



Formação Médica
para o Brasil

onde estamos e
para onde vamos?

Um olhar comprometido
com a responsabilidade
social no século XXI



Relatório
Oficina Regional
CENTRO-OESTE

2ª Oficina Regional - Brasília
RELATORIA - PLENÁRIAS e
TRABALHO EM GRUPOS



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Relatório Oficina Regional
CENTRO-OESTE
Projeto REVER
Formação Médica para o Brasil

2ª Oficina Regional - Brasília
12 e 13 de julho de 2024

RELATORIA - PLENÁRIAS e TRABALHO EM GRUPOS
(Congrega as escolas do Mato Grosso,
Mato Grosso do Sul, Distrito Federal e Goiás)



Expediente

LISTA DE AUTORES

Sandro Schreiber de Oliveira
Marcelo Fernandes Capilheira
Denise Herdy Afonso
Lia Márcia da Silveira
Liliana Santos
Lorene Louise Silva Pinto
Oscarina da Silva Ezequiel
Rodrigo Pinheiro Silveira
Sylvia Helena Souza da Silva Batista
Valdes Roberto Bolela
Emanuela de Almeida Oliveira
Lenira Ferreira Ribeiro Coutinho
Marcio Lemos Coutinho
Maria Doralice de Souza

Jornalista responsável:

Raíssa de Deus Genro - MTB 14.822/RS

Projeto Gráfico, ilustrações e capa:

Eduardo Grisoni

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Brasil. ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica
Brasília, 2024.

59 p. : il.
ISBN - 978-65-86406-10-9
1. Educação na Saúde. 2. Administração em Saúde. 3. Saúde Pública.
I. Título.

Título para indexação:
Regional Workshop Report MIDWEST

Sumário

Objetivos	5
DIA 1 – 12/07/2024	
Atividade 1 - Mesa de Abertura.....	6
Atividade 2 - Apresentação do Projeto Formação Médica.....	8
Atividade 3 - Apresentação do Relatório da Oficina Nacional.....	9
Atividade 4 - Reconhecimento dos Participantes.....	9
Atividade 5 - Apresentação dos Objetivos da Oficina.....	9
Atividade 6 - Trabalho de Grupos.....	10
Atividade 7 - Síntese de Alinhamento do Processo de Construção Histórica.....	15
Atividade 8 - Trabalho em Grupo.....	15
Atividade 9 - Plenária para Elaboração da Síntese.....	25
DIA 2 – 13/07/2024	
Atividade 1 - “Briefing” Sobre Princípios de Avaliação de Programas Educacionais.....	27
Atividade 2 - Café Mundial – Critérios de Qualidade.....	28

Atividade 3 -	
Plenária com Discussões dos Critérios de Qualidade	37
Atividade 4 -	
Café Mundial – Critérios de Qualidade (tarde do dia 13/07)	40
Atividade 5 -	
Plenária com Discussões dos Critérios de Qualidade	50
Atividade 6 -	
Avaliação	54
Elementos de Percepção do Relator/Impressões	55
Registros Fotográficos	56
Lista de nomes dos participantes da	
Oficina Regional CENTRO-OESTE	
2ª Oficina Regional Brasília	58

The background features a light gray field with several overlapping white-outlined circles and arcs. A prominent purple quarter-circle is positioned in the lower-left quadrant. To its left, there are overlapping teal and dark teal shapes. The word "Objetivos" is centered in the lower-right area.

Objetivos

Analisar as DCN de 2014, identificando as contribuições para sua revisão, de forma ampla e participativa;

Refletir e discutir sobre, e explicitar critérios e indicadores de qualidade relevantes para a regulação das escolas médicas no Brasil.

A oficina aconteceu nos dias 12 e 13/07/2024 e teve a participação de 51 (cinquenta e um) pessoas, entre docentes, discentes, gestores e representantes de entidades médicas.

Equipe pedagógica: Valdes Bollela, Aristides Palhares Neto

Equipe Coordenadores: Sandro Schreiber, Denise Herdy, Marcelo Capilheira, Alessandra Ribeiro

Equipe de Relatoria: Emanuela Almeida, Lenira Ribeiro

DIA 1 – 12/07/2024

ATIVIDADE 1 - MESA DE ABERTURA

Sandro Schreiber de Oliveira - ABEM Nacional

Eline Lima - MS / SGTES

Francisco Neves - MEC/SESU

Júlio Pedrosa - OPAS/OMS

Mônica Inácio - DENEM

Ubirajara Picanço - ABEM Regional Centro Oeste

Mesa de abertura:

Ubirajara Picanço deu as boas-vindas em nome da representação regional da ABEM Centro-Oeste, falou sobre os objetivos da oficina, concluindo com o agradecimento pelo convite e oportunidade de participação.

Mônica, acadêmica de Mato Grosso do Sul e representante da DENEM, agradeceu o convite e trouxe a valorização da participação e escuta dos estudantes na oficina.

Júlio Pedrosa, representando a Dra. Socorro Gross, saúda a mesa em nome de Sandro e equipe, destaca a organização das oficinas, fundamentais para a educação médica no Brasil, e seu envolvimento e implicação com as atividades. Traz a importância do SUS como exemplo para outros países e fala em compartilhar informações das oficinas na OPAS. Agradece o convite e deseja uma oficina produtiva.

Francisco Neves, representante do MEC, saúda os componentes da mesa, parabeniza a ABEM e Ministério da Saúde pela iniciativa no momento de discussão das diretrizes curriculares. Fala das características da região centro-oeste e enfatiza que o Brasil precisa de mais médicos e melhores médicos. Parabeniza a ABEM e agradece o convite ao MEC e contribuição das oficinas para construção das novas diretrizes.

Eline Lima, iniciou a fala com a autodescrição. Fez a saudação à mesa e trouxe um abraço da profa. Isabela Pinto (Secretária da SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde), “a esperança neste momento de pensar a formação médica como resultado na qualidade dos profissionais que são formados” e desejou um bom dia e bom trabalho.

Sandro Schreiber, diretor presidente da ABEM Nacional, fez a saudação a todos os participantes e agradeceu a presença dos docentes, discentes e gestores, ressaltando que foram convidados com prazo pequeno e adaptaram suas agendas para assegurar a participação. “Realizar nove oficinas em cinquenta dias justifica o prazo dos convites” em função da pressa de atender a uma agenda para revisão curricular e com uma “janela” até outubro para contribuir. O convite foi enviado a todas as escolas, públicas e privadas da região centro oeste. Agradeceu a parceria do Ministério da Educação, Ministério da Saúde e ABEM Regional.

ATIVIDADE 2 - APRESENTAÇÃO DO PROJETO FORMAÇÃO MÉDICA

O presidente da ABEM, Prof. Sandro Oliveira, apresentou e ressaltou que o projeto parte das premissas da qualificação da formação médica. Trouxe uma contextualização do número de médicos e médicas com uma reflexão de como interpretar esses números, sua distribuição, dimensionamento e relação com a responsabilidade social. Também em relação aos especialistas, docentes, preceptores, onde estão, quantos, qual sua formação e a diversidade de dados encontrados nas diferentes fontes de informação.

Em relação aos parâmetros regulatórios de avaliação dos cursos, fez referência a editais vigentes para abertura de escolas de medicina e ações judiciais em ponto de avaliação para aberturas de quase 400 escolas.

Trouxe também a importância de olhar para os projetos pedagógicos, metodologias inovadoras e o efetivo grau de implementação dos projetos pedagógicos. Quanto às necessidades em relação às DCN, avanços e desafios, propôs olhar para o status atual para propor mudanças caso sejam necessários ajustes.

Fez ainda uma breve contextualização sobre o panorama atual da avaliação dos cursos e necessidade de uma avaliação qualificada. O exame de ordem, como resposta à preocupação com o aumento do número de escolas médicas, não parece ser a solução, pois a aplicação de uma prova é insuficiente, não garante a qualidade de profissionais e equilíbrio na expansão no número de escolas privadas, sendo importante oferecer alternativas mais complexas e com perspectiva de melhores resultados.

Finalmente, comenta sobre avaliar aspectos econômicos dos cursos da saúde, citando perguntas como: “Quanto custa um curso de saúde?” e “O Estado poderia regular?”

Encerra a fala comentando sobre os resultados esperados pelo projeto.

ATIVIDADE 3 - APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA OFICINA NACIONAL

Realizada apresentação dos resultados da oficina de lançamento do projeto, que ocorreu em Brasília em dezembro de 2023 e contou com a participação de 123 pessoas, entre gestores, docentes, discentes, representantes de entidades médicas, representantes dos Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

Em seguida, foi aberta a participação aos convidados para esclarecimentos de possíveis dúvidas e sugestões sobre o projeto. Samuel, estudante de medicina e vice-presidente DENEM-DF perguntou se a ABEM tem interesse em levar o debate sobre o projeto para os demais grupos de estudantes. Sandro confirma o interesse e inclusão dos estudantes na discussão sobre a formação médica, salientando que não consegue convidar todas as representações/entidades estudantis e prioriza algumas representações para que possam compartilhar em suas comunidades acadêmicas.

ATIVIDADE 4 – RECONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES

A atividade de reconhecimento dos participantes foi conduzida pelo Prof. Valdes Bollela utilizando o software “Mentimeter”, que contou com 29 respondentes, que com-puseram uma nuvem de palavras com Nome/Estado/Instituição pública ou privada, entidades/categoria/se esteve na oficina nacional. Responderam ainda a pergunta: “O que trago para a oficina?”, predominando as palavras: compromisso, esperança e expectativa.

ATIVIDADE 5 – APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA

Apresentados os objetivos da oficina, que neste primeiro dia seria o de analisar as DCN de 2014, identificando as contribuições para sua revisão de forma ampla e participativa. Em seguida, explicou a metodologia da atividade que o grupo faria no momento seguinte.

Objetivo geral da(s) atividade(s):

Analisar as DCNs de 2014, identificando as contribuições para sua revisão, de forma ampla e participativa;

Estratégias didáticas:

1. “O que sabemos sobre...”
2. Café Mundial adaptado;
3. Sistematização com flipchart;
4. Apresentações dialogadas.

ATIVIDADE 6 – TRABALHO DE GRUPOS

(levantamento de conhecimentos prévios sobre o processo de construção histórica)

Estratégia didática: O que sabemos sobre...

Os participantes da oficina foram distribuídos em duas salas identificadas por cores (verde e azul), cada uma com quatro mesas com representantes das categorias de docentes, discentes, gestores e entidades médicas, para discutir e elaborar uma síntese a partir de questões provocadoras:

O que sabemos sobre...

Mesa 1: LDB e o Currículo mínimo com ênfase na construção das DCNs

Mesa 2: CINAEM com ênfase na construção das DCNs

Mesa 3: Processo de construção das DCNs 2001

Mesa 4: Processo de construção das DCNs 2014

SALA AZUL

Mesa 1: O QUE SABEMOS SOBRE... LDB e o Currículo mínimo com ênfase na construção das DCN?

Os participantes da mesa conversaram sobre diretrizes e eixos da educação. Citaram que os eixos envolveriam questões sociais humanística e compreensão do SUS (1o eixo); divisão dos cursos de medicina em dois anos de ciclo básico, dois de ciclo clínico e dois de internato (2o eixo); e metodologias de ensino (3o eixo). Destacam que as DCN não contemplariam na totalidade as especificidades dos cursos de medicina. Citam ainda a carga horária mínima para o curso de medicina (7.200h)

Observações no Post It: LDB determina CH mínima?

Mesa 2: O QUE SABEMOS SOBRE... CINAEM com ênfase na construção das DCN?

O grupo discute sobre a Comissão Institucional Nacional de Avaliação de Escolas Médicas (CINAEM), que aconteceu no final da década de 1990, provocando discussões que levaram à criação de um instrumento comum para avaliação das escolas, gerando relatórios que embasaram às DCN.

Observações no Post It: o que aconteceu com a CINAEM? Qual a real função da CINAEM? Qual o momento da implantação do internato? Com divisão do currículo em básicas, clínico e internato.

Mesa 3: O QUE SABEMOS SOBRE... processo de construção das DCN 2001

Os participantes citaram os itens a seguir: Inserção precoce dos alunos no ambiente do SUS; Aumento da interdisciplinaridade para o curso; Preocupação com a formação dos profissionais de saúde voltados para o novo modelo de saúde recém implantado.

Observações no Post It: inserção dos estudantes precocemente no SUS = diagnóstico? Qual a diferença na construção das DCN 2001 e 2014, visando a participação dos segmentos da comunidade.

Mesa 4: O QUE SABEMOS SOBRE... processo de construção das DCN 2014?

As DCN partem do princípio da formação médica utilizando metodologias ativas, sendo que estas demandam um maior grupo docente para discutir abordagens em grupos menores de estudantes. Os métodos mais utilizados são o PBL e TBL/ Problematização.

Percebe-se que existem dificuldades em implementar o novo currículo em instituições com cursos mais antigos e em se apropriar da metodologia em centros de ensino público. Já nas instituições privadas, nota-se que há uma maior viabilidade de se utilizar a metodologia com os alunos, porém ainda há resistência por parte dos docentes.

A DCN define que todos os cursos de medicina deveriam implementar a metodologia ativa até 2018, mas não houve aderência e, por conta da pandemia da COVID-19, as IES apresentaram ainda mais dificuldades.

Observações no Post It: de quanto foi a falta de adesão às metodologias ativas? Qual o papel da EBSE RH no currículo médico? como cenários?

Registro Fotográfico grupo azul (manhã de 12/07)



SALA VERDE

Mesa 1: O QUE SABEMOS SOBRE... LDB e o Currículo mínimo com ênfase na construção das DCN?

Os principais temas discutidos na mesa foram os cenários de práticas da Atenção Básica do SUS, humanização dos futuros médicos, determinação de carga horária mínima, respeito às diversidades existentes na população (fatores religiosos, raciais, entre outros), curricularização da extensão e estímulo às metodologias ativas.

Mesa 2: O QUE SABEMOS SOBRE... CINAEM com ênfase na construção das DCN?

Os principais aspectos citados pelos participantes foram de que a CINAEM havia sido constituída durante a década de 1990, com objetivo de fornecer novo modelo de avaliação das escolas e reformulação no ensino e surgia como movimento de oposição e resistência ao ranqueamento dos cursos de graduação do país. Propôs novos paradigmas avaliativos que influenciaram na criação das DCN de 2001.

Observações no Post It: Não tinha algo do CINAEM fazer um exame?; O CINAEM realizou a união de docentes e discentes de forma robusta diante da temática de reformulação avaliativa e do ensino.

Mesa 3: O QUE SABEMOS SOBRE... processo de construção DAS DCN 2001

Os participantes destacaram a o processo de construção coletiva, com representação das entidades: ABEM, MEC, Ministério da Saúde e possivelmente Conselhos e Comitês. Teve como objetivos o fortalecimento das principais clínicas, a identificação dos desafios e necessidades da educação médica, com intenção de assegurar a autonomia das instituições quanto a carga horária, incentivar educação docente continuada e, implementar atividades complementares.

Observações no Post It: Será que a CINAEM esteve envolvida na construção das DCN 2001?; Sistema de saúde vigente; A formação do médico não era voltada para o SUS

Mesa 4: O QUE SABEMOS SOBRE... processo de construção das DCN 2014?

Os participantes relataram que desconheciam o processo de construção das DCN 2014, entretanto, destacaram que conheciam o produto com ênfase nas metodologias ativas e foco na atenção à saúde.

Observações no Post It: Nada sobre a construção; Inserção precoce em cenários do SUS; Saúde Mental, Emergência, Extensão; Veio no contexto da Lei dos Mais Médicos; Em 2020 ou 2021 saiu uma resolução complementar sobre população LGBTQIA+; Surgiu de forma “TOP DOWN”; Houve acréscimo na DCN quanto a população vulnerabilizada?

Registro Fotográfico grupo Verde (manhã de 12/07)



ATIVIDADE 7 – SÍNTESE DE ALINHAMENTO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

A discussão na plenária abordou os seguintes temas: Currículo mínimo; CINAEM (1992 a 2022) – substituição do currículo mínimo pelo Plano Nacional de Graduação (PNG) – Resultando nas DCN 2001; Saída do currículo mínimo para as diretrizes de formação; DCN 2001 – Perfil profissional e competências; Modelo flexneriano biomédico; DCN 2014; Transformações no SUS; Ampliação do foco na visão integral, histórico-social e humanística; Centrada em três grandes áreas; Resolução 569 CNS.

Abordado aspectos sobre as DCN 2014 e a preocupação com a necessidade de inserir o estudante na prática no início do curso, sem preparo e sem cenários de práticas preparados para receber os estudantes (desafios apesar de estar no texto).

Destaca-se algumas falas durante a plenária: “professores especialistas na prática da PBL trazem uma grande mudança para entender a questão pedagógica e precisam ter profissionais capacitados para a docência”; “DCN Orienta que as instituições são re-sponsáveis pela formação de seus educadores.”

Salientada ainda a importância da formação generalista em contraposição à formação especializada desde a graduação e o processo de construção das DCN 2014, acelerado por conta da Lei dos Mais Médicos, assim como, a mudança na responsabilização pedagógica das escolas após as DCN, responsáveis pelos educadores. As entidades médicas foram apresentadas às DCN, mas não foi um processo participativo.

ATIVIDADE 8 – TRABALHO EM GRUPO

(contribuições para revisão das DCN)

A atividade de Café Mundial adaptado foi realizada no período da tarde e os participantes foram reorganizados em apenas uma sala, em função do número de pessoas presentes. Na sala, os participantes foram novamente divididos em quatro grupos que trabalharam com uma questão orientadora para cada mesa para discutir as Diretrizes Curriculares de 2014. Foram elas:

O que tem e precisa ser mantido nas DCN 2014

O que tem e precisa ser aprimorado nas DCN 2014

O que tem e precisa sair das DCN 2014

O que não tem e precisa ser incluído das DCN 2014

Mesa 1: O que TEM e precisa ser MANTIDO

A mesa iniciou a discussão com a leitura da DCN, analisando cada capítulo de forma individual, identificando que os 10 tópicos precisam ser mantidos e foi feito um pilar de apresentação com os eixos de ATENÇÃO, GESTÃO E EDUCAÇÃO.

Na sequência da leitura, observamos a sessão II que trata da gestão em saúde. Nesse item a mesa concordou igualmente com a manutenção de todos os tópicos, exceto o sétimo, no qual sugerimos a substituição do termo “sistema de saúde” por “SUS”.

Da educação em saúde, referente à sessão III, a mesa consentiu na importância dos itens e que devem manter-se. Foi discutido a respeito dos termos “aprender a aprender” e “autonomia do aprendiz”, onde cada membro da mesa expôs sua opinião a respeito. Além disso, foi discutido o quarto e quinto item, sendo esse último o comprometimento do aluno, em que, o docente é apenas a ponte de aprendizagem, mas o compromisso com o currículo em si é do aluno. Deixamos um questionamento.

Foi argumentado que o enunciado do Art. 7 norteia o restante dos itens para o docente. A mesa concorda em não manter o termo “dominar”. Após a leitura do capítulo que trata das áreas de competência da prática médica, a mesa debateu as sessões correspondentes, destacando a incoerência entre atenção à saúde e salutogênica (cura, prevenção e promoção da saúde). É necessária a reformulação da linguagem utilizada.

Discutido ainda a respeito do domínio do idioma, salientando que a instituição deve fornecer o meio de acesso do acadêmico ao aprendizado de novo idioma. Artigos 10º e 11º mantidos. No Artigo 12º mantiveram-se todos os incisos. No Artigo 13º, o primeiro inciso foi mantido, mas com a sugestão de

reformulação. O que é a necessidade de saúde da população e qual é o entendimento da administração pública.

Realizada a leitura do Artigo 14º e mantidos os incisos. No Artigo 15º a sugestão iniciou pelo inciso I com a alteração da palavra “em” por “com”, seguindo no II retirou “em” e colocou “e”, no III retirou “outros”, o IV foi retirado, V e VI mantidos.

A mesa retirou tudo descrito entre a seção II e seção III, pois está superdimensionado para o curso de formação geral de Medicina.

Mesa 2: O que TEM e precisa SER APRIMORADO

DCN:

Iniquidades entre as populações étnico-racial; Populações indígenas; Simplificar a DCNs como um todo quanto ao texto e não a abrangência das abordagens

Seção I: Melhora na prática da humanização; Aprimorar as práticas de segurança na realização de procedimentos; Reforçar a ética e bioética nos ensinamentos em relação às redes sociais, acompanhar a evolução dos meios digitais com os princípios já estabelecidos; Participar de simulações de julgamentos éticos por parte dos acadêmicos “melhora da relação dos CRMs com as faculdades”; Acessibilidade do ensino em relação às populações ex: libras aos surdos; Práticas integradas entre profissionais de outras áreas, flexibilizar o ensino com alunos dos outros cursos quando possível.

Seção II: Aumentar a participação da IES nos conselhos de saúde, participação social dentre outros. No sexto, acrescentar equipe interdisciplinar; COAPES; Treinamento em gestão para os docentes e discentes porque a formação está deficiente; Mostrar mecanismos de como fazer essa gestão; Estipular o percentual de carga horária sobre esse ensino de gestão.

Seção III: Educação “E” Saúde; Qualificação docente no entendimento das DCNs; Aumento da espiritualidade na formação médica.

Parágrafo V: Trocar comprometer-se com seu, tirar esse “seu”, para comprometer-se com o processo.

Parágrafo VI: troca do verbo propiciar por incentivar.

Parágrafo VII: Dominar a língua estrangeira, o verbo muito forte, trocar para incentivar a língua através de intercâmbios dentre outras coisas.

Capítulo II. Seção I: Melhorar a escrita dos itens I e II do artigo 10, alinhando com o modelo salutogênico.

Subseção I: c) acrescentar “sobre o processo de adoecimento na perspectiva da singularidade de cada pessoa”.

Subseção II: “Letramento em saúde” trocar para esse termo no lugar de “educação em saúde” .

Melhorar o relacionamento das faculdades de medicina com as secretarias de saúde e conselhos de saúde.

Mesa 3: O que TEM e precisa ser RETIRADO

Considerando as DCN 2014, foi questionado e comentado:

“Alguém já teve a audácia de se rebelar com o que está escrito?”; Críticas são ao produto ou ao processo? Ao processo: não foi democrático e participativo, foi imposto.

Tripé para a formação médica não seria escolar: trabalhamos com assistência (não se ensina atenção à saúde de forma plena), há carências no ensino da gestão em saúde (as DCN precisariam ser mais claras sobre o que deve ser ensinado nesse tópico aos alunos).

Pensem no IESC/MISCO: o aluno visita o cenário e acompanha o trabalho (de um profissional que não necessariamente tenha capacitação para preceptoria, seja médico, seja ACS, seja enfermeiro etc), mas ele não é exposto à equipe gestora – não se apresenta quem seja o chefe, qual sua função.

Dessa feita, o que precisaria ser retirado? E o que precisa ser valorizado?

Sugerimos supressão do artigo 36 e seus parágrafos, integralmente, já que: não está claro qual e como seria o processo avaliativo (seria o Teste de Progresso? Se sim, teria de ser anual; quem faria essa avaliação? A escola, o CFM, o INEP?)

O art. 37 cai por consequência, além disso, a regularização da residência médica demanda legislação própria, não cabendo à avaliação da escola médica em graduação. As DCN são sobre graduação, não sobre residência médica. Os próximos artigos caem por efeito dominó.

A responsabilidade pela LEM – Inglês é do aluno ou da escola? O papel de garantir a competência trilingue não seria da educação básica? O inglês oferecido pela escola médica é instrumental, é vivenciado, é aplicado? Pensemos no art. 23 inciso 8º, sobre o qual não houve consenso. Há hoje inclusive revistas médicas brasileiras que somente publicam em inglês.

Não há consenso no grupo sobre a instrumentalização do inglês. No Egito, as escolas médicas demandam fluência em inglês. De quem é esse papel de ensino? Da educação básica ou da educação superior?

As DCN falam em fluência, domínio ou instrumentalização? Há consenso sobre a supressão do art. 7º inciso 7º considerando o peso de garantir domínio da LEM. Vejamos, porém, que o aluno é colocado como corresponsável. Obrigar que haja domínio de idioma significa o quê? Não seria subjetivo? Seria simplesmente entender e se fazer entender, não necessariamente ser proficiente? Envolve ler, escrever, ouvir. Vejamos que até mesmo o domínio da língua portuguesa está cadente.

A pertinência desse tema vale para a universidade ou para a escola médica?

Ponderamos que deve ser feita revisão do texto para evitar redundâncias e garantir objetividade.

Se a escola não garante e os órgãos reguladores não exigem, por que está escrito que deve ser garantida alfabetização em informática? Hoje tudo acontece de forma virtual, e individual. Esta é uma questão sobre o art. 6º inciso 4º.

O que pode ser retirado sobre as TICs? Essa é uma competência do curso ou da universidade? As DCN especificam o quê? Vejamos que as TICs já estão incorporadas em nossa realidade, não? Uma visita do MEC à faculdade questiona por que não havia

um rádio na IES – não seria uma extrapolação do subjetivo? Esse ponto gerou divergências.

Sobre a questão da língua – qual é o nível de proficiência exigido? Concordam com a supressão da exigência do domínio como responsabilidade da IES – não há subsídio sobre isso. Os estudantes de realidades de fronteiras questionam as necessidades locais. Nesse sentido, as realidades locais deveriam ser imperiosas. Vejamos que até mesmo na pós-graduação é necessária a chancela de um falante nativo, e que para contactar os indígenas precisamos de tradutor.

O art. 36 foi suprimido, novamente, já que, sua proposta já se iniciou infrutífera, e que nada se concretizou, apesar da importância do Teste de Progresso.

Seção III tenha supressão parcial de seu título: Educação e Saúde em vez de Educação em Saúde, já que a educação em saúde foca no usuário, quando, na verdade, a educação médica envolve a formação de diferentes atores.

Art. 24, parágrafo 6º: qual é aqui a diferença entre saúde da família e comunidade e a saúde coletiva? A primeira seria especialidade médica, enquanto esta seria um campo sanitarista. Imaginamos que, originalmente, o estudante já esteja necessariamente inserido em um ambiente de saúde coletiva – não retornaríamos para tentar garantir isso.

Essa é uma conversa definida: MFC versus saúde coletiva?

Art. 24, parágrafo 9º: preocupação com os 50% como um percentual muito significativo. Esse limite não deveria ser definido pela própria instituição? Esse parágrafo não poderia ser suprimido e inserido um novo que deixaria a critério, já que a realidade regional é significativamente particular. Não temos queixas quanto aos 25% de carga horária, porém nos preocupamos com o estabelecimento do limite percentual ,

da quantidade de alunos que se retiram, que deveria ser de autonomia da IES.

Houve consenso em suprimir o art. 24 parágrafo 9º sobre o limite de 50%.

Nos perguntemos sobre as ciências humanas no art. 5 e no 29 => podemos melhorar!

Há consenso sobre as dúvidas com a LEM. Inclusive, o que seria a LEM? Língua franca. Entramos em discussão sobre modificar esse artigo, ou ambos retirando a terminologia do domínio e refazendo como “oportunização do conhecimento”. Existe uma preocupação com a igualdade, a isonomia e a equidade, inclusive por meio de cursos instrumentais. Vejamos os conteúdos curriculares, então convergimos sobre retirar o sétimo, e aperfeiçoar o 23º.

Retoma-se a importância de garantir melhor fluência na própria língua portuguesa.

Concordam em manter os termos sobre as TICs. Talvez retirar a facilidade da oportunidade “sempre que possível”. Na verdade, a tecnologia existe, é uma realidade.

Retoma-se a discussão sobre o art. 24: não especificar o teto. Menciona-se, contudo, o risco de que isso exponha um determinado rodízio de uma determinada IES/determinado cenário ser sucateado por desinteresse e por falta de pessoal. A preocupação que surgiu foi de garantir que não poderia haver a abertura de saírem todos os estudantes simultaneamente. Dar limite garante direito? E se uma turma pudesse sair para fazer uma disciplina toda fora?

O cerne seria a concomitância da saída dos alunos e as duplas interpretações são levadas em consideração. E a importância da internacionalização? Não deveria estar prevista em algum local?

Concluimos com concordância sobre a autonomia universitária para a permissão para a saída e o acolhimento dos alunos.

Supressão parcial do vocábulo “seu” no art. 7º inciso 5º.

Retomam-se os tópicos de residência e de LEM, fora o contexto da LEM num cenário de TICS.

Chegam com a perspectiva de garantir que haja oportunidade da língua e melhoria da perspectiva sobre o que seria o domínio.

Menciona-se as divergências sobre as TICs.

Consenso sobre a supressão parcial no art. 7 inciso V.

Art. 24º inciso I levantado quanto à preceptoria docente e à supervisão. O contato é constante? A supervisão pode ser pontual. Consideram que a retirada desse item provocaria risco de libertinagem. A preocupação é que seria inviável garantir um docente em período integral para supervisão direta. Quem, então, organiza essa supervisão? E como? Seria uma problemática local e institucional? Não há divergência.

Art. 24, parágrafo 3º trata sobre os 30% do internato – deve ser suprimido? Não deveria ser repensado, deveria ser modificado? Não ocorre na prática que os alunos cumpram toda essa carga horária nessa quantidade. O que poderia ser feito para melhorar para tornar esse internato em APS e em EU de fato exequível? Não deveria ser flexibilizado nem exigido?

Menciona-se o COAPES, que deveria estar nas DCN.

Os art. 34 e 35 tratam sobre a garantia do programa de formação e qualificação constantes. A Quem deveria fazer? A própria instituição? Existe verba suficiente para isso? A metodologia ativa não custa demais à instituição? Quando a rede será capacitada? O aluno está liberado às 17h para outras atividades: as ligas, as extensões, os PETs ocorrem no almoço e no noturno: onde há tempo para isso? Voltamos à discussão sobre a responsabilidade ser da universidade ou especificamente da escola médica – isso deve ser garantido nas DCNs, mas não como responsabilidade do curso, o que é perigoso – logo deveria ser suprimido. Seria uma supressão parcial, no sentido de transferir a responsabilidade para outra instância, mas reconhecendo que a capacitação e a qualificação ocorram.

Entende-se que deveria ser obrigação do docente participar dos cursos de atualização – a caracterização institucional e obrigatória seria fundamental.

Consenso sobre artigos 7, 35 e 36. Discussão retomada sobre o título da seção III, já que a educação em saúde seria unilateral, e estaria associada à extensão, pressupondo a questão conceitual de que se aprende com o usuário e que se ensina ao usuário.

O grupo entra em dúvidas sobre o artigo que menciona a saída dos alunos para atividade fora: seria fora da UF necessariamente? Não poderia ser apenas sua própria sede? Ele pode ir pra outro

estado, outro município, outro país? Lembrando que a saída do aluno de sua sede é uma boa opção para o aluno e para o cenário, e que ela só é autorizada se garantir que as duas experiências sejam compatíveis.

Iniciamos a discussão sobre papel e função de docente, preceptor e supervisor. Quem faz o quê? O preceptor precisa ser supervisionado? Ele já não seria responsável por muito? A supervisão docente é direta?

MESA 4: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO

Campos de prática:

- Elaboração de meios de garantia de entrada das escolas médicas em campos de estágio na rede de saúde pública.
- Urge a distribuição de campos de estágio entre faculdades públicas e privadas.
- Definir unidade básica de referência de cada instituição.
- Criação de indicadores de resolutividade de campos de estágio, de forma que os profissionais médicos e alunos não sejam pressionados por metas de produtividade.
- Regulamentação obrigatória do número de vagas de ensino conforme a oferta da rede de saúde em qualquer nível de atenção.

Gestão:

- Garantir a implantação do COAPES por meio de normativa que garanta a participação de todos os atores.
- Criar um mecanismo do COAPES com indicadores atrelados ao repasse de verbas para gestão municipal, cujo não cumprimento do acordado pelo gestor local acarretaria na diminuição de repasse financeiro para o campo.
- Realizar acordos legais entre escolas e rede de saúde local independentes das mudanças de gestão.

- Instituir um conselho com representantes das escolas médicas na secretaria de saúde que seja responsável pelo gerenciamento de estágios discentes na rede pública municipal, sendo esse independente das mudanças de gestão.
- Criação de uma legislação nacional para gerir a integração de ensino e serviço médico.

Ensino:

- Reforço do ensino e práticas de Cuidados Paliativos.
- Abordar o uso de novas tecnologias, como Inteligência Artificial, no ensino médico.
- Ensino de Telessaúde.
- Ética Médica como componente curricular.
- Especificar o entendimento de extensão curricular e suas normativas.
- Capacitação e qualificação docente do ensino médico de identificação e abordagem das necessidades de saúde conforme a individualidade do paciente.
- Incentivar a aproximação médico-paciente pelo conhecimento do seu contexto sociocultural (educação popular).
- Abranger um processo seletivo para ingresso discente que avalie não somente funções cognitivas, mas também psicomotoras e emocionais.

ATIVIDADE 9 - PLENÁRIA PARA ELABORAÇÃO DA SÍNTESE

Os relatores de cada mesa apresentaram na plenária os produtos de seus grupos, após sorteio realizado pela equipe pedagógica e foi aberto à discussão e contribuições após cada apresentação:

Mesa 1

Segundo o grupo, a seção gestão parece recorte-cole do curso de saúde coletiva, para especialista em gestão, propondo tirar uma parte e revisar o que se refere a gestão do cuidado. Houve discordância na plenária alegando que o estudante de medicina precisa entender de gestão.

Mesa 02

Foi contextualizado a produção e informou que o grupo só chegou até o capítulo 2. O relator Pedro seguiu apresentando o resultado das contribuições dos demais participantes, com sugestões de acréscimos ao texto original e melhoria da redação (verbos).

Sugerido ainda incluir o ensino em gestão dentro do curso médico, a ementa gestão. Questionado qual o percentual de gestão deveria ser contemplado? Colocar dentro do quadro do ensino, na escola.

Houve ainda a reflexão sobre a sugestão de percentual e sugestão sobre a importância de pensar em qualidade e resultados em relação às competências e a medida por percentual pode ser ilusória.

Imprescindível e muito desafiador para o grupo: Simplificação das DCN sem perder a abrangência. Necessário trazer a importância de fazer escolhas na elaboração de diretrizes.

Mesa 3

Discussão dos principais pontos trazidos pelos componentes do grupo e referiram a falta de consenso em relação ao que retirar do texto das DCN em muitos itens (língua estrangeira, supervisão docente, percentual de internato fora da UF). Manter a objetividade e a clareza no texto das DCN

Foram discutidos aspectos sobre o percentual de 30% na APS (grupo diz que retiraria porque não acontece na prática): *as diretrizes são orientadoras. O quanto esse “algo” é importante. Suprimir pela dificuldade pode ser temerário, deve-se ter o cuidado para não tirar coisas essenciais em função da dificuldade de execução.*

Mesa 4

Dúvidas sobre a federalização independente da gestão. (Só abrir escolas em locais que assegurem cenários de práticas e criar indicadores)

Tratou de preceptoria? (Sim, do ponto de vista da qualificação. Como fazer?)

Questionamento feito por participante: “O grupo traz que competências poderiam ser desenvolvidas nessa Curricularização?”

Registro Fotográfico Café Mundial (tarde de 12/07)



DIA 2 – 13/07/2024

Abertura realizada com as boas-vindas aos presentes apresentando a imagem de “Mentimeter” com a nuvem de palavras construída no momento de chegada no dia anterior, com o que as pessoas trouxeram para a oficina. Em seguida, foi apresentada a imagem da nuvem de palavras construída no final do dia na avaliação do primeiro dia de atividades.

ATIVIDADE 1 – “BRIEFING” SOBRE PRINCÍPIOS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS EDUCACIONAIS

Foram apresentados os objetivos da oficina e o objetivo das atividades do segundo dia de oficina. Em seguida falou sobre os princípios de avaliação de programas educacionais com foco na escola médica, provocando a reflexão a partir dos seguintes questionamentos: Como a gente avalia a qualidade dos nossos cursos de medicina?; Por que avaliar um programa educacional?; O que entendemos por Avaliação?; Fez uma explanação sobre os documentos das DCN 2001 e 2014, ressaltando os artigos que destacam a avaliação dos cursos.

Destacou-se os diferentes tipos de avaliação: Estudante/Currículo/PPC/Programa Educacional e apresentado alguns referenciais teóricos de processo de avaliação, detalhando melhor os modelos do Ciclo de Avaliação e Modelo de Kirkpatrick.

Contribuições da plenária:

- Feito questionamento sobre construção de indicadores para avaliação de implementação de ações.
- Projetos de extensão deveriam ser voltados para os problemas que afetam as populações de forma geral e fala sobre a avaliação de instrumentos como o DIGITEL.
- Pensar ações de extensão em nível macro para tentar resolver os problemas de saúde do país. Denise, participante da plenária, defende um projeto macro, como exemplo direcionado às doenças crônicas.

Dificuldades da instituição em implementar os instrumentos de avaliação dos estudantes. Alguma dica de como melhorar? Valdes sugere a utilização da avaliação processual para avaliar as habilidades (método OSCE).

Um estudante na plenária questiona a qualidade do método OSCE e Valdes pontua a qualidade do método de avaliação em suas diversas estações, trazendo exemplos de processos práticos de avaliação de estudantes, salientando as qualidades e complementaridade entre os modelos, avaliando habilidades e comportamentos.

Citou-se o SINAES e os formulários que o compõem e a AMEE – acreditação internacional, sendo apresentados rapidamente os critérios de avaliação.

Ao final das discussões, foram explicadas as atividades seguintes e direcionou os grupos para a sala de trabalho.

ATIVIDADE 2 – CAFÉ MUNDIAL – CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Pela quantidade de participantes, foi mantida uma sala para realizar o Café Mundial com 4 temas em cada turno. As questões orientadoras foram:

Tendo as DCNs como referência, quais são os CRITÉRIOS e INDICADORES da qualidade da escola médica em relação a:

- Responsabilidade Social
- Cenários de prática/Integração ensino serviço
- Cuidados com o discente
- Internato
- Infraestrutura
- Projeto Pedagógico
- Corpo de educadores: docentes e preceptores
- Avaliação do estudante

SALA DE TRABALHO - MANHÃ

MESA 1 - RESPONSABILIDADE SOCIAL

Indicador poderia ser uma política de acesso e permanência de estudantes de origem diversas. Esse seria um critério institucional, ver se o aluno permanece no curso. Ver o que tem dentro da escola, qual política pública, que faz com que aquele aluno continue estudando na escola.

Indicador que vá além da presença do projeto, ver o impacto dos projetos de extensão na comunidade, voltados a comunidades locais. Isso ajudaria a analisar a qualidade dos projetos.

Indicador de pesquisa do trabalho de egressos. Onde ele está atuando? Ele conseguiu voltar para sua comunidade e ter um resultado?

Inclusão no PPC de conteúdos, como determinantes sociais, equidade em saúde, competência cultural, habilidade advocacia, formação e avaliação voltadas a dimensão latitudinal, inserção na interação de ensino na comunidade de maneira precoce e diagnóstico territorial. Critérios de responsabilidade social.

Indicador de políticas de incentivo à participação discente em projetos de extensão voltados à comunidade.

Indicadores de impacto da presença da escola na comunidade. O quanto a escola em si muda a realidade daquela população?

Indicadores do perfil do egresso.

Indicadores de inovação em conhecimento e tecnologia.

Indicadores de estímulo à mobilidade estudantil.

Estímulo à sustentabilidade ambiental.

O aluno que não tem condições de permanecer no curso no começo, porque os auxílios demoram a chegar, como a escola médica auxilia para sua permanência?

Popularização da ciência e educação popular

Incentivo a participação no controle social

Regionalização social

Valorização dos conhecimentos dos povos nativos

Foi complementado a parte de triagem dos problema em volta da comunidade, foi colocado que deve se ter um diagnóstico territorial

Complemento da sustentabilidade na comunidade

Complemento da parte de competência cultural, ter humildade cultural

Comunicação: acessibilidade e interculturalidade

Ingresso regionalizado

Desenvolvimento de responsabilidade social por docentes

MESA 2 - CENÁRIOS DE PRÁTICAS/ INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Necessidade de inserção precoce, desde o ciclo básico, considerando a qualidade (tempo, infraestrutura, relação com o preceptor/comunidade/equipe multiprofissional);

Não apenas ensino e serviço, abranger ensino serviço gestão e comunidade

Possibilidade de existir tal cenário (inserção precoce) – oportunidades/viabilidade (COAPES)

Integração melhor entre a faculdade de medicina e preceptores de fora da universidade (capacitação/integração preceptor-escola, bem como dos agentes das unidades, educação permanente)

RAS (rede de atenção à saúde)

Termo de cooperação (obrigações e direitos de ambas as partes)

Estrutura física/insumos das unidades para comportar a demanda dos alunos;

Formas de integração entre os cursos da área da saúde em um mesmo cenário

Setor primário, secundário, terciário

Avaliação do aluno e pelo aluno acerca do serviço em cenários externos

Como a inserção precoce seria feita?

A presença do aluno está sendo efetivada?

Capacitação do aluno para a entrada no cenário de prática (teórica/prática simulada)

Como avaliar a presença do aluno no cenário (Estrutura: está lá? Processo: O que ele está fazendo? Resultados: Quais os resultados). (tríade Donabedian)

Importância dos indicadores da comunidade (com feedback da comunidade assistida (usuário dos serviços) da equipe assistencial (como o aluno participou da equipe (participação ativa, postura), por meio da criação de instrumentos de avaliação por parte da unidade, para guiar.

Necessidade de criar uma devolutiva institucional, direcionada ao aluno, acerca do relatório das suas atividades.

Avaliação dos indicadores interações de condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) – dados específicos por unidade, serve para avaliar a eficiência da inserção precoce (2014 em diante).

Relação quantidade preceptor/aluno (relação numérica). Importante definir bem essa relação, pela instituição (somente a universidade é capaz de definir essa quantidade).

Importância da criação de uma cultura positiva da responsabilidade social da escola

Regulamentações federais que amparem a qualidade destas ações na educação e formação do profissional de saúde. Formas de regulamentar para que as garantias de inserção sejam proporcionadas independente das gestões municipais/estaduais. Talvez pelo MEC?

MESA 3 - CUIDADO COM DISCENTE

“Já mencionamos a saúde mental. Lemos o material provocador!”

Menciona-se a importância do programa de mentoria e do fornecimento de apoio psicológico, além dos incentivos para a permanência.

O que seria a mentoria? Um docente orientador que possa apoiar os alunos individualmente em suas demandas? Seria o próprio professor? Seria um núcleo? O professor deve/pode ser apoiador individual?

Vejamos, a escola deve estabelecer um núcleo para apoio ao discente? Quem está diretamente em contato com a demanda? Quais as orientações que ele pode fornecer ao aluno para que ele busque apoio? O núcleo vai atrás do aluno? E as situações de vida pessoal que constroem a privacidade do aluno?

Qual seria o critério? Existir o núcleo e ele ser amplamente e frequentemente divulgado?

Não seria ideal que houvesse um núcleo próprio para cada domínio? Saúde mental, permanência, etc.

O programa de acolhimento é fundamental, pensando na nacionalização e globalização do acesso à universidade: alunos vêm de todos os estados, por exemplo, são jovens, para viver uma experiência completamente nova. O quanto o calouro sofre nesse processo?

Exemplo do INTEGRA: acolhimento do calouro e do transferido – programas para mulher, para nome social, para educação especializada, para cotistas (como algo da própria pró-reitoria).

E a mobilidade acadêmica?

E a comunicação clínica, quanto às habilidades e atitudes – em um contexto curricular.

E a questão de divulgação do cotista gerar discriminação? Lamentavelmente, essa segregação ocorre desde a estratificação do resultado.

O acolhimento ao docente ocorre desde o ingresso do aluno?

Pensemos na institucionalização da representação acadêmica.

Apoio à permanência do discente – disponibilidade de bolsas, etc.

Conversa entre os núcleos da própria faculdade.

Núcleo de apoio psicopedagógico do próprio curso dialoga com o mesmo nicho trocando experiência com outros núcleos de outras instituições? Como podemos receber uma psiquiatra no núcleo, sem que ela queira prescrever medicação? Como você encaminha para o hospital universitário, que já é sobrecarregado pelas demandas do serviço público?

Deveríamos diferenciar o papel do núcleo e o papel da assistência em saúde mental.

Houve o questionamento se caso o aluno tem uma necessidade, o professor identifica a necessidade – o suporte deve ser da faculdade ou não? Ele deveria ser identificado e referenciado, certo? Para que esta responsabilidade não seja da faculdade de medicina. Sem dúvida, porém, existem circunstâncias específicas que precisam ser imediatas na própria faculdade. O núcleo não tem papel da assistência, mas direcionar. Seria possível garantir que haja vínculo com o serviço de saúde?

E a hostilidade da competitividade da nota e do desempenho?
E a questão do suicídio? Qual seria o critério de qualidade para estimular entre os alunos a qualidade do aprender versus o do competir com o outro -> aqui entramos no aspecto da avaliação formativa.

E as populações vulnerabilizadas? Por exemplo, os indígenas, que entram por cotas. Eles possuem edital de assistência-permanência, recursos, etc?

É importante a equidade: a medicina não pode ser melhor ou priorizada em relação aos outros cursos.

A mentoria envolve o docente, e seu trabalho direto, certo? Isso não seria um problema?

E a possibilidade da tutoria (monitoria individual) pelo discente mais experiente e com bom desempenho. Quem pede é o próprio aluno.

E o esporte e a atividade física? E a língua estrangeira? E libras?
E ligas?

O apoio da gestão às atléticas?

E o *debriefing* e *feedback* das avaliações? As tornemos formativas.

É trazida a preocupação desses desafios como obrigação institucional, problematizada enquanto uma carência de verba. Há que haver o cuidado para não transferir da universidade para a escola médica a responsabilidade por isso.

Escolas promotoras de saúde: promoção de ambientes saudáveis.

Realizar ações promotoras de ambiente saudável como parte do programa de gestão da faculdade de medicina. Aqui focando não em ambiente físico, mas em relações humanas, cultura organizacional. De qualquer maneira, a sala é adequada (há cadeira, há iluminação, há climatização)?

E a separação entre o público e o privado? O recurso está na mão da escola médica pública? Como podemos tentar garantir que esses critérios de qualidade sejam garantidos, sejam executados?

Podemos medir a gestão dos cursos? Existe um plano de gestão? Existem documentações comprobatórias das tentativas de mudança?

Quanto às populações vulnerabilizadas, existe o apoio em permanência como também no customizar em oferecendo ao aluno oportunidade de receber as suas demandas flexibilizadas.

A mobilidade acadêmica seria a permissão de fazer parte do curso em outra IES? E a metodologia ativa, que o bloqueou indiretamente?

E a LEM?

E garantir o apoio tutorial a quem recebe populações vulneráveis.

Preocupações são levantadas quanto à bolsa da monitoria/tutoria.

Traz-se a perspectiva do intercâmbio na mobilidade acadêmica.

Política de qualidade de vida: promoção de saúde – não seria fundamental? Não precederia a prevenção?

O núcleo psicopedagógico existe? Ele funciona? O discente e o docente têm apoio? Ambos adoecem um ao outro.

Recebemos alunos com dificuldades: audiovisuais, culturais...
Seminário sobre os pcds. Convite a todas as instituições federais...
Normativa para fornecer diretriz ampla e federal.

Ações afirmativas para populações indígenas, étnico-raciais, diferenças de identidade. E a impossibilidade de assumir certas especialidades?

Obrigatoriedade da participação discente em colegiados.

Foco no processual de desempenho – feedback das avaliações formativas.

E as libras não entram como parte dos PCDs? Não entra como acessibilidade? Está dentro das DCNs. O aluno que fala libras e permitindo a conversa em um cenário de saúde.

Colocar a juventude como conferências livres.

Garantir controle de participação e controle social, estabelecer que os estudantes estejam nas conferências livres e nas conferências temáticas – são marcadores importantes para o Conselho Nacional de Saúde.

MESA 4 - INTERNATO

A mesa iniciou levantando os pontos críticos relativos ao internato:

- Existência do internato de acordo com as DCN (identificáveis por cenário, com os preceptores – carência por realidade local)
 - 2 anos com os percentuais por cenário de prática e CH
- Gestão da escola – sua relação com a gestão do serviço (Escola e preceptoria – há uma lacuna de comunicação);

protagonismo da IES.

- Qualificação/formação – muda a perspectiva do profissional.
- Seleção de preceptores com perfil educador: resgatar a atribuição do profissional do SUS.
- Relação trabalhista do preceptor: bolsa, contrato, sem percepção de honorários.
- Valorização isonômica do preceptor plano de cargos e carreiras – SUS).

Como os residentes estão inseridos no acompanhamento dos internos.

Estrutura organizativa contratual – COAPES ou outro sistema.

Cenários de prática adequados e voltados para a realidade do sistema local –

Como o estudante está sendo acompanhado e orientado:

- Quantos estudantes por preceptor e cenário?
- Como se dá a avaliação formativa/processual? (habilidades e atitudes).
- Acompanhamento do aluno: existe um regimento/regulamento.
- Avaliação do estudante do processo como um todo: avaliação cognitiva e habilidades.
- A CH do estudante é priorizada em detrimento de avaliação de rendimento (o aluno cumpre a CH mas sem qualidade por falta de avaliação).
- Avaliação 360° (participação ativa na (r)elaboração do processo).
- A frequência é 100%? Discussão referente aos 75% da LDB.
- Responsabilidade do interno (entra na avaliação).

- Equipe e usuários entrarem na avaliação 360°.
- Desafio geracional entre médicos de formação “pré-SUS/ biomédico” e docentes e discentes DCN 2001 -2014.

Como estão estruturados os rodízios: qual a CH? Existe imersão real?

Saúde mental prejudicada

A CH não é suficiente para as competências que precisam ser desenvolvidas

Cenários voltados para o médico generalista

Estratégias para a permanência para os ambientes de internato: alimentação, acolhimento.

Modelo Donabedian: estrutura, processo e resultados.

Acompanhamento do egresso: indicador para a qualidade da formação como um todo.

Identificar se existe uma reformulação/revisão dos processos a partir das avaliações.

ATIVIDADE 3 - PLENÁRIA COM DISCUSSÕES DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE

(sala de trabalho, turno da manhã)

Síntese da construção das mesas na atividade anterior, realizada no auditório principal.

Mesa 1: Eixo responsabilidade social

Tales fez a apresentação dos principais tópicos discutidos.

Surgiu a questão como seria um indicador para medir a responsabilidade social dos docentes.

Os autores destacam a importância de se tentar buscar formas de medir o impacto de projetos e atividades gerenciadas pela escola médica.

Questionamento sobre como a AI contribui para a responsabilidade social. Exemplos: aplicativos de receita para auxiliar nos projetos de extensão.

Importância de se integrar a responsabilidade social em todas as disciplinas/projetos/instituições.

Destacado o conceito de *Social Accountability* - com a responsabilidade que a escola/instituição tem com a comunidade na qual está inserida ou dependente dela.

Mesa 2: Eixo cuidado com discente

Foram apresentados os principais tópicos discutidos pela equipe, foi complementado sobre a importância da participação do discente nos centros acadêmicos.

A avaliação formativa deve ser priorizada, inclusive como institucional.

Foi lembrado que o curso faz parte da instituição e toda avaliação feita refletirá nos resultados da instituição.

Feita observação a respeito da tutoria para estudantes PCD e não-PCD, que por excesso de burocracia, dificulta a tutoria e torna-a menos acessível.

Possibilidade de tutoria por pares e tutorias interprofissionais.

Foi destacado para instituições que não conseguem fazer tutoria remunerada, desenvolver programas que gerem créditos acadêmicos para os estudantes.

Mesa 3: Eixo cenários de práticas/integração ensino serviço

Danilo apresentou a síntese da discussão do grupo.

Debate sobre quantitativo de alunos por cenário. O número de alunos deve ser debatido com os locais de prática e refletir a necessidade do local. É preciso fazer a micropolítica diariamente para as definições. A escola tem o papel de fazer o contato e conversar com os cenários de prática - técnico-política, dá trabalho, mas tem que ser realizado, apesar do esforço.

O COAPES deve ser estabelecido de maneira muito clara, para evitar conflitos de interesse.

Sugestão de registro claro de regras para a definição de cenários.

Deve haver preparação dos preceptores e professores para lidar com as demandas de acolhimento da diversidade e inclusão de estudantes.

Criação de critérios de reconhecimento dos preceptores de maneira formal (proposta política, de regulamentação federal e/ou estadual).

Denise chama atenção para o termo inserção precoce (precoce como antes do tempo). Portanto fica a proposta de inserção na atenção primária desde o início do curso médico.

Mesa 4: Eixo internato

Realizada a apresentação dos principais critérios discutidos pela equipe.

Destaque para a carga sofrida pelo estudante por conta da desconexão escola-serviço.

Valorização da avaliação formativa do estudante.

Críticas a profissionais da EBSERH que se recusam a receber alunos como preceptor (em diferentes pontos da rede Centro-Oeste).

Apresentados exemplos de secretarias municipais e estaduais que intensificam a parceria com as escolas de saúde pública e contratam profissionais como preceptores ou pagam profissionais da rede que recebem alunos.

Falta padronização para a recepção dos estudantes.



ATIVIDADE 4 – CAFÉ MUNDIAL – CRITÉRIOS DE QUALIDADE (tarde do dia 13/07)

MESA 1: INFRAESTRUTURA

Abriu-se a mesa com análise da Infraestrutura a partir dos critérios de qualidade de educação médica essenciais.

Recursos Humanos para Gestão (Docentes, Discentes, Secretariado, Técnicos)

- Qualificação Pessoal Aplicada para o Funcionamento dos Espaços Físicos: gestão, secretárias, técnicos;
- Incentivo à Titulação: Formação de mestres e doutores;

Estrutura Física:

- *Campus:*

- Ambiência: Salas de Aula, Salas de Tutoria e Anfiteatros/Auditórios; Ambientes de Convivência (sensibilidade), Moradia Estudantil, Áreas de lazer.
- Acessibilidade.
- Indicadores de Segurança.
- Logística: Grade horária, Convênio com os Estágios, Subturmas, Mobilidade.
- Acesso às Bases de Dados/Bibliotecas Virtuais e Físicas: Ensino e Pesquisa.

- *Cenários de Prática*

- PROJETO DE LEI FEDERAL? Critério para Aberturas de Novas Escolas da Iniciativa Privada: Abertura de Novos Cenários de Prática (Hospitais Universitários, Unidade Básica, Centros de Especialidades, Pronto-Atendimento) COM BASE NAS DEMANDAS PELO CURSO privilegiando o município.
- Lei Federal que define a necessidade de um cenário próprio ou através de convênios com Hospitais Escolas.

- Pesquisa: Incentivo à pesquisa e estudo.
- Locais de Descanso: Não são garantidos, evitando que alunos fiquem mais de 8 h/diárias e 40 h/semanais.
- Segurança.

- *Laboratórios*: Simulação Realísticas/Habilidades Clínicas, de Áreas básicas, Informática/Realidade Virtual.

- Anatomia: Necessidade de peças orgânicas, projetos de dissecação dos corpos pelos estudantes.
- Biotério
- Pesquisa
- Manejo de Risco Biológico

MESA 2: PROJETO PEDAGÓGICO

Destacam-se os seguintes aspectos:

- Deve ser um projeto integrativo com conexão e integração interdisciplinar: Ver um tema só de todos os ângulos, por questão de módulo e especialidade.
- Compreender e cumprir os três eixos da DCN: gestão, atenção e educação em saúde;
- Espiral do pensamento: construção do conhecimento longitudinal, do primeiro ao quarto ano, construindo os objetivos de aprendizagem a partir disso.
- Esclarecer a filosofia da instituição sobre a avaliação: referencial teórico atualizado e sintonizado com a matriz atual.
- Inclusão de comissões representativas estruturantes: NDE, comissão de capacitação docente, COE, apoio psicopedagógico discente-docente.
- Determinação clara de critérios avaliativos, formativos, processuais dentro das competências (CHA – conhecimentos, habilidades e atitudes).

CONTEÚDOS ESSENCIAIS:

- Cultural-regional adaptado ao contexto regional e clima, como infecto, questões sociais e religiosas como refugiados e populações vulnerabilizadas.
- Cuidados paliativos.
- Populações vulnerabilizadas.
- Humanização .
- Compreender e afirmar o contexto histórico do PPC;
- Um currículo flexível e adaptado às necessidades - ser um projeto adaptável e que espelhe a realidade.
- Clareza em objetivos, e estratégias metodológicas.
- Seguir a matriz curricular e a partir dela discorrer e buscar o percurso do aluno em cada período, com flexibilidade (possibilidade de carga horária – monitorias, mentorias, tutorias) para um conjunto pedagógico obrigatório, eletivo e livre (projeto de extensão).
- Esclarecer o objetivo e necessidade de tais projetos além dos obrigatórios para a formação do acadêmico, com fim de credibilizar e incentivar, além de orientar o aluno.
- Incentivo ao desenvolvimento científico: pesquisa e extensão;
- Curricularização da extensão.
- Incentivar e determinar a mobilidade acadêmica.
- Projeto que siga a DCN e, concomitantemente, a realidade prática; PPC define DCN, e não ao contrário.
- Implementar disciplinas que reflitam o empreendedorismo e gestão de negócio, a partir da premissa de que muitos médicos tornam-se autônomos.
- Apresentar o fluxo sobre a legalidade do curso e curricularização da extensão.

INDICADORES DE QUALIDADE

- Partir de um *feedback* discente e docente - avaliador interno da escola médica, como CPA e comissão própria de avaliação.
- Creditação por uma instituição governamental e padronizada regulamentada pelo INEP e MEC
- ENADE, Teste de Progresso, teste de finalização.

MESA 3: CORPO DOCENTE E PRECEPTORES

Qual é a diferença? Qual a qualificação?

- O docente está a serviço de uma escola como professor, como ensino. Os preceptores são profissionais do serviço que acolhem, em seus cenários, dentro de sua carga horária, recebendo alunos em atividade de ensino; isto é, são treinadores em serviço, utilizam o serviço para ensinar.
- Antes mesmo, é preciso definir os papéis e responsabilidades. Ambos precisam de qualificação, aqui vem a qualificação e o estabelecimento de carreira. A carreira de preceptor é importante, mas não excludente.

Quais são as qualificações essenciais? Treino para trabalhar com ensino, com metodologia. Na residência, há mais associação com a vocação. Aqui na graduação, a participação na APS demanda buscar preceptores cujo vínculo com a formação não existia ainda.

O que seria esperado do preceptor? Especialização lato sensu.

O que seria esperado do docente? Educação continuada e especialização stricto sensu.

E o papel da gestão? Como ele pode ser sensibilizado?

Pensamos que, teoricamente, o aluno já tem formação em gestão, quem dirá o docente e preceptor.(?)

Qual o mínimo e qual o máximo? Para as diretrizes, até que ponto não estamos buscando o perfeito e ideal?

A discussão converge para a construção de uma carreira – embora haja maior dificuldade em estabelecer isso no meio privado.

E os aspectos de pesquisa e extensão, para além do ensino e gestão? A curricularização da extensão traz especificidades: quem assina? O docente? A instituição?

Não há diretriz específica nem política específica para os aspectos de pesquisa e extensão -> faríamos políticas?

O preceptor não necessariamente é da instituição de ensino? Como o serviço público e o serviço privado viabilizam a preceptoria?

Do ponto de vista de pesquisa: o que avaliamos? Qual é a intersecção entre a quantidade e a qualidade? Hoje, o critério adotado é Qualis. No mundo, existe o fator de impacto, que é quantitativo. O docente tem maior papel para a formulação na pesquisa, certo? Mas a coleta de dados não aproveita o cenário do preceptor? Ele participa?

A pesquisa vinculada à extensão requer retorno para a comunidade. Ou seja, incentivar a relação entre a pesquisa e a extensão para atender demandas daquela comunidade, atendendo a aquelas necessidades. Pensar que o cenário é um braço da extensão. Existe a pesquisa aplicada, desse ponto de vista. Em extensão, para além de projetos, produtos a serem mapeados. A extensão como oportunidade de formação de preceptoria.

Políticas para regulamentação da preceptoria.

Lembremo-nos da importância da verticalização: qual o contato dessa movimentação na graduação com a residência e com o mestrado e doutorado? Não seria horizontalizado? Interligação entre graduação e pós-graduação, incluindo residência.

Os docentes são avaliados quanto a liderança de grupos de pesquisa? Isso seria indicador?

Menos que 360 horas já configura a extensão.

Extensão é para fora do muro: não só a comunidade, há apoio à gestão?

Iniciação científica como possibilidade de orientação do preceptor, não somente para o docente e o servidor técnico-administrativo?

Ir até a comunidade e buscar o que precisam.

Diagnóstico territorial.

Lembremos que os docentes e preceptores devem ser preparados em gestão! Conforme o tripé das DCN de 2014.

Prospecção social

Formar redes de comunicação e de apoio à formação

Programa de acolhimento para evidenciar a importância do preceptor para o ensino da medicina -> ele precisa ser visto como parte desse processo.

É preciso ser visto o preceptor como profissional, não somente como uma função que ali é ocupada.

A definição de papéis viria em política ou em legislação?

IAG = IA generativa

Inserir a internacionalização para fins de qualificação e de formação científica. A internacionalização como mais do que intercâmbio, não somente dentro de casa.

Interiorização e telemedicina -> tecnologias de ensino à distância / telessaúde.

Responsabilidade social desses atores: ambos estão inseridos no âmbito da social accountability.

Utilizar a internacionalização para trocar experiências exitosas, do ponto de vista da comunicação. Precisamos comunicar, intercambiar o que dá e o que não dá certo. Conforme elucidado pelo professor Baroneza, a roda não precisa ser inventada, ela já foi criada.

Avaliação, regulamentação e fiscalização garantam reconhecimento da importância, para que não fique só na ação entre amigos.

Pensar na educação continuada como parte da educação em saúde -> não são itens separados. Não somente para o preceptor como também para o docente. Formação continuada em temáticas didático-pedagógicas como um princípio.

O processo seletivo para preceptoria.

O preceptor já atuava com a residência e, hoje, passou a ser inserido na graduação. O aluno passa a ser parte dessa profissão, enquanto parte da formação médica já na graduação, e como processo interfuncional.

Estamos falando não em obrigatoriedade, mas em recomendação. É apresentada preocupação considerando que certos critérios inviabilizariam garantir a existência da preceptoria em certos ambientes do país.

Há preocupação também quanto à possibilidade de que se forme o especialista por meios que não apenas a residência.

Intenção de garantir o vínculo e o diálogo entre o docente e o preceptor.

Por que não utilizar a telemedicina para permitir que o exame seja avaliado por profissional em outro ambiente.

Retomamos a questão sobre a diferença e as intersecções entre o preceptor e o docente: há que existir o vínculo entre docente e preceptor. Reforçamos a importância do preceptor inclusive na formação por meio de produção científica.

O preceptor como um canal de comunicação inclusive de comunicação entre a comunidade e a instituição e o serviço de saúde, provocação pelo aluno. Por exemplo, professor Ubirajara menciona experiência própria.

O preceptor atua em seu horário de trabalho, não faz dedicação exclusiva, nem precisa assumir a sala de aula – é essencial que isso seja especificado para o preceptor. Há o processo seletivo, a remuneração como complementação.

Desenvolvimento comunicacional e questão didático-pedagógica -> o preceptor deve ter conhecimento daquele

projeto de ensino. A preceptoria PRECISA conhecer os objetivos e a amplitude do projeto pedagógico.

O processo seletivo vai exigir a qualificação e critérios? A formação pedagógica vem antes ou depois? A diretriz deve deixar claro o que é o quê.

E quando somos docentes e preceptores?

Quais são de fato os CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO DOCENTE E DA PRECEPTORIA?

O ACS e o técnico ganham presentes, mas não são remunerados, certo?

O preceptor recebe pecúnia ou ganha um extra por atender a escola?

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:

- Qualificação
- Programa de acolhimento para vinculação E consolidação
- Redes de grupos de pesquisa e diagnóstico territorial
- Extensão que envolva preceptoria
- Iniciação científica feita pelo preceptor
- Intercâmbio e troca de experiências
- Telemedicina e telessaúde sem serem excluídos

MESA 4: AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE

Destacam-se os seguintes aspectos:

Precisa ser abrangente, pois devemos ter consciência do peso do curso. Da relevância de formar pessoas que lidam com a saúde de outrem; Rompimento da simplificação da avaliação.

Avaliação diagnóstica. Conhecimento prévio dos saberes que o estudante carrega ao chegar na IES e considerar o percurso que ele percorre na IES.

Para pensar sobre a avaliação precisamos ter um caminho definido pela concepção pedagógica.

Enrijecimento do método avaliativo. Precisamos pensar isso frente a singularidade do discente.

Porque relacionamos, automaticamente, avaliação com prova? Prova essa que, em sua maioria, é de múltipla escolha

Formação tradicional e continuada. Como podemos atrelar uma nova metodologia a isso?

É fundamental que os docentes entendam o método avaliativo. Relacionamos com a formação do docente em avaliação.

Discente é definido pela nota e o ideal é que a avaliação seja contínua e que a experimentação. Ele é estigmatizado ao longo do curso.

Nesse sentido, o que estamos avaliando? A capacidade de decorar o conteúdo ou a de exercer uma medicina humanizada?

Gerar aprendizagem através do erro. A experiência ensina. Como se certificar que de fato houve a fixação daquilo que foi proposto.

Objetivos operacionais da avaliação.

Diversidade da avaliação. Formativa, cognitiva, portfólio, *feedback*.

Institucionalizar tudo na diretriz. Regularizar de encontro a realidade de cada instituição.

Manual do estudante. Pactuar como dar-se-á a avaliação em cada eixo.

O discente precisa entender porque o docente constrói o método.

Como o *feedback* é medido? Porque não gostou ou não foi satisfatório?

Pensar em instrumentos para o docente receber o *feedback*, pois muitos não gostam do que é dito.

Avaliação deve ser uma aprendizagem. Feita em 360, ou seja, todos avaliam todos. Entre pares dos discentes.

Discente participa da elaboração da avaliação (avaliação de 4º geração).

É por meio da avaliação que certificamos a qualidade do aluno.

Utilizar o CHA = COGNITIVO, HABILIDADE E ATITUDES.

Sistematizar critérios de avaliação com pistas de como chegar na nota. Espaço de acompanhamento desse processo avaliativo. Comissão de avaliação interna (como regulamos o processo?) e colocar um representante discente.

Tem um espaço para avaliar a avaliação? E que realmente tenha um *feedback*?

O discente se sente distante da avaliação institucional porque como ele vai sentir a mudança? Uma avaliação diagnóstica.

Sugestão para registro dos questionamentos levantados pela turma no início da disciplina.

Estratégia de desenvolvimento lógico baseado em evidências.

Os indicadores serão construídos a partir de uma escala temporal voltada para cada característica.

Multiplicidade de métodos. Formulação de novas avaliações.

Acompanhamento dos processos avaliativos para garantir que seja produtivo, confiável e eficiente. Ou seja, deverá cumprir com os critérios.

PBL.

Critérios subjetivos de avaliação são muito questionados. O que é a participação? Corpo presente ou colaboração ativa?

Súmula dos critérios essenciais para avaliação do estudante:

Os indicadores serão construídos a partir de uma escala temporal voltada para cada característica.

- Qualificação do docente para gerar avaliação utilizando estratégias baseadas em evidências.
- Multiplicidade de métodos inovando a formulações de avaliações
- CHA
- Critérios claros e objetivos, com um bom fundamento, para evitar a subjetividade

ATIVIDADE 5 – PLENÁRIA COM DISCUSSÕES DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE

(sala de trabalho, turno da tarde)

Síntese da construção das mesas na atividade anterior

Mesa - 1 Infraestrutura

Gestão do local físico com incentivo aos gestores e demais membros da equipe

Indicador de ambiência.

Indicadores de segurança: segurança no campus.

Logística do campo: convênios/ deslocamento/mobilidade e acesso às bases de dados/

Cenários de práticas foi o tema mais debatido no grupo/para abertura de escola médica seria necessário um convênio com instituições que serão os cenários de prática.

Segurança do cenário de prática: biossegurança.

Locais de descanso, cargas horárias extensas sem espaço para descansar (trazer esse debate).

Laboratórios com simulações realísticas e realidade virtual para fomentação da pesquisa

Biotério para incentivar um ambiente propício para a pesquisa.

Restaurante Universitário mais acessível a todos, conveniado com o hospital.

Mesa 2 - Projeto pedagógico

O relator trouxe que a percepção do grupo é de um projeto integrativo, com os três eixos da DCN e inspirado no conhecimento na gestão da educação do aluno.

Determinação clara de critérios avaliativos e com base nas competências com conteúdos essenciais: humanização, manejo e conduta para atender populações vulnerabilizadas. Currículo flexível, atendendo as DCN e projeto pedagógico, adaptando as necessidades do cenário.

Parte obrigatória/optativa/ e parte livre, dando espaço para a curricularização do aluno.

Incentivar o empreendedorismo e gestão na formação médica.

Feedback discente e docente enquanto indicadores de qualidades.

Avaliação padronizada e justa para todos.

Ubirajara questionou sobre o teste de progresso como processo de avaliação.

A forma de avaliação já vigente, de forma histórica e sem abrir mão do teste regional, sugeriu a discussão sobre se a avaliação de proficiência, se ele ajuda na avaliação.

Como permitir que o aluno possa fazer seu próprio percurso? flexibilidade na formação médica/ Atividades complementares/ sair um pouco da grade curricular e pensar estratégias para aproveitamento das atividades realizadas pelos alunos. Foi trazido como exemplo o voluntariado, projeto de extensão feito fora da sala de aula e do hospital, propondo atribuir credibilidade a essas atividades extras.

Opinião divergente na plenária levando em consideração não ser utilizado como disciplinas optativas que o aluno “só quer o crédito”/ como o aluno vai fazer atividades extras se a carga horária prevista para disciplinas optativas já é grande.

Um estudante, na plenária, trouxe sua experiência com o trabalho voluntário em unidade de pediatria, onde ele consegue fazer atividades para além do que o currículo exige/ incentivar o estudante a realizar atividades fora do currículo.

Mesa 3 - Docentes e Preceptores

Apresentaram-se os critérios para avaliação do corpo docente e preceptores iniciando pela definição de papéis das duas categorias e seguiram falando em qualificação, pesquisa e extensão.

O grupo não conseguiu estabelecer critérios de avaliação

Intercâmbio de experiências, no país e fora. Formação para preceptor e docente

Qual o mínimo de qualificação?

Comunicação entre docentes, preceptores e discentes.

Regulamentação da preceptoría, atualmente loco institucional, regional, sem carreira. Precisa pensar em políticas para regulamentação da carreira do preceptor.

Preceptoría e Docência são papéis que precisam estar casados.

Na plenária foi trazida a reflexão em relação ao critério de avaliação através da quantidade de publicações.

Pergunta: Em que área se enquadra a RBEM?

Destaca-se sobre critérios de avaliação de docentes, com trajetória de formação na área.

A plenária contribuiu com uma reflexão sobre produção científica dos docentes como incentivo aos alunos a produzirem, refletindo diretamente nos alunos. Defende o incentivo à pesquisa no ambiente acadêmico tanto para docentes quanto para discentes., defendendo a abordagem nas DCN.

A produção científica não deveria estar associada a publicização científica, pois podem acontecer muitas publicações sem qualidade.

Aristides reforça a importância da publicação científica de qualidade.

Mesa 4 - Avaliação do estudante

Compartilhado o produto final do grupo trazendo a importância de uma avaliação abrangente, de forma dialogada, com experiências prévias do professor no processo/qualificação do processo docente.

A avaliação precisa refletir uma aprendizagem significativa/concepção pedagógica que oriente essa avaliação/ avaliação 360/ avaliação diagnóstica e com participação discente/comissão interna com participação do discente/ escala temporal voltada para as características de ensino-aprendizagem.

Pontos sintetizados pelo grupo:

Qualificação do docente

Multiplicidade dos métodos avaliativos

CHA cognitivo habilidade e atitude

Sistematização dos critérios, claros e objetivos

Avaliando competência de fazer uma medicina humanizada ou aquele que alcança boas médias em todas as provas. “alunos com notas baixas e com bom desempenho prático: como olhar para este aluno?

Feedback qualificado

CPE

Avaliação em grupo e avaliação individual

Contribuições da plenária

As avaliações em grupo, preconizadas pelas DCN não acontecem na prática;

A sociedade pós pandemia não precisa de estudantes que acumulam grande volume de conhecimento, ele precisa saber onde encontrar a informação. Desenvolver uma cultura que se desvincule desse modelo.

Destaca-se a singularidade do discente, precisa ter um plano B, alternativas para o aluno que não quer fazer trabalho em grupo, etc.

Diferenças entre discente e docente em relação a graduação. O docente leva um grande período na disciplina e convive com diferentes grupos de alunos e deveria entender que cada turma tem diferentes características.

Questiona-se sobre a IA, como inserir nos contextos de avaliação? Os alunos já estão usando. Como incentivar o uso de forma crítica, aluno como portador dessas tecnologias? Pensar em como mudar o tradicional? Como atender a necessidade de desenvolver uma competência como o trabalho em equipe nos alunos?

ATIVIDADE 6 - AVALIAÇÃO

Após conclusão das atividades da oficina, foi realizada a avaliação pelo grupo com o “Mentimeter” e formação de nuvem de palavras com respostas do grupo às seguintes perguntas:

“Pensando nos dois dias de Oficina nos diga:”

- **O que conheceu?**
- **O que pensou?**
- **O que construiu?**
- **O que sentiu?**

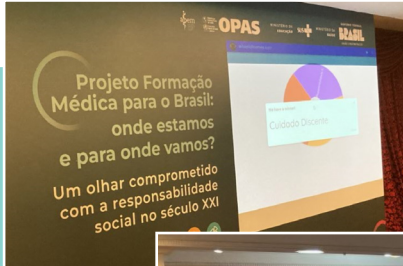
ELEMENTOS DE PERCEÇÃO DO RELATOR / IMPRESSIONES

A oficina da Regional Centro Oeste transcorreu bem, durante os dois dias, a quantidade de participantes foi abaixo das expectativas da coordenação pedagógica, sendo necessárias adaptações na organização dos grupos, sem prejuízos na realização das atividades e alcance dos resultados esperados, estando representadas as escolas públicas e privadas, através de docentes, discentes e gestores, além de representantes de entidades ligadas à formação médica.

De forma geral percebeu-se pouca familiaridade de parte dos convidados em relação aos temas abordados no primeiro dia de trabalho, sendo necessário um tempo maior para uma apropriação e desenvolvimento das discussões, para elaboração de um conteúdo que representasse o ponto de vista do grupo. De forma geral, todos e todas se mostraram envolvidos e interessados em participar das atividades, com ótima interação durante todo o período de oficina.

No segundo dia de atividades, o grupo se mostrou mais familiarizado com os temas abordados, as discussões fluíram bem durante os períodos de construção em grupo e durante apresentação na plenária, com alguns pontos de divergência e espaço para debate de forma democrática e respeitosa.

REGISTROS FOTOGRÁFICOS







**Lista de nomes
dos participantes
da Oficina Regional
CENTRO-OESTE**
2ª Oficina Regional
Brasília

Nome:	Categoria	Instituição
1. ADEMAR AZEVEDO SOARES JÚNIOR	DOCENTE	UEG
2. ALESSANDRA CARLA ALMEIDA RIBEIRO	ABEM	ABEM
3. ALEXANDRE DE ASSIS BUENO	GESTOR	UFCAT
4. ANA LUIZA FEITOZA N. SANTOS COSTA	MEC	MEC/DDES
5. ANANDA GIMENEZ OBERTHIR	Discente	UFMT-Cuiabá
6. ANDRIELY SOARES MACHADO	DISCENTE	UFMS
7. ARESTIDES MASSAO NACHI	DOCENTE	Unic
8. ARISTIDES AUGUSTO PALHARES NETO	PROJETO	ABEM
9. AUGUSTO JOSÉ FERREIRA ROSA	DISCENTE	U.F. de Rondonópolis
10. BIANKA BEATRIZ CRUZ DE MORAES	ABEM	ABEM
11. CARLOS ALBERTO FERREIRA DE FREITAS	GESTOR	UFMS
12. CAROLINA MONIZ DE ALMEIDA	ABEM	ABEM
13. CHRISTIANO BITTAR	GESTOR	UniRV
14. DANIELLE DA SILVA BARBAS	Docente	Universidade de Brasília
15. DANILO RAMOS CAMPOS	DISCENTE	DENEM
16. DENISE HERDY AFONSO	PROJETO	ABEM
17. DENISE MARIA DOTTA ABECH	DOCENTE	Unic
18. ELIÂNGELA DE LIMA	DOCENTE	UFMT-Cuiabá
19. ELINE ETHEL FONSECA LIMA	MS	MS
20. ELIZA CARLA BARROSO DUARTE	GESTOR	Universidade de Brasília
21. EMANUELA DE ALMEIDA OLIVEIRA	PROJETO	Relatora
22. FÁBIO MORATO DE OLIVEIRA	DOCENTE	U. F. de Jataí
23. FERNANDA LOU SANS MAGANO	CNS	CNS
24. FRANCISCO DE ASSIS ROCHA NEVES	MEC	MEC/DDES
25. GABRIELA CARVALHO DA ROCHA	MEC	MEC/DDES
26. GISELE VIANA PIRES	MEC	MEC/DDES
27. JOSILAINNE MARCELINO DIAS	DOCENTE	UEMS
28. JULIO PEDROZA	OPAS	MEC/DDES
29. LENIRA FERREIRA RIBEIRO	PROJETO	PROJETO
30. MARCELO FERNANDES CAPILHEIRA	PROJETO	ABEM
31. MARCELO LUIZ BRANDÃO VILELA	DOCENTE	UFMS
32. MÁRCIA CARDOSO RODRIGUES	DOCENTE	ESCS
33. MIRELLA FERREIRA DA CUNHA SANTOS	DOCENTE	UEMS
34. MONICA CORRÊA INÁCIO	DISCENTE	DENEM
35. MONICA DURÃES	OPAS	OPAS
36. NÚBIA BRELAZ NUNES	CNS	CNS
37. ODETE MESSA TORRES	DOCENTE	ABEM - UNB
38. PEDRO EDUARDO BARROS BARBOSA	DISCENTE	Unic
39. PEDRO HENRIQUE MEDEIROS PEREIRA	DISCENTE	Universidade de Brasília
40. PEDRO MARQUES FERREIRA	GESTOR	U. F. de Rondonópolis
41. PRISCILA MARIA ALVARES	GESTOR	UniEVANGÉLICA-Goiás
42. ROZANE LANDSKRON GONÇALVES	ABEM	ABEM
43. SAMUEL SOTERO LOURENÇO	DISCENTE	UNICEPLAC
44. SANDRO SCHREIBER DE OLIVEIRA	ABEM	ABEM
45. SILVIA FRUET	OPAS	OPAS
46. TÂNIA TORRES ROSA	DOCENTE	UCB
47. THALIS LIMA LUCIO	DISCENTE	UniEVANGÉLICA-Goiás
48. THIAGO FIGUEIREDO DE CASTRO	DOCENTE	REGIONAL CO - UNB
49. UBIRAJARA PICAÑÇO	DOCENTE	REGIONAL CO - CEUB
50. VALDES ROBERTO BOLLELA	PROJETO	ABEM
51. VITÓRIA ALVES CAETANO	DISCENTE	REGIONAL CO - UNB



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO