



Formação Médica
para o Brasil

onde estamos e
para onde vamos?

Um olhar comprometido
com a responsabilidade
social no século XXI



Relatório Oficina Regional NORDESTE I

4ª Oficina Regional – Salvador
RELATORIA - PLENÁRIAS e
TRABALHO EM GRUPOS



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



Relatório Oficina Regional

NORDESTE I

Projeto REVER

Formação Médica para o Brasil

4ª Oficina Regional – Salvador
30 e 31 de agosto de 2024

RELATORIA - PLENÁRIAS e TRABALHOS EM GRUPOS
(Congrega as escolas da Bahia, Alagoas e Sergipe)



Relatório Oficina Regional
NORDESTE I
4ª Oficina Regional Salvador

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.

66 p. : il.
ISBN - 978-65-86406-12-2
1. Educação na Saúde. 2. Administração em Saúde. 3. Saúde Pública.
I. Título.

Título para indexação:
Regional Workshop Report NORTHEAST I

Sumário

Objetivos	5
DIA 1 - 30/07/2024	
Atividade 1 - Mesa de Abertura.....	6
Atividade 2 - Apresentação do Projeto Formação Médica.....	7
Atividade 3 - Apresentação do Relatório da Oficina Nacional.....	7
Atividade 4 - Reconhecimento dos Participantes.....	7
Atividade 5 - Apresentação dos Objetivos da Oficina.....	8
Atividade 6 - Trabalho de Grupos.....	8
Atividade 7 - Síntese de Alinhamento do Processo de Construção Histórica.....	15
Atividade 8 - Trabalho em Grupo.....	17
Atividade 9 - Plenária para Elaboração da Síntese.....	33
Atividade 10 - Avaliação.....	38
DIA 2 – 31/07/2024	
Atividade 1 - Princípios de Avaliação de Programas Educacionais.....	39

Atividade 2 -	
World Café – Critérios de Qualidade.....	40
Atividade 3 -	
Plenária.....	51
Atividade 4 -	
Avaliação.....	58
Elementos de Percepção do Relator/Impressões.....	61
Registros Fotográficos.....	62
Lista de nomes dos participantes da	
Oficina Regional NORDESTE I	
4ª Oficina Regional Salvador.....	64



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 30 e 31/07/2024 e contou com 84 (oitenta e quatro) participantes entre docentes, discentes, gestores e representantes de entidades médicas.

Equipe Coordenadores: Marcelo Capilheira, Lorene Pinto e Lílina Santos

Equipe pedagógica: Rodrigo Silveira, Oscarina Ezequiel e Sylvia Batista

Equipe de Relatoria: Maria Doralice de Sousa e Lenira Ribeiro,

DIA 1 - 30/07/2024

ATIVIDADE 1 - MESA DE ABERTURA

Estevão Toffoli Rodrigues - Presidente ABEM Regional Nordeste 1

Lara Carolina Oliveira – Coordenadora discente Regional ABEM

Eline Ethel – Representante da SGTES/MS

Gisele Pires – Representante da SESU/ Ministério da Educação

Brenda Vieira Pinheiro – Conselho Diretor ABEM

Cristina Sette – Representante do CONASEMS

A atividade inicial de composição da mesa de abertura contou com a participação de representantes das instituições acima relacionadas, com breves palavras de boas-vindas, agradecimento aos participantes e valorização do momento de construção coletiva do debate sobre a Educação Médica e das parcerias da ABEM com os Ministérios da Saúde e Ministério

da Educação. Na ocasião foram ressaltados o caráter social da formação médica e a importância da discussão com vários atores sobre as novas necessidades para inclusão nas DCN.

ATIVIDADE 2 - APRESENTAÇÃO DO PROJETO FORMAÇÃO MÉDICA

Realizada apresentação do projeto Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social no século XXI, sua contextualização, objetivos, dimensionamento do número de profissionais médicos, com dados do estudo da demografia médica e os resultados esperados ao final do projeto e sua estrutura de governança. A seguir cita a metodologia adotada para a oficina, com os respectivos responsáveis pelas atividades. Relatando o processo de elaboração, com convites as representações, citando as entidades que se fizeram presentes nas oficinas já realizadas e as que não puderam participar.

ATIVIDADE 3 - APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA OFICINA NACIONAL

Feita a explanação com justificativa para a realização das oficinas, recuperando o percurso até o momento, com a apresentação do relatório da Oficina de lançamento do projeto, que aconteceu em dezembro de 2023, em Brasília, com a participação de 123 pessoas, entre docentes, discentes, gestores, residentes, representantes de entidades ligadas a educação médica, Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Em seguida foi franqueada a palavra aos presentes para comentários, dúvidas e esclarecimentos.

ATIVIDADE 4 – RECONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES

Foi utilizada a ferramenta *Mentimeter*, para apresentação e caracterização dos participantes, identificando as pessoas que

estavam na oficina nacional de lançamento do projeto, qual a regional da ABEM de vinculação, se escola pública, privada ou entidade representativa da categoria gestor, educador ou educando, estado de origem e contribuição trazida para as atividades.

ATIVIDADE 5 – APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA

Em seguida foram apresentados o objetivo da oficina neste primeiro dia e as orientações sobre a atividade que seria realizada a partir daquele momento, que teve como objetivo identificar os conhecimentos prévios dos participantes sobre o processo de construção histórica das DCN

ATIVIDADE 6 – TRABALHO DE GRUPOS

Objetivo geral:

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

Estratégias didáticas:

- 1. O que sabemos sobre...**
- 2. World Café adaptado;**
- 3. Sistematização com flipchart;**
- 4. Apresentações dialogadas com PPT.**

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

O que sabemos sobre?

Mesa 1: LDB e o currículo mínimo com ênfase na construção das DCN;

Mesa 2: CINAEM com ênfase na construção das DCN;

Mesa 3: Processo de construção das DCN 2001;

Mesa 4: Processo de construção das DCN 2014;

Conforme metodologia proposta, em cada mesa foi colocada uma questão orientadora e estipulado o tempo de 10 (dez) minutos para discussão a partir dos conhecimentos prévios do grupo, e em seguida 05 (cinco) minutos para sistematização e registro escrito das participações do grupo em folha de ofício disponibilizada nas mesas. Após esse tempo, um representante de cada mesa se dirigiu à frente da sala e afixou a síntese escrita no *flipchart*. Foi solicitado pela coordenadora que o representante de cada grupo fizesse a leitura da síntese de outro grupo e, ao final, todos os participantes puderam participar com contribuições e esclarecimento de dúvidas sobre os produtos apresentados.

Produção dos grupos:

Sala Amarela

De forma geral os integrantes das quatro mesas demonstraram interesse na realização da atividade e após discussão e reflexão sobre o que foi apresentado. Em relação ao Currículo mínimo, os integrantes da mesa 4 contribuíram enfatizando que o foco inicialmente não era na formação do médico generalista e voltado para o SUS. A discussão contou com a participação de representantes discentes que falaram sobre o contexto histórico do golpe militar e reforma universitária que desenhava o modelo de médico que seria preciso para aquele momento histórico.

Sobre o CINAEM, foi colocado a duração de 10 (dez) anos e o trabalho coletivo com ABEM, Movimento estudantil, sendo uma construção que teve muitas divergências. A DCN de 2001 foi avaliada pelo grupo como uma mudança de paradigmas

e questionou-se também o tamanho do documento que em algum momento “se perdeu” e não foi colocado em prática. Para os integrantes da Mesa 2, significou um avanço para aqueles que vieram antes. Muito celebrada por todos, um primeiro movimento que serviu como exemplo para outras escolas.

Em relação as DCN 2014 o grupo ressaltou a valorização da Atenção Primária e perfil de médico generalista, destaque para as novas tecnologias, responsabilidade social e um momento de ruptura. Foi trazida a dificuldade de implementação em todo o país e a existência de polêmicas em torno do documento

Mesa 1: LDB e o currículo mínimo com ênfase na construção das DCN

Entendemos as DCN como norteadoras do perfil de egresso médico respeitando as variações de abordagem epidemiológica que o contexto político, socioeconômico, territorial e temporal impõe. A partir da lei de diretrizes e bases, situamos o currículo de uma escola médica dentro do caráter normativo e burocrático no ordenamento jurídico brasileiro. Diante disso, o currículo, enquanto produtora longitudinal do currículo mínimo, deve ser um instrumento que garante o que, ao final do curso, todo egresso deve saber e toda escola deve ter ensinado enquanto competências e habilidades (comunicação, saúde pública, humanização etc.).

Mesa 2 CINAEM com ênfase na construção das DCN

Pensar em qualidade de ensino e como essa qualidade pode ser avaliada

Uma comissão que avalie critérios objetivos e subjetivos para realizar avaliação

Observar a realidade de cada escola médica

As Diretrizes Curriculares Nacionais são de suma importância para a transformação e melhoria da educação médica.

A CINAEM permite reflexão. É um processo de avaliação da instituição e do processo pedagógico, avalia a gestão, discentes, docentes. Pode-se realizar um panorama, revelando o que se deve fazer e o que se pode realizar ajustes.

Na sua construção houve a presença de entidades como a ABEM e DENEM, que colocaram docentes e discentes em par de igualdade na sua avaliação.

Reflexão de como se deve trabalhar juntos.

Horizontalidade de discussão. Uma forma de escuta democrática. Avaliação de uma forma conjunta e respeitosa, avaliar bem em como melhorar.

Mesa 3 :Processo de construção das DCN 2001

As diretrizes curriculares nacionais se fazem presentes em todos os cursos, para que assista as universidades brasileiras para que possa ter uma qualidade de ensino.

Em 2001 houve uma ruptura, “currículo mínimo” e então começaram a ser implantadas as DCN, para que o médico tenha uma abordagem biopsicossocial.

A diretriz de 2001 então trouxe que o médico tivesse uma visão mais voltada para a visão humanizada do paciente

CINAEM, Comissão Interinstitucional de avaliação do ensino médio.

A preocupação do DCN é principalmente formar médicos generalistas para o SUS.

Modelo que estimulava a especialização precoce.

Saindo de grade curricular para matriz curricular.

O médico antes de 2001, tinha um currículo mínimo, o que levava para uma hiperespecialização precoce.

Mesa 4. Processo de construção das DCN 2014

Promover a valorização da APS e capacitação dos profissionais levando em consideração a regionalidade

Diretrizes mais voltadas para o SUS e a participação social

Valorização do Mais Médicos para solucionar os problemas da distribuição de médicos no país

Não sabemos como e quais grupos foram convidados a colaborar na formulação

Levar em consideração as diferenças regionais na formação médica

Crítica a uma formação fragmentada e voltada para as especialidades, e buscou-se a medicina generalista

É muito importante levar em conta a qualidade dos equipamentos e unidades de saúde para a formação médica

Voltar a formação para o SUS, que é o nosso sistema de saúde oficial e deve ser universal

O SUS como campo obrigatório de prática, com valorização da APS e a urgência e emergência, considerando as características regionais

Avaliação longitudinal dos estudantes

A determinação social dos processos de saúde e doença

Sala Azul

Mesa 1: LDB e o currículo mínimo antecedem as DCNs de 2001,

Regulando a carga horária e conteúdo para a formação médica.

Representam leis que traçam o ensino do país.

Carga horária mínima, -7.200h- igualdade de ensino, liberdade de cultura, pluralização de ideias, autonomia do PPC

DCN - Curricularização da extensão - CH

Currículo mínimo - conjunto de eixos que direcionam o discente
- que compõe a LDB

Mesa 2: CINAEM com ênfase na construção das DCN;

Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação

Projeto da década de 90 que culmina com a DCN de 2001

Capitaneada pela ABEM

Possui 04 eixos: formação docente, metodologias ativas, cenários de práticas, e avaliação

Mesa 3: Processo de construção das DCN 2001;

Resultado da Reforma Sanitária

Também de Alma Ata - Proposta de mudança de modelo

Questionamento do modelo hospitalocêntrico - Flexneriano

Influência da CNS de 1986 - Construção do SUS

CINAEM - formulação de propostas

Mesa 4: Processo de construção das DCN 2014;

Construída por especialistas

De forma precipitada

Sem participação ampla

Pouca representatividade

Importante para distribuição dos médicos no país através do “Mais médicos”

O grupo discutiu os temas em profundidade, demonstrando conhecimento com relação ao contexto histórico de implantação do SUS, inclusive relacionando as mudanças internas a discussões internacionais como a Declaração de Alma Ata, que segundo sinalizado, representou referência importante enquanto orientação para discussão do modelo de assistência que deveria ser priorizado no país. Apresentou importante crítica, para o contexto atual, quanto às condições de criação das DCN anteriores, não desconsiderando a importância da existência de legislação. Nesse sentido, repetidas vezes registraram a

necessidade de atualização e adotando postura acolhedora e respeitosa perante questionamentos e divergências.

Sala Verde

Mesa 1: LDB e o currículo mínimo com ênfase na construção das DCN;

LDB e o currículo mínimo antecede as DCNs de 2001

Não discutem competências

Não contemplam as competências de formas diversas

Mesa 2: CINAEM com ênfase na construção das DCN;

Ficou entendido como sendo um conselho/Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação e seria um grupo de membros, plural, composto por envolvidos na saúde e na educação médica que participa da construção das DCN incluindo as necessidades dos diversos atores e a população.

Mesa 3: Processo de construção das DCN 2001;

Inserção das metodologias ativas (PBL)

Falha da formação docente diante da atualização das práticas pedagógicas

Valorização do SUS, logo no início do curso

Ética médica aparece com mais evidência

Aborda mais aspectos relacionados à diversidade racial, ética

Práticas comunitárias desde o no início do curso

Influência no lançamento do 'Mais médicos'

Mesa 4: O que sabemos sobre Processo de construção das DCN 2014;

Construção rápida

Sem Tempo para o debate

Sem participação ampla

Determinação de cima para baixo

Aparecimento dos departamentos de saúde da família

Surgimento da formação mais ligada a saúde preventiva

Na fase de compartilhamento entre as mesas, os grupos aprofundaram na discussão com relação a necessidade das Diretrizes poderem refletir as demandas sociais. Sendo destacado pela coordenadora que as diretrizes, segundo orientação da LDB podem ser pactuadas e que uma vez pactuadas necessitam ser cumpridas. Também abordaram a falta de atualização docente nas práticas pedagógicas e a importância da legislação para a entrada das cotas nos cursos. Apresentaram importantes críticas, quanto às condições de criação das DCN anteriores, não desconsiderando a importância da existência de legislação. Durante o processo a coordenadora acolheu as observações incluindo as contribuições e oportunamente acrescentando informações estratégicas para a discussão.

ATIVIDADE 7 – SÍNTESE DE ALINHAMENTO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS DCNs

No início da tarde, os participantes em plenária, participaram de apresentação sistematizada dos tópicos trabalhados nos grupos pela manhã e com esclarecimento de dúvidas e contribuições e de exposição dialogada sobre o processo histórico de construção das DCN, marcos legais, contextualização seguidas de contribuições dos participantes conforme descrição a seguir: Sobre a CINAEM foi falado também em relação ao contexto sócio histórico e político e foi perguntado o que se sabe sobre. A plenária trouxe a parceria entre ABEM e movimento estudantil atuando para a construção, construção com lutas, embates sendo travados.

DCN 2001, fruto de trabalho coletivo CINAEM, ABEM, Movimento estudantil numa construção com muitas divergências. Representou uma mudança de paradigmas. Algumas pessoas trouxeram o número de páginas de documentos e e outras pessoas ressaltaram que não é preciso um grande documento, mas um documento que traga as diretrizes. Para muitos foi uma grande conquista, pioneira e que serviu de exemplo para outras escolas, um documento norteador. Questionou-se como um documento de cinco páginas pode nortear o ensino médico no Brasil. Docentes presentes falaram sobre suas experiências e defenderam que o documento pode ser potente e trazer as diretrizes, apesar de apenas cinco páginas. Outras pessoas defendem a DCN 2001 como algo importante no momento de sua criação com muita celebração por ser um documento norteador e exemplo para as outras universidades. As escolas não entenderam o papel das DCN e para alguns bastava alterar nomes de disciplinas, quando na verdade consistiu em algo que foi pensado e que poderia levar às escolas a se desenvolver a partir delas. Sobre as DCN 2014, falou-se sobre a valorização da atenção primária, perfil de médico generalista, urgências e emergências, valorização das características regionais, novas tecnologias, responsabilidade social, atendendo ao que era percebido como problema naquele momento e contexto. Ponto de avanço, implementação com algumas polêmicas, trazendo dificuldades em implementar, apesar de se entender que é muito melhor do que o que se tinha antes. Está além do ensino. Polêmicas em relação a implementação com situações que estão sem resolver até hoje. Por dificuldade com a praticidade. Metodologias ativas vista como uma dificuldade de implementação nas escolas públicas, segundo o grupo. As DCN 2014 chegam com o Mais Médicos e grande debate nacional sobre a vinda dos médicos; Inserção do termo Determinação Social do processo saúde-doença (conceito não ensinado nas escolas médicas). Necessário se pensar o quanto se trabalha na prevenção e promoção da saúde. O quanto já se avançou neste objetivo. Sem saber como fazer avaliação. Todo debate se deu em relação à vinda dos médicos e não em relação ao que iria acontecer com a educação médica, do ponto de vista da população em geral. Impasse entre o que está escrito nas DCN e o que se aprende na escola. Foi trazido uma produção de Eugenio Villaça Mendes sobre o processo de mudança e suas

fases, arcabouço legal, arcabouço operacional, em comparação às DCN 2001 e 2014 como momentos complementares. Citado também estudos de Jairnilson Paim e Carmen Teixeira sobre o ensino da medicina sobre os diferentes momentos de mudança no arcabouço legal e operacional, e o desenvolvimento docente. Quem é o docente? Por que ele está neste lugar? E as condições oferecidas para colocar em prática o que é proposto nas DCN. Comparando as DCN 2001 e 2014, a plenária relata um avanço nas diretrizes e pensando na discussão atual para revisão das DCN.

Em seguida foi explicada a metodologia do Café Mundial adaptado, que seria a próxima atividade (8) a ser desenvolvida pelo grupo, dividido em subgrupos com mediação da equipe pedagógica nas salas.

ATIVIDADE 8 – TRABALHO EM GRUPO (contribuições para revisão das DCN)

A atividade de world café adaptado foi realizada no período da tarde e os participantes foram distribuídos novamente em três salas (Verde, Amarela e Azul) e quatro mesas em cada sala, que trabalharam com uma questão orientadora para cada mesa. Houve uma redistribuição das pessoas nas salas para garantir um número suficiente para implementação da metodologia do Café Mundial adaptado. Nesta atividade, em cada mesa é escolhido um coordenador e um relator que, de acordo com a metodologia, permanecem na mesa enquanto os demais participantes (viajantes) mudam de mesa e contribuem com as discussões dos outros temas. Os grupos trabalharam com uma questão orientadora para cada mesa, buscando discutir as Diretrizes Curriculares de 2014, quanto a:

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

PRODUÇÃO DOS GRUPOS

Sala Azul

Mesa 1: O que TEM e precisa SER MANTIDO - DCN 2014

Capítulo I- Art. 3º: perfil do egresso.

Capítulo I- Art. 4º: Atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde.

Capítulo II- Art. 12º A ação-chave Identificação de Necessidades de Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores.

Capítulo II- Art. 13º A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores.

Toda a Subseção II do capítulo II - Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva.

Art. 20. A ação-chave Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e

Coletiva comporta os seguintes desempenhos.

Art. 21. A ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento comporta os seguintes desempenhos.

Art. 22. A ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos comporta os seguintes desempenhos

Art. 34. O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que engloba estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação

da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Em resumo foi decidido manter todos os três capítulos contemplados nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina

Mesa 2: O que TEM e precisa SER APRIMORADO

- Na seção III, parágrafo II, a proposta de melhoria no conceito dos profissionais do SUS que serão preceptores, pelo fato de não haver uma capacitação/atualização especificamente para o acolhimento, ainda que sejam capacitados tecnicamente. “a partir da mediação dos professores e profissionais do sus, devidamente capacitados e atualizados para a formação médica pelas IES, desde o primeiro ano do curso” ou melhor ainda, que as IES tenham suas próprias unidades de saúde, dentro do sus, distribuídas pelos territórios
- Na seção II, da gestão em saúde “ trazer artigos que se aproximem da realidade do discente”
- Na seção I, art 5 atenção à saúde “o estudante será formado considerando as necessidades individuais específicas da população LGBTQIA+”.
- Capítulo III, art 29, item vi, incluir “ serviços dedicados a populações específicas (LGBTQIA+, indígena, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, entre outras), dadas as realidades geográficas específicas
- Capítulo II, substituir áreas de competência por domínios de competência, sendo que, por exemplo, “liderança”, não específico a um tópico apenas, mas algo que possa ser empregado tanto na atenção, quanto na gestão e educação.

Mesa 3: O que TEM e precisa SER RETIRADO

Ainda não foram alcançadas todas as competências das DCN de 2014, Como Por Exemplo A Transversalidade, Interdisciplinaridade.

Isso Torna Difícil De Se Retirar Parte Do Texto Que Ainda Não Se Foi Alcançado.

DIVERGÊNCIAS:

Art. 24, § 7º: “ O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.” (FICOU COMO UMA SUGESTÃO PARA SER NA RODADA DO QUE DEVE SER APRIMORADO).

Art. 37. Os programas de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A determinação do caput é meta a ser implantada, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018. (FICOU COMO UMA SUGESTÃO PARA SER NA RODADA DO QUE DEVE SER APRIMORADO).

1) O QUE TEM

Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução.

2) O QUE PRECISA SER RETIRADO

Prazo de 2 (dois) anos.

3) O QUE TEM

Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de

2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução. § 1º A avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo sua realização de âmbito nacional.

§ 2º A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino.

4) O QUE PRECISA SER RETIRADO

§ 2º A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino.

OUTRAS PARTES QUE DEVEM SER RETIRADAS INTEGRALMENTE:

Art. 38. Nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 39. Os cursos de Medicina em funcionamento terão o prazo de 1 (um) ano a partir da data de publicação desta Resolução para aplicação de suas determinações às turmas abertas após o início da sua vigência.

PARTE QUE DEVE FICAR, MAS PARA SER APRIMORADA PARCIALMENTE:

Art. 40. Os estudantes de graduação em Medicina matriculados antes da vigência desta Resolução têm o direito de concluir seu curso com base nas diretrizes anteriores, podendo optar pelas novas diretrizes, em acordo com suas respectivas instituições, e, neste caso, garantindo-se as adaptações necessárias aos princípios das novas diretrizes.

ART. 7- VII - dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina

conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil.

Mesa 4: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO

- Competências em comum nas áreas de saúde
 - Curricularização da extensão
 - EPAs
- Saúde digital (telemedicina, realidade virtual, IA)
- Manejo de doenças emergentes, pandemia
- LGPD
 - Letramento para conhecer e cuidar de maneira efetiva das demandas específicas da população e das comunidades do território:
 - Linha de cuidado integrando a APS a emergência
 - Educação Popular em saúde e educação permanente
- Valorização dos saberes ancestrais:
 - Saúde planetária:
 - Programa de avaliação institucional estudantil – métodos avaliação (conhecimento, habilidades e atitudes):
 - Uso da inteligência artificial:
 - Capacitação Docente Permanente
 - Capacitação dos profissionais do SUS para o ensino.
 - Regulamentação do acesso aos estabelecimentos de saúde do SUS pelas IES pública e privada.

Na discussão os grupos ressaltaram a dificuldade de retirada total dos conteúdos existentes e que os trechos a serem retirados se voltaram principalmente para exclusão de orientações para períodos já caducados na atualidade.

Um tópico intensamente questionado foi o domínio da língua estrangeira e a não priorização da Língua

Sala Amarela

Mesa 1: O que TEM e precisa SER MANTIDO

A conversa se inicia com a leitura dinâmica das DCN, e o primeiro grupo acredita ser unânime a importância e um dos maiores ganhos dessa DNC o artigo 5º, necessário de ser mantido;

Na seção II, a metodologia se segue na mesma dinâmica com unanimidade sobre a importância e necessidade de manutenção dessa sessão nas próximas DCN;

Houve discussão sobre os objetivos e formas de se tornar realidade o que é dito na seção III, do art. 7º sobre compromisso com a formação de novos profissionais. Algumas pessoas acreditam que essa corresponsabilização do graduando nesse nível de formação talvez não seja adequada, tendo em vista o caráter de estar em formação ele mesmo. Outras pessoas acreditam que parte da formação do profissional deva passar por aprender a ensinar – tanto para a autonomia quanto para a continuidade do processo de educação médica.

No capítulo 2, art.8º não houve discussão sobre modificação, havendo consenso em se manter o texto tal como está redigido. A discussão se aprofunda sobre como o que tem escrito nessa sessão é algo que se parece muito distante apesar de redigido em 2014. Há 10 anos. E que é muito importante defender que o que ali está escrito saia do papel de fato.

O segundo grupo discute sobre a manutenção de uma visão humanística, generalista, crítica e reflexiva, para servir, principalmente eticamente. Desenvolvimento de habilidades de comunicação, educação baseada em competências e integração teórico-prático, interdisciplinaridade.

O maior ponto de tensionamentos foi ao artigo 14, onde foi questionado sobre a necessidade de um texto com tanto detalhamento sobre necessidades em saúde coletiva.

O grupo três discute sobre a importância de se dominar uma língua estrangeira, principalmente de preferência língua franca. Tal pensamento, expresso no parágrafo VII, trouxe a discussão sobre o quão de fato é importante ter descrito enquanto participante do documento.

Sobre o restante do documento não há discussões sobre discordâncias no que deve ser mantido. Todo o resto do documento, dentro do grupo, é de comum acordo que deva ser mantido. As questões relacionadas à transversalidade, equidade e Interprofissionalidade.

O grupo também prefere seguir a discussão de forma que discuta o que não é consenso, entendendo importante tudo que está descrito na DCN. O ponto crítico é o ponto e) do capítulo 2, art. 12, que fala sobre possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.

No que precisa ser mantido, é consenso a importância do que fala sobre atenção primária e urgência/emergência, principalmente.

Mesa 2: O que TEM e precisa SER APRIMORADO

APRIMORAR objetivos e indicadores específicos do currículo (forma e passos que devem ser implementados para aplicar tal mudança).

APRIMORAR facilitar as informações presentes na DCN;

APRIMORAR a ênfase nas grades curriculares principais (amplo domínio da atenção primária e emergência);

APRIMORAR as informações (deixar claro) o que é importante saber ao formar um médico (parto, IOT...);

APRIMORAR conhecimento na epidemiologia (Ler dados epidemiológicos);

APRIMORAR o processo regulatório de uma instituição, visando facilitar o órgão regulatório;

APRIMORAR as disciplinas obrigatórias (Libras?);

APRIMORAR definições de termos da DCN, a partir da criação

de glossário; (ex.: metodologia ativa);

APRIMORAR importância da língua estrangeira;

APRIMORAR a informações da DCN, a fim de deixá-la mais clara (ARTIGO 7 ARTIGO 3);

APRIMORAR a autonomia do discente a partir da DCNs;

APRIMORAR a definição de flexibilização curricular (HOUE CONTROVÉRSIAS);

APRIMORAR as competências obrigatórias a um aluno;

APRIMORAR o texto redigido da DCN para torná-lo mais palatável.

APRIMORAR (cap.3.7) a carga horária de estágio externo, desde que tenha uma rede de saúde na região mesmo que interestadual, exceto naquelas IES que seja;

APRIMORAR a importância em atenção em saúde;

Mesa 3: O que TEM e precisa SER RETIRADO

CONVERGÊNCIAS:

AINDA NÃO SE FOI ALCANÇADO TODAS AS COMPETÊNCIAS DAS DCN De 2014, Como Por Exemplo A Transversalidade, Interdisciplinaridade.

Isso Torna Difícil De Se Retirar Parte Do Texto Que Ainda Não Se Foi Alcançado.

DIVERGÊNCIAS:

Art. 24, § 7º: “ O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional. ” **(FICOU COMO UMA SUGESTÃO PARA SER NA**

RODADA DO QUE DEVE SER APRIMORADO).

Art. 37. Os programas de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A determinação do caput é a meta a ser implantada, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018. **(FICOU COMO UMA SUGESTÃO PARA SER NA RODADA DO QUE DEVE SER APRIMORADO).**

1) O QUE TEM

Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução.

2) O QUE PRECISA SER RETIRADO

Prazo de 2 (dois) anos.

3) O QUE TEM

Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução. § 1º A avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo sua realização de âmbito nacional.

§ 2º A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino.

4) O QUE PRECISA SER RETIRADO

§ 2º A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino.

OUTRAS PARTES QUE DEVEM SER RETIRADAS INTEGRALMENTE:

Art. 38. Nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 39. Os cursos de Medicina em funcionamento terão o prazo de 1 (um) ano a partir da data de publicação desta Resolução para aplicação de suas determinações às turmas abertas após o início da sua vigência.

PARTE QUE DEVE FICAR, MAS PARA SER APRIMORADA PARCIALMENTE:

Art. 40. Os estudantes de graduação em Medicina matriculados antes da vigência desta Resolução têm o direito de concluir seu curso com base nas diretrizes anteriores, podendo optar pelas novas diretrizes, em acordo com suas respectivas instituições, e, neste caso, garantindo-se as adaptações necessárias aos princípios das novas diretrizes.

ART. 7- VII - dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil.

CONVERGÊNCIAS:

O grupo concordou parcialmente com as considerações anteriores da rodada anterior.

DIVERGÊNCIAS:

As principais discordâncias foram no artigo 37, que trata da residência médica. A discussão foi pautada em que todo estudante egresso de medicina deve ter uma vaga disponível

de residência médica, para os que quiserem, mas essa escolha deve ser feita de acordo com as demandas de cada estado para cada especialidade.

O QUE TEM:

O que precisa ser retirado?

CONVERGÊNCIAS:

Houve concordância parcial

Melhorar a redação/dissertação, sugerindo a criação de anexo com linguagem normativa. Sugere-se que a dcn seja bastante clara e detalhada, o que, quem, onde, como fazer?

DIVERGÊNCIAS:

O QUE TEM:

O que precisa ser retirado?

Uma das pessoas do grupo fez uma reflexão geral das dcn, opinando que poderia ser retirado aulas expositivas tradicionais em excesso, conteúdos desatualizados, carga horária excessiva.

Mesa 4: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO

Telemedicina e medicina digital

Formação em saúde digital

Curricularização da extensão e contabilização de carga horária em saúde, sem leviandades para fechar carga horária

Atenção à inovações tecnológicas

Global health e saúde única

Mentoria de carreira e gestão

Humanidades médicas e saúde mental

Interiorização

Estratégias de permanência estudantil e equidade (presença de apoio ao discente formado por comissão)

Formação docente e preceptor permanente

Políticas de egressos

Letramento (abordagem centrada na pessoa)

Libras e língua estrangeira (discussão sobre validade de aplicação de língua estrangeira)

COAPES para regularizar

Peso maior a atuação à saúde comparado a gestão e educação

Percentual mínimo de formação em medicina generalizada, definindo o que é prioridade e local prático para tais

Obrigatoriedade de áreas verdes (momentos sem atividade)

Glossário de termos

Longitudinalidade e linhas de cuidado

Obrigatoriedades de abordagem em políticas de saúde de minorias

SALA VERDE

Mesa 1: O QUE TEM E DEVE SER MANTIDO

Manutenção da definição do conceito de determinação social do processo saúde doença

Mantemos estrutura a divisão em grandes áreas de atuação.

Manutenção das metodologias ativas enquanto norteadoras.

Manutenção da importância do aprendizado na Atenção primária

Manutenção de pelo menos 30% no internato na atuação em AP e Emergência (art 24 linha 3)

Manutenção da flexibilidade curricular com ênfase na autonomia do aluno.

Manutenção da importância do aprendizado voltado a direitos humanos, populações vulnerabilizadas, de forma **transversal e longitudinal** no currículo. (Art. 23 item 7)

2º grupo

Manutenção das metodologias ativas enquanto norteadoras, desde que proporcionem acompanhamento adequado do corpo pedagógico. * É preciso entender que o corpo docente tem muita dificuldade na implantação dessas metodologias já que demandam mais “esforço”, sendo necessário capacitação permanente em

Foco no médico generalista.

Manutenção de tempo de internato em 2 anos

Manutenção da avaliação formativa e longitudinal do estudante.

Manutenção da atenção à saúde coletiva e individual.

Manutenção dos 70% no internato de tempo nas áreas de (GO, Ped, Cirurgia, Saúde coletiva e clínica médica... ** Divergência entre grupos sobre o total de 70% devendo ser garantido um mínimo de cada grande área.

3º Grupo

Cap. 1. Art. 7 parágrafo 4 seção 3 - Manutenção de aprendizado em ambientes controlados e protegidos

Debate sobre a caracterização sobre o que é ser um médico generalista**

Manter a importância da promoção e prevenção em saúde.

Manutenção da formação multiprofissional.

Manutenção da importância da comunicação verbal e não verbal.

Cap. 3 art 3 parágrafo 7 – Manutenção de Ensino de Libras.

4º Grupo

Definição das grandes áreas na porcentagem em que estarão no internato.

Manutenção do estudo de práticas culturais de matriz afro-indígena brasileira.

Preservação da biodiversidade com sustentabilidade

Manutenção Construção participativa do sistema de saúde.

Mesa 2: O QUE TEM E DEVE SER APRIMORADO

- Incorporar ao currículo obrigatório o ensino de libras;

- Porcentagem para a ps e urgência e emergência ser maior;
- Aprimorar o conceito de dapsd e sua aplicabilidade, incluindo os conceitos de educação planetária (ênfase na determinação social de saúde e processo saúde doença)
- Discutir educação e trabalho e saúde
- Aprimorar metodologias ativas e qualificar docentes para tal.
- Considerar com o uso das metodologias ativas o horário protegido de estudo, favorecendo a permanência estudantil.
- Aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores, profissionais e perspectivas do usuário do Sistema Único de Saúde Considerar a perspectiva do usuário

Mesa 3: O QUE TEM E DEVE SER RETIRADO – DCN 2014

A redundância da diretriz é um ponto bastante criticado

Preservação da biodiversidade com sustentabilidade na prática da medicina seria um dos pontos a ser retirado. Sobre este ponto foi utilizado o exemplo dos indígenas Artigo 5º, parágrafo 5.

No artigo VII da seção foi discutida a retirada por já constar em outro parágrafo.

O artigo VI, que fala sobre o trabalho em equipe, na seção 2, também foi discutida a redundância da diretriz.

A questão de tirar partes dos artigos, ao invés de retirar o parágrafo.

Não chegou a um consenso e foi sugerido para que “enxugasse”, ao invés de retirar

Foi discutida a proximidade, e houve discordância.

A carga horária foi discutida, mas chegou a um consenso, para não tirar.

Foi falado que não adianta tirar nada por quê precisaria de várias horas de trabalho.

Foi discutida a questão do “Mais médicos”.

De certa forma, o grupo não progrediu. E não chegou em nenhum ponto a ser excluído além de diminuir a redundância.

Mesa 4: O QUE NÃO TEM E PRECISA SER INCLUÍDO

Permanência estudantil nas faculdades; considerar a integração de estudantes com dificuldade de locomoção e outras deficiências no espaço acadêmico; promoção de políticas afirmativas de integração e **acesso** de estudantes

Deveres dos professores e preceptores no ensino e em relação ao estudante e sua formação, bem como avaliação dos mesmos nesse processo – capacitar professores e preceptores, sobretudo estes últimos, uma vez que parte dos preceptores não são capacitados pedagogicamente no processo de preceptoria, dificultando o acompanhamento do estudante – promover a educação e capacitação continuada dos professores

Enfrentamento às violências e assédios morais e físicos e mentais no espaço acadêmico; planos de ação e espaços institucionais implementados para este fim, bem como para o acompanhamento da saúde e bem-estar do estudante de medicina ao longo do curso

A formação política (ênfase na mercantilização da saúde,

trabalho e precarização do trabalho médico, saúde e trabalho) do estudante de medicina enquanto agente social e político na construção e fortalecimento do sus, enquanto estudante, bem como enquanto egresso.

Política de cotas e ação afirmativa nas residências médicas.

Curricularização do processo de pesquisa e análise científica, voltada à formação da habilidade de prática da medicina baseada em evidências, valorizando a individualidade do paciente e seus saberes populares

A Curricularização da formação de docentes e discentes no cuidado e assistência a pessoas lgbtqiapn+ e pcd

Na construção das próximas dcn, incluir a população além das universidades e enfatizar o controle social dentro da formulação de diretrizes

Uso racional e direcionado das tecnologias de inteligência artificial na prática e ensino médico

ATIVIDADE 9 - PLENÁRIA PARA ELABORAÇÃO DA SÍNTESE

Após realização de sorteios, os relatores e/ coordenadores das mesas das três salas (Verde, Amarela e Azul), em ordem definidas por sorteio, apresentaram brevemente os produtos que foram descritos nos flipcharts e foi aberta a discussão na plenária, com sugestões, comentários e contribuições sobre cada tema abordado.

Sorteio 1.

Mesa 2: Sala Amarela: O que tem e precisa ser aprimorado nas DCN 2014

Aumento de carga horário da atenção primária à saúde e urgências e emergências no internato (atualmente com 30%). Aprimorar a aplicabilidade do conceito de determinação social do processo saúde-doença, ampliando as questões ambientais. Tornar obrigatório o ensino de libras (fala apenas em ser abordado). Disponibilizar espaço para estudantes estudarem e descansarem. Aprender com o paciente a lidar com a saúde e a doença dele. Os integrantes da mesa 2 das demais salas foram convidados a contribuir com a apresentação e alguns itens foram complementados: instigar os alunos a participar na redução do analfabetismo em saúde, através de estratégias de reduzir as doenças, aumentando a prevenção e foi citada a vacina contra o câncer (HPV) e a população não tem essa informação.

Mesa 2 da sala verde complementa com a discussão sobre a formação voltada para populações vulnerabilizadas, abordada de forma muito geral nas DCN 2014.

Educação continuada na prática deve ter como força motriz o usuário. Formar o estudante com essa percepção vai depender de suas vivências. Mesa 2 sala azul contribuiu sugerindo que o texto precisa ser mais conciso para ajudar na interpretação. Tirar algumas coisas, e foi citado a língua estrangeira, e discutido o ensino de libras, deveria ser sucinta e trazer um glossário.

Foi abordada a correlação entre trechos do texto, sobre aumento de carga horária e dificuldade em relação ao número de estudantes e escassez de campos de prática. O Ensino de Libras também requer aumento de carga horária, precisando ser transversal ao curso para assegurar a formação do profissional que será feita de forma inclusiva para usuários das minorias invisibilizadas.

Sorteio 2

Mesa 1: sala verde O QUE TEM E DEVE SER MANTIDO – DCN 2014

O grupo chegou à conclusão que deveria manter tudo, com ampliações. Precisa ter uma descrição do perfil do egresso. Sub-seção das áreas de competências, deveria melhor redigida. Sobre a atenção à saúde, manter e dar ênfase a alguns tópicos, como linguagem compreensível, esclarecimento e consentimento para exames físicos e cultura ética. Elaboração de planejamento terapêutico. Sub seção 2 manter na íntegra e em relação às competências na gestão em saúde, acrescentar a gestão individual do médico sobre seu trabalho e a gestão de pessoas. “Se o artigo 34 for colocado em prática, toda a DCN dará certo”. A gestão em saúde foi trazida como item bastante discutido nos grupos. Foi trazida a importância da clareza do conceito saúde-doença como orientador do modelo de cuidado, complementou-se com a construção participativa do sistema de saúde, identificação de práticas culturais de matriz afro-brasileira e da preservação da biodiversidade. Enfoque na formação médica generalista e não em grandes especialidades. Subsidiar a criação de critérios e indicadores de evidências.

Sorteio 3.

Mesa 4: Sala Verde O QUE NÃO TEM E PRECISA SER INCLUÍDO – DCN 2014

Houve dificuldade em entender o que não tem e precisa ser incluído. Abordou-se a curricularização da extensão, entre itens importantes, doenças emergentes, linhas de cuidados não apenas na APS mas nas demais áreas, letramento de cuidado em demandas específicas. Educação popular em saúde e educação permanente com integração entre as profissões da área de saúde, inteligência artificial, capacitação docente permanente, principalmente para os profissionais que estão no serviço (preceptores). Disputa de campo de práticas entre escolas públicas e privadas.

Foi trazida a fala sobre a importância da permanência estudantil e o impacto na formação do estudante, garantia de acesso, formação política do estudante de medicina para ele se entender como agente social e político que busca o fortalecimento do SUS. O egresso pode ser percebido como agente político no cenário em que se insere. O texto é prolixo e deixa margem para interpretações subjetivas e por isso deveria ser acompanhado de um glossário, para evitar a interpretação singular, por exemplo em relação às metodologias ativas e segurança do paciente. Acrescentou-se fala sobre a capacitação dos docentes através de educação continuada para o conhecimento de novas ferramentas de ensino. O combate do assédio, violência e preconceitos no ambiente de ensino e a curricularização do ensino para promoção de ações voltadas para as populações vulnerabilizadas. A gestão em saúde foi citada com sugestão de atividades práticas e a necessidade de letramento em relação às diversidades, não apenas em disciplinas eletivas.

Foi falado de uma epidemia que surge em 2014 “fake medicina” sendo necessário um combate a essas fake news que afetam a educação médica e não deve ficar fora das DCN. Foi pontuado também a curricularização da extensão com atualidade e evitar excessos que podem trazer malefícios ao se tentar cumprir apenas o número de horas exigidas, e a necessidade do que não deve ser feito no ensino médico. Estar atento ao fato de que o médico a ser formado é o generalista.

Sorteio 4

Mesa 3: Sala Azul O QUE TEM E DEVE SER RETIRADO

Inicialmente não seria necessário retirar nada, após discussão se falou sobre o projeto pedagógico nos itens referentes às datas (cap. 33), havendo divergências no grupo em relação a tirar o texto ou apenas atualizar as datas.

Em relação aos programas de residência médica e acesso dos residentes, o grupo sugeriu que a informação tivesse legislação própria e não constasse nas DCN da graduação, não havendo consenso no grupo em relação ao que fazer. Retirar textos repetidos dificultando a interpretação e poderia estar em um

documento anexo. Foi falado também do percentual de tempo para estágios fora da unidade da federação onde se localiza a IES, podendo levar o estudante a fazer esses estágios em locais pouco qualificados. Quanto ao domínio de língua estrangeira, o grupo acha que não deveria ser utilizado o termo obrigatório, os viajantes que passaram pela mesa discordaram dessa opinião e não houve consenso na opinião.

Integrantes da mesa 3 das demais salas contribuíram com o debate ressaltando a dificuldade em opinar sobre o que tirar do documento das DCN, havendo consenso na necessidade de melhorar a redação do documento, de forma resumida. Quanto a incluir muita coisa, foi feita ponderação sobre se cumprir tudo o que se espera de um médico em função do que está nas diretrizes. “O que se precisa de valores?” “Que profissionais são esses que queremos formar?” e trouxe o exemplo citado anteriormente do paciente que foi entubado porque o profissional não dominava Libras, refletindo que se o profissional em questão fosse bem formado em urgência e emergência, não seria necessário dominar a linguagem de sinais para prestar um bom atendimento. Houve discordância da plateia em relação à fala e foi ressaltada a importância do domínio de ferramentas como o conhecimento de Libras, que viabilizem o acesso de todos os pacientes. Alguns concordaram com a necessidade de conhecimento de libras para assegurar a comunicação com os pacientes como garantia de acesso a um cuidado de qualidade. A oferta de Libras se dá de forma optativa e não obrigatória, isso leva a ser cursada apenas por uma parte dos estudantes.

A plenária trouxe a necessidade de cuidar da saúde mental dos estudantes e ficar atento aos excessos de conteúdos. O quanto esse currículo deve caber para desenvolver essas competências para a formação do médico? Estabelecer o mínimo necessário para cada grande área de conhecimento. A faculdade deve se furtar do debate político? “Devemos entender a faculdade de medicina enquanto formadora de uma elite política e econômica”. Um currículo gigante, enfadonho, e estudantes sem atenção à saúde mental. O ensino de Libras deveria ser feito de forma transversal e não apenas como uma disciplina optativa no início do curso.

Epidemiologia climática, guerras globais, possibilidade de

assistência em países vizinhos, permanência estudantil no internato, foram temas também trazidos na plenária, como itens necessários de contemplação nas DCN. APS e serviços de urgência e emergência, com qualidade na divisão de tempo e não apenas uma divisão matemática (temas discutidos na mesa 4).

As diretrizes norteiam diferentes realidades, em todas as universidades do país, e o mercado também norteia o currículo, e se faz preciso estabelecer pontos que o perfil profissional exige. As disciplinas de libras fazem uma sensibilização para o ensino de libras, mas não ensinam libras. O que está descrito nas diretrizes não são valores, são regras de convívios para o lidar com o outro.

O que precisa tirar das DCN é tirar as diretrizes do papel. A universidade tem a responsabilidade social é formar pessoas, rege todas as instituições e pode ser aplicada em outras realidades diferentes da minha. A saúde indígena é muito importante de ser debatida em algumas universidades, diferente de outras realidades. Não se trata de um documento prolixo e sim uma busca de abranger diferentes realidades. Não estudar apenas o que eu gosto, o professor também não pode ensinar apenas o que ele gosta.

ATIVIDADE 10 - AVALIAÇÃO

Ao final da atividade, utilizou-se a ferramenta *mentimeter* para avaliar o dia de trabalho, buscando entender como nos sentimos e trazer a percepção dos participantes através da construção de uma nuvem de palavras. Com prevalência das palavras participação, desafio, esperança, felicidade) Em seguida foi feito o encerramento e orientações para o segundo dia de oficina.

Ao final das atividades do primeiro dia foi realizada reunião com a equipe pedagógica para avaliação do dia e revisão das atividades programadas para o dia seguinte, onde foram discutidas possíveis estratégias para condução do grupo no sentido de promover a participação equânime de todos os presentes.

DIA 2 – 31/07/2024

ATIVIDADE 1 – PRINCÍPIOS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS EDUCACIONAIS

O objetivo do segundo dia de oficina foi refletir e discutir sobre, e explicitar critérios e indicadores de qualidade relevantes para a regulação das escolas médicas no Brasil. O acolhimento dos participantes foi feito com a nuvem de palavras construída ao final do primeiro dia de oficina, quando observou a importância de que em todo o processo de discussão seja possível cultivar a esperança e transitar entre o passado e o futuro para assim ser possível o deslocamento no sentido de vencer o desafio da estagnação. Em seguida, foram apresentados os objetivos do segundo dia da oficina e seguiu com uma explanação dialogada sobre os princípios de Avaliação de Programas Educacionais com foco na escola médica, trazendo conceitos básicos em avaliação de programas, ressaltando a avaliação como processo que não visa penalização e sim melhorias. Processo que também propõe a saída da compartimentalização para a cooperação, o envolvimento de todos os atores, além de definições claras sobre os objetivos do processo e assim abriu para a contribuição dos participantes, esclarecendo dúvidas sobre o tema. A plenária trouxe questões sobre a avaliação de estudantes e contribuiu refletindo sobre a necessidade de pensar a avaliação de acordo com o que projetamos inicialmente e a estrutura metodológica do processo pedagógico, também falou sobre a utilização de metodologias ativas e os diferentes aspectos de metodologias de avaliação: “o objetivo não deve ser apenas para comparar, como processo classificatório, diminuindo o esforço da avaliação”, é importante trazer objetividade. Outra questão trazida foi a ausência de avaliação dos docentes em relação à formação em educação e a importância de capacitar professores e tutores para trabalharem com as metodologias ativas: “ser docente não é apenas ser um médico que dá aula”.

ATIVIDADE 2 – WORLD CAFÉ – CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Em seguida os participantes foram orientados sobre a metodologia de trabalho proposta para essa etapa, O café mundial adaptado, mantendo os grupos do dia anterior em salas por cores e número de mesas , para trabalhar os temas:

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

PRODUÇÃO DOS GRUPOS

Sala Verde

O coordenador iniciou os trabalhos, acolhendo os participantes e recuperando as orientações para as atividades. Em seguida solicitou a identificação dos relatores e coordenadores para cada mesa, informando que permaneceriam nas mesas como anfitriões, pactuou o tempo para início e sentido para a rotação dos grupos, sinalizando a importância de foco na temática proposta para cada mesa, pelo fato de haver possibilidades para todos abordarem os temas durante a circulação nos grupos. Solicitou registros das atividades pelo coordenador na folha para apresentação e pelo coordenador no Word para incorporação no relatório. Em seguida orientou para que estabelecessem diálogo sobre os temas propostos.

Mesa 1: Eixo responsabilidade social

Critérios de avaliação – avaliação da responsabilidade social da educação médica:

Quais os critérios de qualidade da educação médica que o grupo considera essenciais para avaliar?

Identificação de demandas da comunidade deve ser valorizado em relação a pesquisas, de forma que a consequência tenha impacto direto e indireto na comunidade em si

Pontuar instituições que comprovem comunicação entre a universidade e a comunidade

Pontuação adicional com base na efetiva aplicação da conclusão da pesquisa na comunidade para averiguar a qualidade da pesquisa, por estarem em ligação com a responsabilidade social

Montagem de um currículo com base na inserção da comunidade, quais as doenças mais prevalentes, as necessidades dos DSPSD

A permanência com qualidade do aluno é evidentemente dificultada para alguns alunos, sendo assim, a existência de uma política institucional para garantir desde a entrada até a conclusão, até pela forma de bolsa institucional por exemplo para alunos PROUNI, ou a isenção de mensalidade em IES particulares para alunos que comprovem vulnerabilidade socioeconômica. Alimentação e deslocamento também estariam inseridos nessas necessidades. Arelados ao retorno do aluno, que se dedica. Sendo assim, pontuará uma IES que apresenta uma política de inserção e acompanhamento com suporte em várias instâncias, ao aluno de maior vulnerabilidade.

Pontuará uma IES que apresentar um mecanismo institucional de manutenção da saúde mental do corpo docente-discente-técnicos administrativos, com intuito de preservar a qualidade do serviço.

Pontuará a IES que apresentar bolsas de estudo para projetos de extensão e monitoria, com forma a garantir a continuidade do empenho do discente e a qualidade do serviço prestado à comunidade

As ações em comunidade devem ter, como norte sempre, um retorno com base na ouvidoria dos próprios beneficiados,

com longitudinalidade para pontuar, em relação a IES que não possuem esse feedback

Pontuará a instituição que apresenta na missão a responsabilização social como um dos seus pilares

Pontuará a IES que apresente políticas de inclusão em ações afirmativas para diversificar tanto o corpo discente quanto o corpo docente

Pontuará a instituição conforme a quantidade de projetos de extensão que ela oferecer

Pontuará a IES que apresentar, desde o primeiro semestre, a inserção do estudante na APS, tanto como forma de educação em saúde, mas também na atenção individual a saúde da população.

Avaliar o preparo em educação em saúde do estudante desde o primeiro ano do curso

Extensão das contrapartidas financeiras e estruturais para as universidades particulares, na medida do que ocorre com os IES mais médicos

Pontuará a instituição que apresenta discentes previamente residentes localizados originariamente no local do campus da instituição, como em acréscimos de nota no processo seletivo, de forma a fortalecer a possibilidade de manutenção do corpo médico de egressos no local de capacitação ao longo da graduação

Mesa 2: Eixo cenários de práticas/integração ensino serviço

Desenvolvimento de ética médica e responsabilidade legal

Entendimento do papel do médico no serviço

Comunicação, exercício da humanização, no atendimento e profissional e capacidade técnica

Diversidades de cenários

Ambientes que permitam o desenvolvimento da atenção, gestão, e educação em saúde

Ambientes que permitam o conhecimento da realidade do território

Contextualização dos conteúdos na prática

Exista proporção entre n de alunos e professores

Evidência de implementação do COAPS

Reconfiguração das etapas de aprendizagem

Inclusão do estudante nos anos iniciais

Foco na prevenção e promoção

Avaliar os benefícios da inserção para a IES,

Avaliar as ferramentas utilizadas e sua coerência com os objetivos de ensino aprendizagem no cenário escolhido

Treinamento da equipe multi(inter) no serviço

Mesa 3: EIXO CUIDADO COM O DISCENTE

Infraestrutura das instituições de ensino superior e locais de estágio relacionada à acessibilidade dos discentes, docentes e usuários dos serviços da universidade;

Análise do acesso a políticas que cuidem da saúde mental, com ênfase nas populações vulnerabilizadas;

Atenção voltada a pessoas com neuro divergências;

Incentivos a programas de monitorias, contemplando capacitação pedagógica para ser monitor da disciplina;

Respeito da matriz curricular em relação aos horários de estudo (área verde);

Possuir núcleo de assistência psicopedagógica (NAP) instalado e atuante (avalição das ferramentas para prevenção e suporte da violência à discente intra e extra instituição);

Políticas de assistência estudantil para permanência (restaurante universitário, residência estudantil, auxílio financeiro, serviços médicos, transporte etc) com qualidade durante a graduação;

Políticas de permanência voltadas a alunos cotistas e bolsistas, bem como aos internos;

Evidências de implementação de políticas de acolhimento/pertencimento de populações vulnerabilizadas.

Mesa 4: INTERNATO

- Duração de no mínimo 24 meses
- Estabelecer método avaliativo estruturado e feedback 360 graus (discente, docente e usuário)
 - Garantindo a não violência Institucional
 - Preceptores capacitados e vinculados às instituições
 - Garantir acompanhamento
 - Programa de formação
- Garantir permanência para Internato rural
- Concorda com o vínculo do preceptor
- Efetivar o conteúdo teórico no Internato, conforme as DCNs
- Consolidar a integração multidisciplinar do estudante de medicina
- Controlar uma quantidade adequada de internos nos campos de prática, fortalecendo através do COAPES
- Avaliar critérios para o rodízio eletivo no Internato
- Avaliar os critérios de regulamentação da lei do Estágio (Lei 11788)
- Vínculo de preceptoria via incentivo à Pós-Graduação, Mestrado...
- Criar políticas internas para garantir recursos para o deslocamento no Estágio Rural

Sala VERDE

Mesa 1: Eixo infraestrutura

O grupo inicia a discussão tentando entrar em consenso sobre como dividir o que se divide essa infraestrutura. Decide-se por dividir em ensino e aprendizagem intrainstitucional, assistência à comunidade acadêmica, e assistência aos usuários dos serviços.

O segundo grupo inicia a discussão trazendo que um dos critérios essenciais para avaliação seria a resolutividade no processo saúde-doença do paciente. Outro ponto levantado é que as pactuações precisam ser muito bem-feitas para que essa resolutividade seja executada. A discussão se encaminha por um percurso em relação à campos de prática e suas estruturas. O foco na mesa foi pensar na assistência à comunidade acadêmica.

Ensino e aprendizagem:	Assistência à comunidade acadêmica:	Assistência aos usuários dos serviços:
- Salas de aula equipada voltada para a metodologia;	- Salas de convivência com capacidade adequada de alunos;	- Espaços de atendimento adequado (proporção discente/docente adequado, com preceptoria ombro a ombro) em todos os níveis de atenção;
- Laboratório de simulação/habilidades;	- Copa equipada, refeitório gratuito;	- Serviço com estrutura resolutivo e abarcando estudantes;
- Biblioteca atualizada com salas de estudo individual e coletiva;	- Espaços individuais para diretórios acadêmicos;	- Inserção majoritária no SUS;

- Centro de simulação realística;	- Acessibilidade para pessoas com deficiência, neurodivergência, comunicação, priorização das escolhas nesses espaços;	- Avaliação da COAPES na relação da instituição com o serviço.
- Acesso a ferramentas tecnológicas, incluindo biblioteca virtual;	- Garantir que os espaços de prática de estudante tenham espaços de descanso para esses;	- Essencial avaliar a proximidade da instituição com os campos de prática que ele oferece aos graduandos;
- Material adequado para estudo de anatomia e histologia;	- Incentivo a práticas de esportes, atividades culturais;	- Ter um hospital de ensino vinculado;
	- Banheiros com chuveiros, espaços para descompressões, salas para descanso;	
	- Restaurante universitário e moradia estudantil;	
	- Seguro de saúde para todos os alunos;	

Mesa 2: Eixo projeto pedagógico/orientação curricular

- Curricularização da extensão;
- Adesão às DCN;

- Conteúdos curriculares;
- Projeto customizado regionalizado (Abordar particularidades de cada região para disciplinas curriculares);
- Referência ao COAPES;
- Flexibilização curricular – autonomia;
- Para cada item do instrumento de avaliação utilizar o método postulado de coerência (coerência entre método, propósito e avaliação);
- Presença de área verde;
- Descrição dos métodos de avaliação;
- Processo avaliativo;
- Descrição do processo de formação do docente permanente;
- Participação estudantil (Ex: DA);
- Descrição do processo de formação do preceptor permanente;
- Estágio rural (Houve controvérsias);
- Oportunidades interdisciplinar;
- Segurança do paciente / Cuidados paliativos;
- Ética médica permanente;
- Descrição e diversidade dos métodos de avaliação;
- Avaliação 360 (paciente, professor e aluno);
- Promoção da interdisciplinaridade curricular;
- Noções da carreira médica e profissionalidade (papel social);
- Papel social com ênfase para o SUS;

- Critérios de competências;
- Estratégia para entender estrutura do SUS;
- Obrigatoriedade de adesão do TPI;
- Processo formativo;
- Currículo baseado em competências;
- Campo de prática na rede.
- COAPES – Integração do serviço;
- Perfil do egresso;
- Níveis de avaliação gradativa e permanente;
- Indicadores de impactação – PPC;
- Incentivo a participação de movimentos estudantis.

Mesa 3: Eixo corpo docente

CONVERGÊNCIAS

Houve uma explicação sobre considerar a diferença entre faculdades antigas e novas.

DIVERGÊNCIAS

Houve extensa discussão na função de docentes e preceptores, principalmente porque algumas faculdades têm hospitais universitários e outras não.

CRITÉRIOS PARA CORPO DOCENTE:

- Produção científica

Índice de satisfação do estudante

- Visão multidisciplinar
- Rotinas operacionais: Assiduidade, pontualidade, lançamento de nota

- Formação pedagógica ou titulação (mestrado, doutorado), didática
- Participação em programas de educação permanente
- Participação em eventos de extensão e pesquisa
- Participação em órgãos deliberativos (Colegiado, NDE)
- Planejamento pedagógico
- Proporcionalidade entre professores e preceptores para as atividades prevista

Proporção de titulação por módulo

- Carga horária
- Tempo de experiência profissional
- Formação em educação médica
- Agilidade em formular plano de ensino
- Participação em órgãos de gestão acadêmica (coordenação de módulos ou disciplinas)

Presença de uma rede de cuidado com o docente?

- Avaliação dos componentes da CPA?
- Qualidade do bem-estar, como por exemplo a saúde mental dos docentes
- Conduta ética

Existência de Critérios de admissão

- Participação em plano de desenvolvimento docente
- Uso de metodologias ativas
- Experiência em uso de tecnologias de informação

CRITÉRIOS PARA PRECEPTORES:

- Utilização de medicina baseada em evidências

- Atualizações nas melhores e recentes evidências possíveis
- Presença em campo de estágio
- Proporcionalidade entre professores e preceptores para as atividades prevista

Boa relação preceptor-aluno

- Disponibilidade e tempo em ensinar
- Conduta ética

Mesa 4: Eixo avaliação do estudante

Necessidade de apontar claramente os critérios finais a serem conquistados durante a matéria (habilidades e competências), de forma qualitativa

Feedback contínuo durante o período para avaliar o que foi conquistado e necessidade de mudança, com validação de órgão representativo estudantil para dar voz e anonimato

Avaliação pontual, processual formativa e atitudinal, além teste de progresso

Avaliação integrada e interdisciplinar, de qualidade

Diversificação do método avaliativo, no entanto observando a tecnicidade das questões aplicadas

Avaliação integral além do CHA (responsabilidade social, pesquisa, extensão) (currículo oculto)

Comissão própria de avaliação (CPA)

Autoavaliação

Avaliação 360°

De forma geral os participantes da Sala Azul se envolveram nas discussões e trouxeram sugestões para os temas trabalhados nas mesas, com destaque para o protagonismo assumido pelos discentes. Um dos temas que chamou atenção foi a posição de vulnerabilidade em que se encontram os estudantes ao pensar em avaliar seus docentes e houve sugestão de anonimato no processo de avaliação.

ATIVIDADE 3 - PLENÁRIA

Neste momento foi realizado sorteio para apresentação pelos representantes do grupo e contribuição dos participantes na plenária:

Sorteio 1.

Mesa 3 - Sala Azul - Corpo de educadores: docentes e preceptores

O relator do grupo apresentou o produto das discussões, separando por critérios de avaliação e por categorias de docentes e preceptores.

Foi sinalizado por alguns presentes para o fato de que a universidade não tem governabilidade para ser avaliada por isso (recurso e governabilidade sobre o tempo do preceptor). Trouxeram que alguns tópicos trazidos como critérios de avaliação, devendo ter cuidado ao pensar na sugestão de itens que possam prejudicar as escolas nas avaliações, trouxe o COAPES e o pensar no papel do preceptor para definir o que pode ser cobrado. A representante da CONASEMS falou sobre os editais de concurso para preceptores e a necessidade de aproximar a discussão sobre o papel dos preceptores com os municípios. (alguns municípios remuneram a preceptoria). Na residência médica já se incluem os preceptores nas discussões.

Falou-se sobre os avanços no processo ensino-serviço-comunidade e as dificuldades de estruturar processos formativos permanentes, precisando ser construída uma relação com os gestores, para aperfeiçoar esses espaços, com dificuldades até mesmo nos hospitais escola. Foi citada o exemplo de escola em Juazeiro e atuação do COAPES e a necessidade de reforçar o estreitamento da relação entre preceptores e escolas médicas.

Como contribuição os presentes trouxeram sinalizações para:

- Importância de acessibilidade para o preceptor nas Instituições de ensino.
- Importância de acompanhamento das condutas éticas da preceptoria.

- Disponibilizar formação pedagógica para docência em saúde
- Possibilitar a participação em congressos e outros eventos.
- Importância dos gestores se aproximarem da formação dos profissionais, possibilitando na prática o SUS como organizador do ensino

Sorteio 2

Mesa 4 - Sala Azul - Avaliação do estudante

Relator e coordenador da mesa apresentaram o produto das discussões destacando a necessidade de definir e deixar claro os critérios avaliativos que serão utilizados para os estudantes logo que estes cheguem à universidade. O papel do feedback e da autoavaliação e avaliação do docente pelos estudantes, ainda que precise de estratégias para preservar o anonimato e uma avaliação processual, com componentes como atitude. A integração da avaliação é importante para não sobrecarregar os estudantes.

Foi trazido a importância da diversificação dos métodos de avaliação, em função das diferentes formas de aprender e contemplar os diversos perfis de estudantes. Estratégias que não se reduzem apenas ao campo do ensino (integração do currículo oculto). Avaliação 360° e avaliação proposta pela CPA.

Discutiu-se sobre a capacitação docente para avançar nesse caminho de avaliação dos estudantes. Alinhar a avaliação escolhida com o que se pretende avaliar. A plenária reforçou a importância da capacitação docente. Avaliação relacionada a tempo oportuno, deixando claro que uma avaliação como teste de ordem deve ser totalmente excluída como possibilidade.

Se colocou sobre o exame de ordem e reforçando que é um exame que não avalia e nega tudo que é defendido por princípio do ponto de vista pedagógico, de buscar uma avaliação formativa processual. Exame de ordem fala contra tudo que é pregado na comunidade comprometida com a formação. As escolas devem capacitar seus docentes para se apropriarem do processo

de avaliação. Um tema recorrente com relação a avaliação foi a necessidade de que os discentes tenham conhecimento do processo de avaliação com relação aos objetivos a serem alcançados

- Foi salientada a necessidade de preparo de todos os atores para o processo de feedback, principalmente possibilitando proteção aos estudantes
- Ressaltada a necessidade de integração real dos componentes para a avaliação de modo que não sejam fragmentadas mesmo quando propõem unicidade.
- Necessidade de inclusão de outras competências que não sejam apenas técnicas(a exemplo de relação com colegas, estudantes, pacientes, com o cenário)
- Adequar as etapas de avaliação ao momento do ensino
- A avaliação não tem sentido se apenas no final do processo.
- Criar nas universidades cultura que não privilegie apenas as “ciências duras”.
- Preservar a autonomia das universidades, mas com possibilidades de expressão dos alunos e comunidades
- Importante a responsabilização das Instituições pela formação dos profissionais.

Sorteio 3.

Mesa 1 - Sala Verde - Responsabilidade social

Coordenador e relator apresentaram o produto das discussões que foi elogiado pela plenária e foi trazida a experiência de uma estudante do campus de Lagarto com inserção dos estudantes dos cursos da área de saúde na comunidade da periferia da cidade.

A responsabilidade social foi caracterizada como dimensão que não se apresenta condicionada a atividade assistencial ambulatorial, que deve evitar o imediatismo das práticas e

ser ampliada para objetivos voltados para a integralidade e princípios do SUS. Foram elencados elementos importantes para a avaliação da Responsabilidade social

- Qualidade do produto das pesquisas e o compromisso com as necessidades da população
- O tipo de extensão que é desenvolvido e a forma com relação a inclusão da comunidade
- A possibilidade de feedback da comunidade
- As ações desenvolvidas para acompanhamento e suporte para a permanência dos estudantes

Sorteio 4.

Mesa 1 - Sala Azul - Infraestrutura

Após apresentação da atividade elaborada pelo grupo, houve discordância de algumas pessoas na plenária em relação à obrigatoriedade de existir hospital-escola em todas as universidades. Foi falado sobre problemas de estruturas de acesso com rampas em algumas unidades de ensino, assim como questões relacionadas à sensibilidade auditiva. Foi falado também sobre a falta de manutenção de espaços construídos e a dificuldade de acesso de estudantes em hospitais quando a universidade não tem hospital-escola, sendo necessário um trabalho de sensibilização dos gestores das unidades de saúde que recebem os estudantes. Garantir o número de unidades proporcionais ao número de estudantes de medicina, principalmente na Atenção Básica. Precisa de políticas macro, interministeriais e de serviços de apoio ao educando e ao educador.

Nesse sentido além de serem ressaltadas as necessidades com relação ao dimensionamento entre número de estudantes, professores e ações desenvolvidas para que seja possível o desenvolvimento do processo de ensino aprendizagem garantindo condições físicas, também foi sinalizada a necessidade da ambiência necessária de modo a evitar constrangimentos e

exposições desnecessárias para os participantes.

Na ocasião foi registrada a dificuldade dos municípios com relação a governabilidade quanto ao número de vagas a serem disponibilizadas, sendo noticiado percursos decisórios sem a inclusão dos gestores.

Durante a discussão da infraestrutura, recorreu a afirmação da dificuldade com relação ao dimensionamento das escolas para a proporção entre docentes e discentes e foi sugerido pela representante do COSEMS que fosse considerada a Portaria 531 do MEC/2023 que trata do padrão decisório para o processamento de pedidos de autorização de novos cursos de Medicina e de aumento de vagas em cursos de Medicina.

Sorteio 5.

Mesa 3 - Cuidado com o discente

Após apresentação por parte do relator, houve a provocação: Sua escola tem alguma estratégia para cuidar dos estudantes? como disparador para contribuições da plenária.

Neste item após as apresentações os participantes discorreram de forma contundente sobre situações presentes no contexto atual e que precisam de orientações legais de modo que sejam disponibilizados recursos para resolução:

- Registrada a existência de política de inclusão na UNEB, porem sem preparação para os docentes
- Necessidade de acessibilidade (física, transporte, alimentação número, horário e local oportunos, banheiros, rampas, espaço para atividade física)
- Proporcionalidade entre estudantes e professores
- Preparo dos ambientes antecipado para o devido acolhimento dos estudantes
- Tempo livre para saúde mental
- Necessidade de formação docente para a inclusão

- Necessidade de pactuar políticas de inclusão de modo que envolva todas as pessoas
- Foi aventada a possibilidade de mentoria para acolhimento das demandas

Sorteio 6.

Mesa 4 - Internato

O produto dos grupos sobre o tema e a plenária trouxe a reflexão sobre a importância das políticas afirmativas e o cuidado com o deslocamento dos estudantes para o local de realização das atividades, principalmente ao pensar em estudantes em vulnerabilidade econômica, assim como assegurar direitos trabalhistas ao exercerem carga horária extensa e atender às demandas durante o internato. Foi falado sobre a necessidade de avaliação do serviço, por discentes e docentes, avanço na interprofissionalidade. Em relação aos direitos trabalhistas, os estudantes trouxeram a ausência de direitos a abono de faltas, em casos de adoecimento por não dispor de tempo para reposição de carga horária, levando a sobrecarga dos estudantes no período do internato.

Nesse sentido foi considerada a situação de violência a que se apresentam expostos os estudantes do internato em decorrência da exigência da falta "0" e como essa condição se apresenta conflitante na profissão que tem como base a humanidade e como essa situação pode se associar a desumanização dos futuros profissionais ao lidarem com pacientes, colegas e sociedade de forma geral. *Ressaltando mais uma vez as violências relatadas:*

- Proibição do luto
- Sobrecarga para cumprimento dos horários
- Ausência de licença paternidade
- Ausência de licença por doença
- Não liberação para atividades acadêmicas

Os estudantes presentes sinalizaram que a discussão do internato, mobilizou situações de violências e assédios no interior dos cursos médicos.

Foi explicitado pelos presentes a necessidade de correção das distorções e de consideração sobre o fato do internato fazer parte da formação em medicina e não ser tratado como espaço trabalhista.

Sorteio 7.

Mesa 2 - Cenários de práticas/integração ensino-serviço

Foi apresentada uma síntese das discussões ocorridas na mesa, destacando a atenção à gestão e educação em saúde, e a necessidade de articulação política entre os órgãos gestores do município e da universidade. Rodrigo citou a interface com o subsistema de saúde indígena como importante espaço de ensino-aprendizagem. Foi trazido também o debate sobre os critérios de avaliação para a segurança do paciente.

Necessidades:

- Importante que permita a identificação da realidade local
- Proceda a reconfiguração das etapas de aprendizagem
- Inclusão dos estudantes no período inicial
- Disponha de ferramentas adequadas ao local
- conceba o médico como responsável legal pela formação de modo integral
- Imprescindível a presença do professor
- Necessidade da relação com o gestor
- Importante o entendimento da lógica da integração ensino serviço
- O subsistema indígena precisa integrar o ambiente de práticas

Sorteio 8.

Mesa 2 - Projeto pedagógico

A síntese sobre o tema foi apresentada dando ênfase na regionalização do curso na busca de atender às particularidades locais. A plenária trouxe que o Plano pedagógico precisa ser alinhado à formação para o SUS e a curricularização da extensão também se destacou como ponto importante no debate.

Ainda sobre o PPC a plenária apresentou as seguintes considerações:

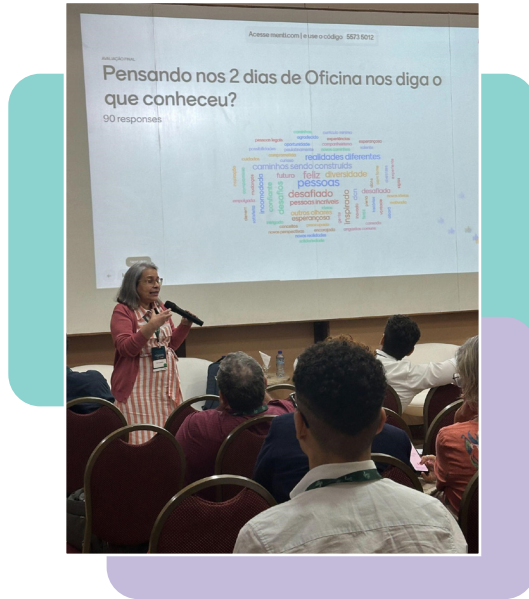
- Que toda a proposta apresentada deve ser acompanhada de metodologia adequada
- Deve conter descrição detalhada do tipo de avaliação, etapas e formas de devolutivas
- Devem contemplar todas as atividades, incluindo as acadêmicas e externas
- Abordar a formação da docência
- Imprescindível a explicitação das bases epistemológicas adotadas
- Importante ser norteado para as ações sociais na direção do fortalecimento do SUS

Foi feita reflexão sobre o porquê houve a necessidade de implementação da curricularização da extensão, precisando pensar o “como fazer”, ressaltando a extensão como parte da formação e assim sendo, sob a responsabilidade das universidades.

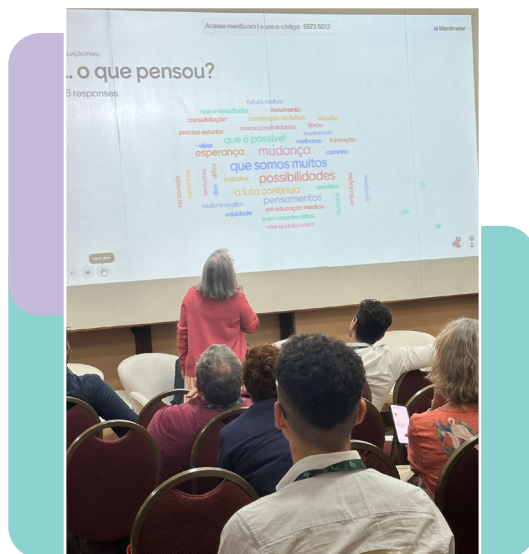
ATIVIDADE 4 - AVALIAÇÃO

Após conclusão das atividades da oficina foi realizada a avaliação pelo grupo com a utilização da ferramenta *Mentimeter*, com formação de nuvem de palavras com respostas do grupo, a partir das orientações: *Pensando nos dois dias de Oficina nos diga.*

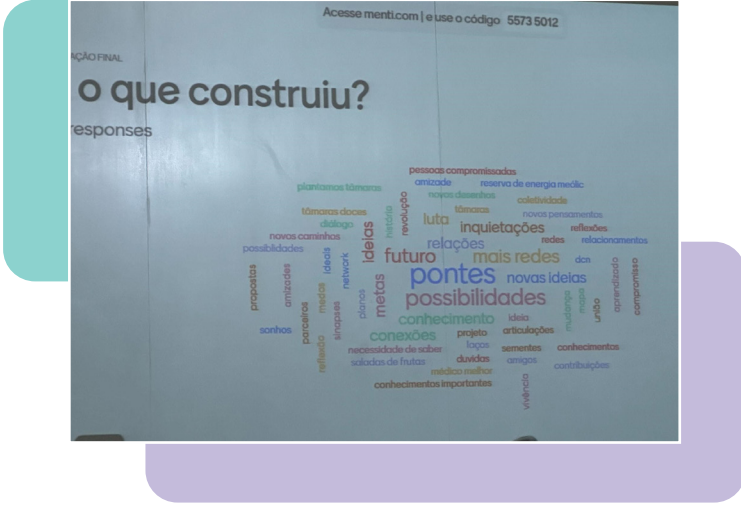
O que conheceu?



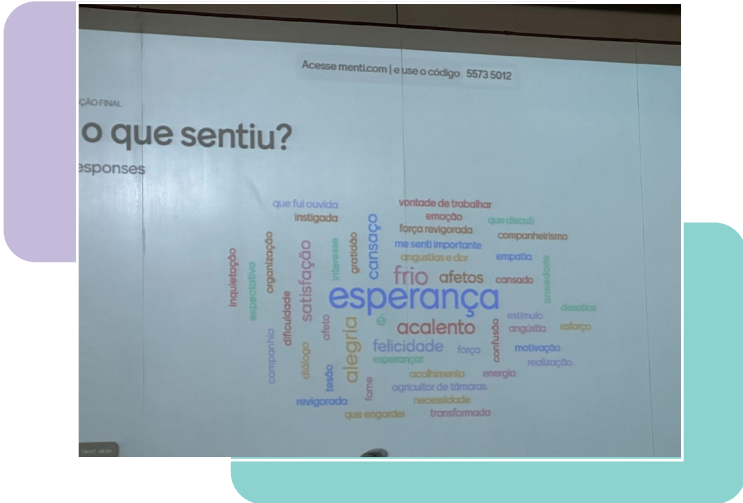
O que pensou?



O que construiu?



O que sentiu?



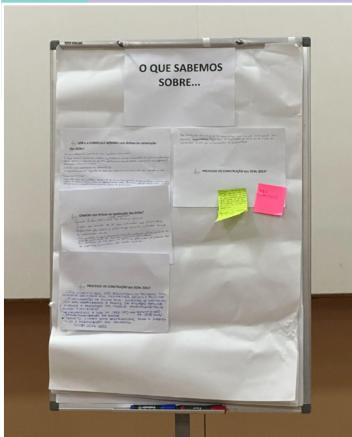
ELEMENTOS DE PERCEPÇÃO DA RELATORIA / IMPRESSÕES

De forma geral a oficina transcorreu bem e teve a participação de docentes, discentes, gestores, representantes de instituições vinculadas à educação médica e representante do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Durante os dias de oficina foi percebido o interesse de todos na contribuição com a realização das atividades propostas e engajamento durante os debates, colocando seus pontos de vista, e quando divergentes, discutidos de forma adequada e respeitosa. Não houve consenso em relação ao ensino obrigatório no currículo da linguagem brasileira de sinais, mas a maioria da plenária enfatizou a necessidade no sentido de viabilizar a inclusão e a responsabilidade social no ensino médico. Outro tema que gerou divergências de opiniões foi em torno da utilização de metodologias ativas no ensino médico, chegando à conclusão da importância da metodologia e a necessidade de capacitação dos docentes para utilizá-la. A equipe pedagógica conduziu as atividades nas plenárias e durante os trabalhos de grupos nas salas, de forma atenciosa e respeitando as diferentes opiniões dos participantes, sempre pautados no sentido de construir consenso sem abrir mão do respeito às divergências de opiniões. Os participantes expressaram a satisfação em receber o convite e valorizam a oportunidade de colaborar com as discussões sobre as análises das DCN e os critérios e indicadores de qualidade para a regulação das escolas médicas no Brasil. As discussões ocorreram com mediação e apoio da equipe pedagógica e de coordenação promovendo espaços para compartilhamento de opiniões/contribuições dos participantes e assegurando o bom andamento das atividades nos dois dias de oficina e reunindo ao final para discutir a necessidade de ajustes para implementação nas próximas oficinas. A metodologia utilizada se mostrou adequada levando ao alcance do objetivo proposto, valorizando a participação de docentes, discentes e gestores ao longo das construções de propostas e reflexões sobre a DCN e indicadores de avaliação na educação médica. Possibilitando a análise das DCN de 2014, identificando contribuições para sua revisão, de forma ampla e participativa, também possibilitou a reflexão e discussão sobre critérios e indicadores de qualidade relevantes para a regulação das escolas médicas no Brasil.

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Dias 30 e 31 /07/2024







**Lista de nomes
dos participantes
da Oficina Regional
NORDESTE I**

4^a Oficina Regional
Salvador

Nome:	Categoria	Instituição
1. ALVARO JOSE CORREIA PACHECO	DOCENTE	IDOMED-BA
2. ANA GABRIELA ÁLVARES TRAVASSOS	GESTOR	Uneb
3. ANDRÉ FALCÃO PEDROSA COSTA	DOCENTE	Cesmac
4. ANTONIO ALBERTO DA SILVA LOPES	GESTOR	DFM Bahia
5. ANTONIO WANDERSON VIEIRA	DISCENTE	UFBA
6. BÁRBARA PATRÍCIA DA SILVA LIMA	GESTOR	Cesmac
7. BIANKA BEATRIZ CRUZ DE MORAES	ABEM	ABEM
8. BRENDA VIEIRA PINHEIRO	DISCENTE	ABEM
9. BRENO ANDRADE DE OLIVEIRA	DISCENTE	IDOMED-BA
10. CAIO PEDRO GOMES DA HORA	DISCENTE	UFBA
11. CARLOS ANTÔNIO ASSIS DE JESUS FILHO	DISCENTE	UFRB
12. CAROLINA DE GODOY ALMEIDA	DISCENTE	Uneb
13. CÁSSIA DA PENHA DE JESUS CERQUEIRA	GESTOR	UFO Bahia
14. CECÍLIA MOTA PINHEIRO	DISCENTE	DENEM
15. DANIELA MARTINS LESSA BARRETO	DOCENTE	UNIMA
16. DANIELLE GOMES BATISTA	ABEM	ABEM
17. DENISE PADILHA ABS DE ALMEIDA	DISCENTE	Cesmac
18. DIEGO PENALVA OLIVEIRA SANTANA	DISCENTE	FUFBA
19. EDUARDO ANDRADE DA SILVA JR.	GESTOR	F Estacio de Alagoinhas
20. EDUARDO JOSÉ F. BORGES DOS REIS	DOCENTE	UFBA
21. ELINE ETHEL FONSECA LIMA	MS	Ministerio da Saúde
22. ELIZABETH BACHA	DOCENTE	UNIMA
23. ESTEVÃO TOFFOLI RODRIGUES	DOCENTE	UFBA - ABEM
24. GABRIEL SCHNITMAN	DOCENTE	UFBA
25. GERALDO LINO DA SILVA JUNIOR	GESTOR	Fasa Vic
26. GISELE VIANA PIRES	MEC	Ministerio da Educação
27. HUMBERTO DE CASTRO LIMA FILHO	GESTOR	EBMSP
28. HYDER ARAGÃO DE MELO	GESTOR	UFS
29. IEDA MARIA BARBOSA ALELUIA	DOCENTE	EBMSP
30. IGOR DE MEDEIROS DANTAS	DISCENTE	Estácio Alagoinhas
31. INAJARA BATISTA DE SALES	DISCENTE	UFBA
32. ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARÃES	DOCENTE	UFBA
33. JAMILÉ GOMES CONCEIÇÃO	DOCENTE	UNIDOM
34. JÉSSICA NASCIMENTO C. VASCONCELOS	GESTOR	Estácio Alagoinhas
35. JOÃO RODRIGUES NETO	DISCENTE	UFS Lagarto
36. JORGE GABRIEL LIMA TIGRE	DISCENTE	Fasa Vic
37. JOSÉ LUCAS MOURA VASCONCELOS	DISCENTE	UniFG
38. JOSÉ VINICIUS DOS SANTOS	DISCENTE	UNIMA-Afyá
39. KARINE SAMPAIO DE CARVALHO	DOCENTE	UFBA
40. LARA CAROLINA DE ALMEIDA OLIVEIRA	DISCENTE	ABEM
41. LENIRA FERREIRA RIBEIRO	PROJETO	ABEM
42. LILIANA SANTOS	PROJETO	ABEM
43. LIVIA MARIA BOMFIM MENDES AGUIAR	GESTOR	COSEMS/BA
44. LORENE LOUISE SILVA PINTO	PROJETO	ABEM
45. LUCAS SANTOS SILVA	DISCENTE	UFS
46. LUCIANA PEREIRA BARBOZA	DOCENTE	UFRB
47. LUIZ JOSÉ RODRIGUES DE OLIVEIRA	GESTOR	Estácio-IDOMED
48. MARCELO FERNANDES CAPILHEIRA	PROJETO	ABEM
49. MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA GÓES	DOCENTE	UFSMARIA
50. CATHARINA M.A	DOCENTE	UFBA
51. MARIA CRISTINA SETTE DE LIMA	CONASEMS	CONASEMS
52. MARIA DORALICE DE SOUZA	PROJETO	ABEM
53. MARIA ERMECILIA ALMEIDA MELO	DOCENTE	UFBA
54. MARIRALCIA DOS SANTOS E SANTOS	DOCENTE	UFBA
55. MARTA MENEZES	DOCENTE	EBMS
56. MATHEUS ALVES	DISCENTE	UFBA
57. MATHEUS GAMA SANTOS	DISCENTE	DEL. INST. REGIONAL

Nome:	Categoria	Instituição
58. MATHEUS ROCHA PEREGRINO	DISCENTE	UFBA
59. MATHEUS TRABUCO GONZALEZ	DOCENTE	UFBA
60. MAURÍCIO DE SOUZA CAMPOS	DOCENTE	Estácio Alagoinhas
61. MIYUKI YAMASHITA	GESTOR	UFAL
62. MÔNICA ANGELIM GOMES DE LIMA	DOCENTE	UFBA
63. MÔNICA ROSELI BRITO GALDINO	DOCENTE	UFAL
64. NAIANA PALHETA MORAES	PROJETO	ABEM
65. OSCARINA DA SILVA EZEQUIEL	PROJETO	ABEM
66. PAULO ANDRÉ JESUÍNO DOS SANTOS	GESTOR	UniFG
67. PERMÍNIO OLIVEIRA VIDAL JÚNIOR	GESTOR	Ufrb
68. PHILLIPE OLIVEIRA LIMA	DISCENTE	UFAL
69. PRISCILA PINHEIRO RIBEIRO LYRA	DOCENTE	UFBA
70. RAFAEL BRASILEIRO PINTO SANTOS	DISCENTE	EBMSP
71. RAFAEL CARNEIRO DE LÉLIS	DOCENTE	EBMSP
72. RAQUEL CRISTINA DE OLIVEIRA PORTO	DOCENTE	Grupo Ciências Morf.
73. RENATO CARDOSO DE QUEIROZ	DISCENTE	UFOBA
74. ROBERTA GONÇALVES MOTA	DOCENTE	FIP Guanambi
75. RODRIGO PINHEIRO SILVEIRA	PROJETO	FIP Guanambi/ABEM
76. SILVIO ROMERO S. LARANGEIRA JUNIOR	DISCENTE	DENEM
77. SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	PROJETO	ABEM
78. TEREZA ANGÉLICA LOPES DE ASSIS	DOCENTE	UFA
79. TIAGO TIMOTIO DE ALMEIDA	DOCENTE	UFBA
80. VANESSA PRADO DOS SANTOS ALVAREZ	DOCENTE	UFBA
81. VICTOR FRANÇA DE ALMEIDA	DOCENTE	UNIFACS
82. VIRNA FEIGL CAMARA QUEIROS	DOCENTE	UFBA
83. YASMIN VIDAL MATOS	DISCENTE	UNEB
84. ZUINARA PEREIRA GUSMÃO MAIA	DOCENTE	Fasa Víc



ISBN: 978-65-86406-12-2

CD



9 786586 406122



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO