegar ao sul da convergência exige tanto mais. Exige dedicação e generosidade, além da razão ou do simples cumprimento de tarefas”. (Amyr Klink)

---

# Implantação do Teste de Progresso em uma instituição pública

*Elisabeth Campos de Andrade/ Vera Lúcia Garcia/ Sandra Helena Cerrato Tibiriçá/  
Oscarina da Silva Ezequiel/ Mariana Lima Cerqueira de Souza/ Fernando Antonio Basile  
Colugnati*

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (Famed/UFJF)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

Internacionalmente, educadores médicos e reguladores começaram a se concentrar em resultados da educação, na tentativa de assegurar que os novos graduados pudessem gerenciar diversos grupos de pacientes. A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (Famed/UFJF) iniciou seu processo de mudança curricular em 2001, com a proposta de formar um profissional com excelência técnica e visão ética e humanística, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (CNE/MEC, 2001). Percebeu-se, então, a necessidade de avaliar os estudantes e o processo pedagógico frente às mudanças curriculares implementadas (metodologias ativas de aprendizado, estratégias de educação a distância, grupos tutoriais e avaliação do internato através do Osce – Exame Clínico Objetivo Estruturado, do inglês *Objective Structured Clinical Evaluation*). Optou-se por implantar um instrumento de avaliação longitudinal, o Teste de Progresso (TP), para aferir o desempenho cognitivo dos alunos da graduação durante o curso de Medicina. Aplicado simultaneamente a todos os estudantes do currículo por meio de teste único com questões ou itens com conteúdo de todas as grandes áreas da Medicina, permite determinar a que distância o estudante se encontra dos objetivos finais do currículo e como seu conhecimento tem se desenvolvido em determinado período de tempo. Permite também

avaliar o próprio curso, identificando suas fragilidades e potencialidades. A Famed/UFJF optou por realizar o TP em um trabalho colaborativo de diversas escolas médicas de Minas Gerais, com o objetivo de aumentar a qualidade dessa avaliação. Considerando, então, o projeto de implantação do TP proposto pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), foi criado, em maio de 2013, o Consórcio Mineiro das Escolas Médicas para a realização do Teste do Progresso – Tepminas. Para adequada representatividade do ganho de conhecimento por meio do TP, os conteúdos e objetivos de aprendizagem a serem avaliados devem ser estabelecidos, garantindo a validade e confiabilidade do teste. Desta forma, uma matriz de competências ou *blueprint* é considerada um requisito básico para a elaboração do TP. Deve ser elaborada de forma que possa ser replicável ao longo dos anos e deve ter a participação efetiva dos docentes das diversas áreas. Em 2013, elaboramos a primeira matriz de competências local (UFJF), com a participação de docentes das diversas áreas de conhecimento, incluindo os da área básica.

## DESCREVA O QUE FOI FEITO:

O envolvimento dos docentes em nossa instituição foi sempre um desafio. Havia uma preocupação quanto ao seu comparecimento à primeira oficina de capacitação em elaboração de itens, em 2013. A estratégia foi mobi-

---

lizar os estudantes do Diretório Acadêmico para que fizessem um convite pessoal e individual a cada docente, explicando a importância da oficina. Houve também uma convocação pela direção da faculdade. O apoio da direção da faculdade e da coordenação do curso e a participação dos estudantes foram fundamentais para o envolvimento dos docentes e o sucesso da intervenção. Sem a convocação emitida pela direção, seria muito difícil conseguir a participação do número necessário de docentes nos seminários, na fase de elaboração de itens e nas reuniões para seleção dos mesmos, bem como convocar docentes e funcionários para a logística de aplicação da prova. O primeiro passo na implantação do teste foi construir a matriz de competências com base no domínio cognitivo e nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Na elaboração da matriz local em 2013, este processo de identificação das competências a serem atingidas ao final do curso pelo estudante de Medicina, além de auxiliar na confecção de um Teste de Progresso qualificado, permitiu aos docentes reverem criticamente as prioridades de conteúdo do currículo, as estratégias de aprendizagem e a avaliação dos estudantes nas disciplinas curriculares. A oficina de elaboração da matriz foi valorizada pelos participantes como um espaço de troca de ideias e de discussão. O docente saiu de seu papel de especialista para se ver como generalista. Em maio de 2013, a Abem convocou 19 escolas médicas filiadas em MG para apresentar a proposta de realização do TP. Destas, sete compareceram à reunião e apenas três aderiram à proposta e se agregaram, formando o Consórcio Mineiro: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)/*Campus* Juiz de Fora, Suprema JF Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF) e Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Nesse cenário adverso, conseguimos reunir esforços para realizar o primeiro TP, que ocorreu em 6 de novembro de 2013. Após o primeiro teste, várias instituições de ensino médico mostraram interesse em ingressar no Consórcio Mineiro. Foram realizadas atividades de sensibilização, capacitação dos docentes para a elaboração de itens de múltipla escolha, construção da matriz de competências, além da revisão e seleção dos itens. Na divulgação estiveram envolvidos docentes, discentes, gestores e o Núcleo de Apoio às Práticas Educativas (Nape). A participação de estudantes através do Diretório Acadêmico desde o início da preparação para o primeiro TP em 2013, ajudando na divulga-

ção junto aos docentes em sala de aula e com envolvimento posterior também na divulgação aos demais estudantes, foi fundamental para a alta adesão de docentes e discentes em todas as fases de elaboração e durante a aplicação da prova. O primeiro TP na Famed/UFJF contou com grande adesão de docentes e estudantes. Na aplicação do teste participaram 46 docentes, e foram utilizadas 17 salas e 2 anfiteatros. A prova contou com a presença de 941 estudantes de um total de 974 (taxa de participação de 96,6%). Em Minas Gerais, foi aplicada a 2.193 estudantes, com a presença de 95,3% da comunidade discente das três escolas. No segundo ano de aplicação da prova na UFJF, em 2014, houve a participação de 68 docentes, sendo 11 pertencentes ao corpo do ICB (Instituto de Ciências Básicas) e 57 à Faculdade de Medicina. Foram utilizadas 18 salas na Faculdade de Medicina e 2 anfiteatros no ICB. A prova contou com a presença de 931 estudantes de um total de 973, o que correspondeu a 95,68% de participação. Em 2014, houve a inclusão de novas escolas médicas no consórcio mineiro: Unifenas – Belo Horizonte, Unifenas – Alfenas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e Universidade Federal de Viçosa (UFV). O Teste de Progresso 2014 ocorreu em outubro, com aplicação simultânea em todas as escolas e a participação de 3.392 estudantes em MG. Em 2015, o consórcio mineiro recebeu mais três escolas médicas (Universidade Federal de Juiz de Fora – *Campus* Governador Valadares, Universidade Federal de Ouro Preto e Universidade Federal de São João Del Rey – *Campus* Dom Bosco), totalizando dez escolas participantes, com previsão de aplicação da prova em 30 de setembro. Em virtude da greve de docentes e técnicos administrativos nas instituições federais, o teste foi aplicado em MG apenas por seis escolas, juntamente com os demais consórcios regionais de todo o País que compuseram o TP nacional. Para avaliar a percepção dos estudantes em relação à qualidade dos itens e grau de dificuldade do TP, foi aplicado em 2013, na UFJF, questionário com sete questões de múltipla escolha (imediatamente após a prova). As questões abordaram: grau de dificuldade da prova, clareza e objetividade dos enunciados, tempo gasto para a resolução. Duas das questões avaliaram a percepção do estudante quanto à especificação ou clareza dos programas das disciplinas e a coerência entre conteúdos trabalhados e apresentados. A identificação do estudante foi opcional. Para análise dos questionários,

---

dividimos os estudantes em três grupos: básico, do primeiro ao quarto período; intermediário, do quinto ao oitavo período; e internato, do nono ao décimo segundo período. Os estudantes do ciclo básico, intermediário e internato avaliaram que os enunciados foram suficientemente claros na maioria das questões. Quanto ao grau de dificuldade da prova, a maioria dos estudantes do ciclo básico e do intermediário avaliou a prova como difícil, e os do internato, como de médio grau de dificuldade. O tempo gasto para realização da prova foi entre 2 e 3 horas para 52% do básico e 46% do intermediário, e entre três e quatro horas para 57% dos estudantes do internato. O tempo gasto para realização da prova e o nível de dificuldade relatado ficaram semelhantes ao esperado, uma vez que o acúmulo de conhecimento é progressivo em direção aos últimos anos de curso. A avaliação quanto à clareza dos enunciados teve *feedback* positivo.

## IMPACTO:

O desempenho cognitivo dos estudantes da UFJF no Teste de Progresso foi semelhante ao descrito na literatura nacional e internacional. O TP foi capaz de apontar deficiências em determinadas áreas de conhecimento, o que tem permitido uma discussão a respeito das melhores intervenções a adotar. Após a realização do TP, os itens são analisados quanto a sua capacidade de discriminação e grau de dificuldade. O índice de discriminação do item se refere à diferença entre as médias de acerto de determinado item, calculadas para os 27% que atingiram maiores escores no teste, dito grupo superior, e para os 27% com menores escores no teste, dito grupo inferior. Se o item possui bom índice de discriminação, isto significa que ele é capaz de diferenciar os estudantes que acertaram o item porque realmente sabem daqueles que acertaram por acaso (“chute”). No TP 2014, houve melhora dos índices de discriminação dos itens em todas as áreas (em relação ao ano anterior), que pode ser resultante de maior envolvimento dos docentes nas oficinas de treinamento de elaboração de itens e nas discussões sobre os resultados dos testes. Isto reflete também o consolidado deste trabalho de dois anos na Faculdade de Medicina/UFJF. Em relação ao grau de dificuldade das questões aplicadas, ainda precisamos melhorar. A ABEM recomenda que a prova contenha 25% de questões fá-

ceis, 50% com médio grau de dificuldade e 25% de questões difíceis. Como a qualidade dos testes influencia os resultados, recomenda-se elaborar as questões com base em critérios definidos de taxonomia e grau de dificuldade. Um resultado extremamente favorável foi a intensificação do desenvolvimento docente em nossa instituição com o objetivo de aprimorar a qualidade do teste. Vários autores têm enfatizado a necessidade de treinamento estruturado e revisão por pares para a melhoria da qualidade dos itens. Isto reforça a necessidade de continuar o desenvolvimento docente tanto em nível local quanto no consórcio. Um desfecho inesperado do projeto foi o desenvolvimento pessoal de habilidade de liderança após a participação no Programa Faimer e após dois anos na coordenação do TP na Faculdade de Medicina/UFJF e no Consórcio Mineiro, com a realização de inúmeras oficinas locais e regionais, e participação nas reuniões para o desenvolvimento do TP em nível nacional (que foi aplicado em 2015).

## QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?

Em nossa instituição, o TP tornou-se uma avaliação institucional e anual, instituída pela Portaria nº 003/2013 da Faculdade de Medicina da UFJF, de 28/06/2013, que nomeou os membros do Núcleo de Implantação do TP. Um ponto crucial para a manutenção do projeto será a garantia de recursos financeiros previstos no orçamento anual. Temos promovido ações para a sustentabilidade do projeto, tais como: valorização do docente que participa como elaborador de item, revisor ou gestor de área, por meio de pontuação para titulação; *feedback* ao autor sobre a qualidade da questão elaborada; divulgação dos resultados em pequenos grupos por área de conhecimento (Clínica Médica, Cirurgia, Saúde Coletiva, Pediatria, Área Básica, Ginecologia e Obstetrícia), com discussão do desempenho dos estudantes e da qualidade das questões. Temos procurado corrigir as fragilidades aferidas e melhorar progressivamente a qualidade da prova. O Consórcio Mineiro (Tepminas) conta atualmente com dez escolas. A meta é realizar um TP por ano com o compromisso com a qualidade em todas as etapas do processo e o cumprimento dos prazos estabelecidos pelo grupo. Existe a preocupação de treinamento contínuo em elaboração de itens devido à entrada de novos docentes.

---

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

Concluimos que o TP tem sido um instrumento capaz de apontar fortalezas e fragilidades em nível individual e na avaliação do próprio currículo, com base em todas as áreas de conhecimento analisadas. Ele tem levado a uma reflexão dos docentes sobre a coerência entre o que é oferecido (ensinado) e o que é cobrado (aferido no teste), partindo sempre da interrogação “o que esperamos que um estudante concluinte do curso de Medicina deva saber?”, lembrando que estamos formando generalistas e não especialistas. Todo o processo de elaboração e aplicação do TP tem sido um fator integrador entre as diversas áreas de conhecimento e entre as disciplinas do ciclo básico e clínico, entre o corpo docente, a coordenação e a direção. Reconhecemos a necessidade de melhorar nossa matriz em nível local e regional, aprimorar nossas questões, garantir recursos para a realização anual do teste e tornar a data de aplicação uma data protegida. Mas pensamos que este foi um grande passo numa instituição que não possuía nenhum tipo de avaliação curricular longitudinal e com poucas iniciativas de desenvolvimento docente.

---

# Avaliação de competências para o internato em Ginecologia e Obstetrícia

Raquel Autran Coelho/ Francisco das Chagas Medeiros/ Rosiane Diniz/ Danette McKinley/  
Valdes Roberto Bollela

**Instituição onde o projeto foi implantado:** Curso de Medicina da Universidade Federal de Fortaleza (UFC)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

Tradicionalmente, os cursos de Medicina foram definidos em termos de sua duração e currículo com base na especificação do conteúdo. Demonstrações claras sobre o que os estudantes deveriam aprender não eram prioridade. Isto vem mudando com o movimento para o currículo baseado em competências, em que se explicitam os objetivos de aprendizagem esperados para os alunos, as estratégias de implementação e um plano de avaliação coerente, com foco no aluno e no próprio programa, como sugerido por muitos autores e diretrizes da educação médica ao redor do mundo. O objetivo deste estudo foi descrever uma utilização alternativa para os dados recolhidos no Mini-Exercício Avaliação Clínica (Mini-CEX) para avaliar o programa e orientar a melhoria do currículo de um estágio em Ginecologia e Obstetrícia (GO). Foi realizado um estudo transversal com professores, tutores e estudantes do internato médico em Obstetrícia e Ginecologia. Foram utilizados os resultados de teste de múltipla escolha (MCQ) e Mini-CEX. No fim da rotação, os estudantes avaliaram a sua competência para identificar áreas de fortaleza e fraqueza no programa de GO. Os resultados de questionários de estudantes, do teste MCQ e do Mini-CEX foram analisados em triangulação para identificar a extensão em que foram alcançados os objetivos de aprendizagem. O projeto se mostrou de acordo com as políticas públicas de

formação de profissionais de saúde, contribuindo para o ensino centrado no estudante como sujeito da aprendizagem e apoiado pelo professor como facilitador e mediador, com vistas à formação integral. O uso de metodologias ativas no internato médico e a reflexão proporcionada por tais práticas permitem contemplar as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina publicadas em 2014 pelo Ministério da Educação, que estimulam o aluno ao cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, ao pensamento crítico, à ética profissional, ao treinamento em habilidades de comunicação e à autonomia de aprendizagem continuada.

## DESCREVA O QUE FOI FEITO:

Inicialmente, um *workshop* sobre avaliação de alunos foi oferecido com o apoio institucional da UFC a professores e tutores do internato médico em GO. O encontro abordou questões como a identificação de um quadro geral das competências específicas para formação médica em Obstetrícia e Ginecologia, cenários de prática para os estudantes e possíveis ações para o desenvolvimento dessas habilidades. Até então, a metodologia de ensino era tradicional, com sistema de avaliação do internato baseada em testes MCQ e em conceito global, de caráter subjetivo. Foi selecionada a versão em português do instrumento de Mini-CEX para avaliação dos

---

alunos em cenários reais de prática, e iniciado treinamento para *feedback* apreciativo após o exercício avaliativo de natureza formativa. Em seguida, foi realizado um estudo transversal com três membros do corpo docente e 84 estudantes do sexto (último) ano do internato médico em GO da Universidade Federal do Ceará (UFC). Foram utilizados os resultados de teste de múltipla escolha (MCQ) e Mini-CEX. No final da rotação, os estudantes avaliaram a sua competência para identificar áreas de força e fraqueza no programa de GO. No Mini-CEX, um examinador observava o estudante durante a realização de uma entrevista focada ou exame físico em um paciente internado, ambulatorial ou de outro ambiente. Após pedir ao aluno sua decisão de diagnóstico ou tratamento, o examinador concluía a avaliação e fornecia *feedback*. Para cada encontro, o examinador registrava a data, a configuração (ambulatorial ou de internação) e o tempo utilizado durante o *feedback*. O examinador avaliava o estudante em entrevista, exame físico, avaliação clínica, aconselhamento, organização e eficiência, e competência global, utilizando uma escala de nove pontos na qual de 1 a 3 indicavam “insatisfatório”; de 4 a 6, “satisfatório”; e de 7 a 9, “superior”. No final dos quatro meses de estágio, administrava-se uma prova de múltiplos testes para avaliar os conhecimentos, com 20 itens e pontuações dimensionadas numa faixa de 0 a 10, com uma nota de aprovação de 5. No questionário para alunos incluíram-se indicadores de aquisição de habilidades percebidas dos alunos, usando-se uma escala de Likert. Foram avaliadas quatro de oito áreas de ensino: (i) habilidades práticas; (ii) procedimentos básicos; (iii) prevenção de doenças; (iv) habilidades de comunicação. Cada item tinha resposta na escala de 1 a 3 (1: inapropriado; 2: parte adequada; 3: muito apropriado) para a frase: “O estágio em Obstetrícia e Ginecologia me preparou para...”. Escores mais altos indicam maior percepção do grau em que os objetivos de aprendizagem foram alcançados para cada domínio. Os dados da Escala Mini-CEX e percepção do estudante foram analisados, e as pontuações médias foram calculadas para cada domínio. A relação entre o Mini-CEX e os escores de múltipla escolha dos alunos foi examinada usando-se correlação bivariada. A fim de identificar a adequação (e inadequação) do programa atual, os dados foram triangulados. Os resultados de questionários de estudantes, o teste MCQ e o Mini-CEX foram analisados e comparados para determinar a

extensão na qual os objetivos de aprendizagem foram alcançados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, sob o número 039938/2013. Os participantes assinaram um termo de consentimento, indicando sua permissão para participar da pesquisa. Houve mudanças importantes entre docentes e alunos do serviço após a experiência. Percebeu-se maior clareza de objetivos de aprendizagem para os atores envolvidos, além de iniciação da prática da avaliação estruturada em cenários reais de prática e de *feedback* aos alunos, até então não sistematizados. O principal resultado foi a reformulação do programa, que se mostrou necessária com base na análise de resultados do Mini-CEX e de questionários de alunos, visando preencher lacunas de aprendizagem. Ficou evidenciada a necessidade de retorno ao Laboratório de Habilidades (ambiente seguro e planejado) para ensino de procedimentos básicos em GO, antes ofertados no terceiro ano do curso. Isso vem propiciando, desde o final de 2014, maior autonomia dos estudantes em cenários reais, além de maior segurança dos pacientes por eles atendidos. Entre os desafios, inclui-se a adesão docente. No primeiro *workshop*, houve participação de uma minoria dos membros do corpo docente (apenas três em dez), gerando dúvidas quanto à realização de um segundo momento para abranger maior número de avaliadores. Infelizmente, nem todos os alunos foram capazes de participar de mais do que um encontro Mini-CEX. Nem todas as competências foram medidas durante os encontros possíveis, o que sugere que o treinamento adicional para os examinadores é necessário. O início do uso do instrumento na instituição, no entanto, gerou maior interesse no método por parte de alunos e demais docentes. Dois meses após o início do estudo, houve necessidade de padronizar melhor os escores entre os avaliadores, propiciando oportunidades adicionais para comentários e perguntas decorrentes da utilização do instrumento na prática diária. Oficinas adicionais são necessárias para formar mais professores e tutores sobre avaliação de competências para o internato médico, o que deve aumentar a utilização do método. Os docentes aqui envolvidos participaram do curso de preceptores da ABEM realizado em nossa cidade, com apoio da UFC, propiciando maior envolvimento também de preceptores não docentes.

---

## IMPACTO:

O uso de Mini-CEX forneceu informações úteis para a revisão curricular, graças à identificação de lacunas de competências entre os estudantes, num processo de melhoria de qualidade. Os pontos fortes do Mini-CEX incluem a oportunidade para uma ampla amostragem de pacientes em toda as configurações e observação formativa. Houve demanda dos próprios alunos para aumentar a instrução prática de habilidades durante a rotação. Com base nesse *feedback*, foi implantado o retorno ao Laboratório de Habilidades, antes frequentado somente no terceiro ano do curso de Medicina, para desenvolver habilidades específicas (aquelas apontadas como um desafio pelos alunos no Mini-CEX) em um ambiente seguro e planejado. Hoje, os alunos do internato da UFC são avaliados também por meio de Osce (*Objective Structured Clinical Examination*), uma avaliação estruturada realizada no próprio ambiente simulado. Tal como refletido pelas respostas dos alunos e classificação dos examinadores, anamnese e habilidades de aconselhamento são bem desenvolvidas no currículo atual. No entanto, os estudantes relataram maior dificuldade também em lidar com pacientes terminais e comunicar más notícias. Tais práticas também foram introduzidas no programa do internato, inclusive em ambiente simulado, com ótima aceitação pelos alunos. Apesar da participação de uma minoria dos membros do corpo docente no primeiro *workshop* (apenas três em cada dez), o uso do instrumento gerou maior interesse no decorrer da intervenção. Oficinas adicionais serão realizadas para formar mais professores e tutores sobre avaliação de competências para o internato médico, o que deve aumentar a utilização do método. Os docentes aqui envolvidos participaram do curso de preceptores da Abem realizado em nossa cidade, com apoio da UFC, propiciando maior envolvimento também de preceptores não docentes e maior autonomia para a realização de oficinas desde então. O processo avaliativo se expandiu para outras áreas do internato, com planejamento de Osces unificados para um futuro breve, além do programa de residência médica, com o início de aplicação de *checklists* para avaliação em cenários de prática, incluindo procedimentos médicos.

## QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?

Os docentes envolvidos no projeto participaram de curso de preceptores da Abem realizado em nossa cidade em 2015, com apoio da UFC, propiciando maior envolvimento também de preceptores não docentes e maior autonomia da instituição para a realização de oficinas desde então. Oficinas adicionais serão realizadas em 2016 para treinar professores e tutores em avaliação estruturada e formativa de competências. Atualmente, há sete docentes (entre dez) envolvidos nas práticas do Laboratório de Habilidades do internato em GO, resultantes dos resultados do projeto. Dois colegas submeteram projetos ao programa Faimer, e um irá participar do programa como *fellow* em 2016. O processo avaliativo estruturado e formativo se expandiu para outras áreas do internato (além da GO), com planejamento de Osces unificados para um futuro breve. O programa de residência médica também iniciou a aplicação de *checklists* para avaliação em cenários de prática, incluindo procedimentos médicos, a partir da iniciativa no internato médico. Os dados resultantes deste estudo foram submetidos a publicação em revista internacional e aguarda retorno. Os resultados da intervenção realizada foram apresentados em diversos congressos de educação médica e em encontros de iniciação à docência das monitoras do estágio, demonstrando o impacto gerado com a sua implementação.

## POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?

Alguns fatores de sucesso deste projeto foram: uso de ferramenta de fácil implementação (Mini-CEX), aplicável em cenários reais de prática onde os estudantes já estão inseridos, com oportunidade para uma ampla amostragem de pacientes em toda as configurações e observação formativa. A aplicação formativa da ferramenta permitiu maior aceitação pelos estudantes, principalmente com a realização de *feedback* específico e apreciativo, o que propiciou uma prática mais reflexiva e maior busca ativa pelo processo de aprendizagem. A proposta inicial previa uma oficina ampla com a maioria dos docentes

---

envolvidos no internato médico. Foi decisiva a valorização do apoio inicial dos *stakeholders*, incluindo um colega *fellow* Faimer e alunos de monitoria, além da percepção da necessidade de um novo encontro para melhor padronização da ferramenta após as primeiras experiências do grupo. Esse início positivo serviu de estímulo a outros docentes e inclusive a preceptores, que hoje auxiliam no processo avaliativo de forma mais estruturada e sistematizada. A triangulação de ferramentas foi determinante, pois houve convergência importante de lacunas de aprendizagem na avaliação do examinador e na percepção dos alunos, gerando maior sensibilização quanto à necessidade de mudanças no programa.

---

# Programa de ensino de segurança do paciente na graduação de Enfermagem

Francis Tourinho

Instituição onde o projeto foi implantado: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

## CONTEXTO DO PROJETO E SUAS METAS:

A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas instituições de saúde surgiu em âmbito global. Dados do Institute of Medicine (IOM) revelaram que, em 33,6 milhões de internações, cerca de 44 mil a 98 mil pacientes morreram em consequência de eventos adversos. A análise de grandes estudos epidemiológicos levou à publicação do livro “*To err is human: building a safer health care system*”, nos Estados Unidos da América, demonstrando que erros acontecem e são frequentes durante a prestação de assistência, causando milhares de mortes e sequelas irreversíveis, apesar dos imensos investimentos destinados à área na maior potência econômica da atualidade. Evidências científicas produzidas em diferentes países indicam que instituições que possuem profissionais com maior qualificação profissional obtêm melhores resultados em saúde e na promoção de segurança, com redução de taxas de infecção hospitalar, quedas, úlceras por compressão, erros de medicação, contribuindo com decréscimos significantes no tempo de permanência nas instituições de saúde e na mortalidade dos pacientes. No Brasil, em consonância com as iniciativas internacionais, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tornaram obrigatória e oficial a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pela Portaria MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Assim, com a

implantação do PNSP, a doutrina de evitar erros nos cuidados de saúde deve ser aprendida e fiscalizada em tempo real. Nos corredores dos hospitais, centros de saúde, clínicas e ambulatórios, devemos, como profissionais, fazer o nosso melhor para desenvolver bons hábitos de segurança do paciente. Neste íterim, a segurança dos pacientes deverá fazer parte integrante do ensino e formação dos trabalhadores do setor da saúde, enquanto prestadores de cuidados. No mundo, os currículos dos cursos de graduação da saúde são continuamente reformulados para se adequarem às últimas descobertas e aos novos conhecimentos. Apesar das recomendações, pesquisas revelam que a educação da segurança do paciente para profissionais da saúde no ensino superior não é observada como necessidade ou prioridade, e a preocupação com este tema em escolas de graduação em saúde é relativamente recente. Assim, um dos desafios para educadores e profissionais de saúde é desenvolver uma cultura de segurança nas escolas e nas instituições de saúde. Com isso, surge o desafio de desenvolver pesquisas científicas que visem minimizar a reconhecida distância existente entre o que se sabe em teoria e o que se aplica na prática (*know-do gap*). As investigações sobre a segurança do paciente devem subsidiar as tomadas de decisão e as intervenções da gestão, modificando a prática do cuidado, e direcionar a educação dos novos profissionais e a educação continuada dos que já atuam. Nessa perspectiva, compreende-se que a atenção para um cui-

---

dado que envolva a segurança do paciente é uma importante medida para a qualidade da assistência de enfermagem e dos cuidados de saúde. O enfermeiro deve estar atento aos aspectos que envolvem a segurança, como conhecer os pacientes e identificar riscos possíveis, além de defender ações voltadas para a segurança e a comunicação de eventos adversos ao cuidado. Destarte, há a necessidade de aperfeiçoamento dos currículos e maior envolvimento das escolas de formação profissional e seus conselhos profissionais nos indicadores de qualidade da assistência de saúde. Diante do exposto, este projeto visou à implantação de um programa de ensino de segurança do paciente, mediante o uso de tecnologias interativas no curso de graduação em Enfermagem. Agradecimentos: Faimer, Lais-UFRN, Labtec-UFRN, CCS-UFRN, Rebraensp, Prograd-UFRN, Labhab-CCS, Durg-LA, NFR-UFSC, PEN-UFSC, C&C, UFSC.

### **DESCREVA O QUE FOI FEITO:**

A implementação ocorreu em uma universidade pública do Nordeste antes de o governo brasileiro instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Participaram acadêmicos do curso de graduação de Enfermagem que cursavam a disciplina de alta complexidade e que aceitaram participar do estudo, constituindo uma amostra intencional não probabilística. O projeto foi financiado pelo programa de melhoria da qualidade de ensino da Pró-Reitoria de Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa/UFRN (Parecer nº 147/2012), iniciou-se o estudo, aplicando-se aos alunos um questionário baseado nas orientações da Aliança Mundial de Segurança do Paciente e da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp) sobre o conhecimento dos temas lavagem das mãos, identificação segura dos pacientes, comunicação segura na passagem de cuidados e medicamentos seguros. O questionário foi elaborado no programa *web Survey Monkey*. Após a aplicação dos questionários, iniciou-se o ensino dos temas propostos no trabalho. O ensino começou em sala de aula e continuou por meio de ferramenta de formação a distância, com uso do Sistema de Gerenciamento de Atividades Acadêmicas da UFRN (Sigaa), que possui dispositivos para fóruns, tarefas e discussão em comunidades virtuais do assunto. Esta fase consistiu nas seguintes ati-

vidades: informação do tema estudado com material bibliográfico da OMS; tempo para discussão do assunto em fórum; elaboração de resumos pelos grupos de alunos por meio de discussões na comunidade virtual do projeto; entrega de tarefas (elaboração de resumos, propostas de implementação, divulgação de soluções de segurança). A terceira fase do projeto se deu quando os alunos iniciaram a prática clínica, na qual foram observados por professores e enfermeiros, que verificaram atitudes de segurança na prática clínica. Os enfermeiros e professores que participaram são membros do grupo de pesquisa de segurança do paciente e treinados na aplicação dos *checklists* de observação. No final do semestre 2011.2, em dezembro, foi realizada a penúltima etapa desta intervenção, a aplicação de um Osce, esquematizado em quatro estações, baseadas nas metas internacionais para a segurança do paciente trabalhadas no projeto: (i) promover adequada higienização das mãos; (ii) melhorar a segurança na medicação; (iii) identificar os pacientes corretamente; (iv) promover comunicação efetiva (passagem de plantão), aplicada aos discentes no Laboratório de Habilidades da Enfermagem.

### **IMPACTO:**

O projeto começou em um componente curricular com 35 discentes, e 15 deles concluíram todas as etapas do programa. As respostas ao questionário inicial evidenciaram que os discentes conheciam os quatro temas abordados, porém não tinham conhecimentos aprofundados sobre a influência deles na segurança do paciente. Os temas que os discentes menos relacionaram com a segurança do paciente foram passagem de plantão segura e identificação do paciente. Sobre a lavagem das mãos, todos a relacionaram com risco de infecção e a responsabilidade da equipe nesta prática diária do cuidado. Os alunos referiram que não observavam estas práticas e preocupações com a segurança do paciente nos hospitais de suas práticas, ficando isolados alguns atos de profissionais e instituições ligados à busca da segurança do paciente. Nas atividades *online*, foram oferecidos vídeos e textos do programa da Organização Mundial da Saúde para profissionais da saúde sobre o tema segurança do paciente, e, mesmo não sendo obrigatória a participação, foi observado interesse e participação dos alunos. Das quatro tarefas oferecidas, cada aluno participou, em

---

média, de pelo menos três. Nas práticas clínicas, cinco avaliadores (professores enfermeiros e enfermeiros dos locais de estágio) acompanharam os discentes. Todos pertenciam ao grupo de segurança do paciente e foram treinados para observar se os alunos aplicavam as recomendações de melhores práticas para segurança do paciente. Eles evidenciaram que os estudantes procuravam executar as tarefas na administração de medicamentos corretamente, seguindo os nove certos da administração de medicamentos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa, tempo certo, validade certa, abordagem certa, registro certo), tema de uma das intervenções *online*, novidade para os acadêmicos, que conheciam apenas os cinco certos. Em relação ao tema lavagem das mãos, os discentes lavavam, ensinavam e orientavam a correta lavagem das mãos. A passagem de plantão segura não teve observação satisfatória, pois o horário das práticas não oferecia esta possibilidade e ficava muito a critério do docente. A identificação de pacientes também foi observada em parte, pois muitos dos hospitais têm meios ultrapassados para esta identificação segura. Porém, a atuação dos discentes e a mobilização dos profissionais motivaram um início de mudança nesses locais. No Osce e questionário final, os estudantes apresentaram melhor desempenho quando comparado ao início do estudo. Os graduandos tornaram-se multiplicadores das ações de segurança do paciente desenvolvidas.

## **QUAL É A SITUAÇÃO ATUAL DO SEU PROJETO?**

O principal desafio encontrado na implementação do programa de ensino é a necessidade de trabalhar as diferenças com os colegas de curso. Porém, este problema fica em segundo plano quando observamos o apoio e reconhecimento de alunos, profissionais e docentes que acreditam no ensino e na construção coletiva para a qualidade de ensino e assistência de saúde. Os hospitais onde os alunos realizam estágio (particulares e públicos), com a semente plantada pelo projeto, foram aderindo às estratégias de segurança do paciente, e os alunos puderam vivenciar e colaborar com as práticas recomendadas. Outros componentes e professores estão aderindo ao projeto. As atividades continuam sendo desenvolvidas e incorporadas ao programa da disciplina do projeto.

Outras disciplinas do curso se mobilizaram após esta experiência para implantar o tema transversalmente no curso. Esta ideia foi mais sustentada com a implantação do Programa de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde, o que reforçou a necessidade de discutir o tema de forma ampla e transversal nos cursos de Enfermagem. O projeto está em estudo para implementação em uma universidade pública do Sul do Brasil.

## **POR QUE ESTE É UM PROJETO QUE FUNCIONOU?**

A formação acadêmica do enfermeiro tem sido objeto de reflexão e estudo ao longo dos anos. As diretrizes curriculares para a graduação em Enfermagem têm direcionado as mudanças na formação deste profissional, exigindo uma formação mais crítica, reflexiva flexível e versátil. O fazer e o ensinar devem ter significado para todos os que participam deste processo, permitindo construir novos conceitos que estejam em consonância com os diversos cenários de atuação da Enfermagem. A construção do conhecimento sobre a segurança do paciente precisa ocorrer durante toda a formação e continuamente. Assim, o ensino deste tema deve ser transversal e ocorrer durante toda a formação profissional. Deve haver uma progressão de saber “o quê” para saber “como” e, no final, “fazer”. O bom aprendizado deve ser realizado por meio da experiência, com *feedback* dos professores ao longo da tutoria/treinamento. Os quatro temas abordados, embora representem menos da metade das recomendações da OMS, são de grande importância na segurança, uma vez que os erros de medicação e infecções hospitalares são os principais problemas que acometem os pacientes. Assim, o projeto contribuiu para gerar práticas confiáveis que façam a diferença na segurança dos pacientes, minimizando os riscos e alterando o quadro de eventos indesejáveis.