



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 II**

6ª Oficina Regional - Fortaleza  
RELATORIA - PLENÁRIAS e  
TRABALHO EM GRUPOS



**OPAS**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE







Relatório Oficina Regional

## **NORDESTE II**

### **Projeto REVER**

**Formação Médica para o Brasil**

6ª Oficina Regional - Fortaleza  
06 e 07 de agosto de 2024

RELATORIA - PLENÁRIAS e TRABALHOS EM GRUPOS

(Congrega as escolas de Pernambuco, Paraíba,  
Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí e Maranhão)



Relatório Oficina Regional  
NORDESTE II  
6ª Oficina Regional Fortaleza

## **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.

62 p. : il.

ISBN - 978-65-86406-17-7

1. Educação na Saúde. 2. Administração em Saúde. 3. Saúde Pública.

I. Título.

Título para indexação:  
Regional Workshop Report NORTHEAST II

## Sumário

|  |    |
|--|----|
| <b>Objetivos</b> .....   | 5  |
| <b>DIA 1 - 06/08/2024</b>  |    |
| <b>Atividade 1 -</b><br>Mesa de Abertura.....  | 6  |
| <b>Atividade 2 -</b><br>Apresentação do Projeto Formação Médica.....                       | 7  |
| <b>Atividade 3 -</b><br>Apresentação do Relatório da Oficina Nacional.....                 | 7  |
| <b>Atividade 4 -</b><br>Reconhecimento dos Participantes.....                              | 8  |
| <b>Atividade 5 -</b><br>Apresentação dos Objetivos da Oficina.....                         | 8  |
| <b>Atividade 6 -</b><br>Trabalho de Grupos.....  | 9  |
| <b>Atividade 7 -</b><br>Síntese de Alinhamento<br>do Processo de Construção Histórica..... | 21 |
| <b>Atividade 8 -</b><br>Trabalho em Grupo.....   | 22 |
| <b>Atividade 9 -</b><br>Plenária para Elaboração da Síntese.....                           | 32 |
| <b>Atividade 10 -</b><br>Avaliação.....  | 34 |

## **DIA 2 – 07/08/2024**

### **Atividade 1 -**

“Briefing” sobre Princípios de Avaliação de Programas  
Educativos..... 34

### **Atividade 2 -**

Café Mundial – Critérios de Qualidade.....36

### **Atividade 3 -**

Plenária com Discussões dos Critérios de Qualidade ..... 46

### **Atividade 4 -**

Avaliação.....53

**Elementos de Percepção do Relator/Impressões**..... 54

**Registros Fotográficos** ..... 58

Lista de nomes dos participantes da

**Oficina Regional NORDESTE I**

**4ª Oficina Regional Salvador**..... 60



## 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 06 e 07/08/2024 e teve a participação de 83 (oitenta e três) pessoas, entre docentes, discentes, gestores e representantes de entidades médicas.

**Equipe pedagógica:** Rodrigo Silveira, Alessandra Almeida Ribeiro, Aristides Palhares Neto e Aida Regina Assunção

**Equipe Coordenadores:** Sandro Schreiber de Oliveira, Lorene Louise Silva Pinto

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

**DIA 1 - 06/08/2024**

## **ATIVIDADE 1 - MESA DE ABERTURA**

Daniela Chiesa - Diretora da Regional da ABEM

Eulália Campelo - Representante discente ou Diretora discente Regional ABEM

Eline Ethel - Representante da SGTES/MS

Sandro Schreiber de Oliveira - Presidente da ABEM

Após a composição da mesa de abertura, a diretora regional ressaltou a importância e urgência da discussão sobre a educação médica diante do contexto de crescimento das instituições de formação. A representante discente registrou a importância da ABEM na inclusão dos estudantes nos processos formativos. A representante do MS fez menção especial ao povo Cearense e transmitiu os desejos de sucesso para o evento em nome da Secretaria da SGTES. O presidente da ABEM agradeceu o acolhimento ofertado pela regional e demais presentes, também registrou a importância da SGTES para a viabilização do



projeto. Traçou breve histórico sobre o processo de construção das Diretrizes e contextualizou a forma como vem se dando a discussão nas Oficinas formativas. Informou que o resultado das Oficinas realizadas nas regionais, serão condensadas e validadas em processo participativo por ocasião do COBEM/2024.

## **ATIVIDADE 2 - APRESENTAÇÃO DO PROJETO FORMAÇÃO MÉDICA**

A apresentação do projeto foi realizada por Sandro Schreiber, que durante a apresentação dialogada, ressaltou os desafios enfrentados pelo país ao necessitar promover a educação médica compatível com as necessidades de saúde, (do país) em um contexto onde o Sistema se apresenta cindido em 02 subsistemas, o público e o privado, com características próprias e norteados por lógicas diferentes. Sinalizou dificuldades com relação a determinação do número de médicos existentes, valorizou avanços com relação a iniciativas para melhoria do ensino, como é o caso da orientação para a existência do PPC e reconheceu a necessidade de implementação das iniciativas que orientam para melhoria do ensino. Salientou ainda a necessidade das instituições se responsabilizarem pelo processo formativo dos estudantes, garantindo ensino de qualidade e que sejam preparados para o exercício profissional ao longo do curso, utilizando recursos para acompanhamento da formação, de modo que possam identificar falhas no ensino/aprendizagem para que possam adotar os recursos compensatórios durante a graduação e não se desresponsabilizar da atribuição.

## **ATIVIDADE 3 - APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA OFICINA NACIONAL**

Realizou-se a apresentação da Oficina de Brasília, estabelecendo relação com o evento atual, as Oficinas formativas, reafirmando a importância no sentido de contribuição concreta para o destino da formação médica, pela possibilidade de contribuir de forma significativa para a atualização, aprimoramento e validação de Diretrizes que sejam adequadas para orientar a formação médica com responsabilidade social e inclusiva.

Em seguida, foi outorgada a fala para esclarecimento de possíveis dúvidas sobre as apresentações. Não sendo registrados questionamentos pelos presentes.

## **ATIVIDADE 4 - RECONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES**

A ferramenta “*Mentimeter*” foi utilizada para o reconhecimento e caracterização dos participantes. Foram identificados: nome, estado de representação, Instituição, papel principal. Também identificado se estiveram presentes na Oficina Nacional em dezembro de 2023, e contribuições” o que trouxeram” para a Oficina. Sendo produzida nuvem de palavras correlacionadas, como potenciais e expectativas para as atividades em curso.

## **ATIVIDADE 5 - APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA**

Nesse momento, foram explicados os objetivos da oficina e as estratégias propostas.

Objetivo geral do Dia 1:

Explicitar o conhecimento prévio dos participantes sobre o processo de construção histórica das DCNs.

Estratégias didáticas do Dia 1:

**O que sabemos sobre...**

**World Café adaptado;**

**Sistematização com flipchart;**

**Apresentações dialogadas com “slides”**

## **ATIVIDADE 6 – TRABALHO DE GRUPOS**

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

Estratégia didática: O que sabemos sobre...

Os participantes foram distribuídos em 03 salas identificadas pelas cores, rosa, verde e azul, conforme distribuição dos crachás. Todas as salas abordaram os mesmos temas, com a mediação dos coordenadores. Nas salas, os participantes foram distribuídos em 04 mesas, com representantes das categorias de docentes, discentes, gestores e entidades médicas, sendo orientados a 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 VERDE**

De acordo com a metodologia e programação, após acolhimento na sala verde, os 27 participantes foram distribuídos por mesas, priorizando a diversidade das representações, sendo solicitado voluntários por grupo, para registro das informações para o relatório. Inicialmente cada mesa ficou responsável por um tema. Pactuado tempo de 10 (dez) minutos para socialização dos conhecimentos no grupo e em seguida 05 (cinco) minutos para sistematização e escrita em folhas de ofício para serem dispostas em flipchart

Após discussão foi pedido que a mesa 01 socializasse a sua escrita e em seguida que a 02 fizesse o mesmo e procedesse leitura da mesa 01, e assim sucessivamente até que a mesa 01 pudesse

fechar o círculo lendo o produto da mesa 04. Sendo conduzida a apresentação em exposição dialogada, possibilitando espaço para que todos os participantes fizessem contribuições e esclarecimentos de dúvidas sobre os conteúdos apresentados.

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

- LDB foi promulgada em 1996 e já sofreu alterações – princípio básico da educação para todos os níveis. Regulamentou o capítulo da educação da Constituição de 1988
- LDB está para a educação o que a Lei 8080 está para o SUS
- A LDB tem as premissas para a construção das DCNs e talvez esteja incluído a questão do currículo mínimo
- Currículo mínimo talvez seja uma estratégia de segurança para a formação onde talvez a IES pode fazer mais e não menos
- Talvez a correlação direta que podemos evidenciar da LDB e do currículo mínimo seja, por exemplo, a curricularização da extensão

#### ***Observações no Post It:***

LDB são determinações para todo o ensino ( do básico ao superior)

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

- Colegiado que reuniu 11 colegiados sobre educação médica
- Acompanhava escolas e suas expansões
- Lei Orgânica do SUS
- Aconteceu antes da primeira DCN, em 1991, para avaliar os currículos médicos após as leis de formação e organização do SUS

- Tem associação com a ABEM; MEC; Ministério da Saúde; CNE; CNS
- Participação da DENEM
- Discussão mais fechada em pequenos grupos sobre a mudança curricular da educação médica
- Após a implantação das metodologias ativas
- Presava pela autonomia do estudante – saindo do estilo biomédico e ampliando a visão
- Tinha como objetivo iniciar a mudança de como os currículos deviam ser, a partir da implantação de metodologias ativas
- Trouxe mais atenção para a parte de medicina da família e comunidade, para atenção básica e MCCP.

Respondendo... CINAEM Instância deliberativa criada por diversas instituições para avaliar os currículos das escolas médicas no contexto após criação do SUS, em prol de uma formação mais integral e humanista em conformidade com a Lei Orgânica do SUS 8080.

### **Pontos elencados na discussão em grupo:**

- Houve uma lacuna de discussão em torno das residências médicas na criação das DCNs e agora essa discussão precisa estar presente
- É necessário pensar como serão inseridas as sociedades de especialidades, CNRM e instituições formadoras de residentes na construção das DCNs no intuito de refletir sobre o plano de carreira e educação permanente após a graduação. O que compete ao generalista e o que compete às especialidades vai definir o perfil do egresso e o que as especialidades vão precisar receber e trabalhar competências específicas.
- É necessário pensar como qualificar a docência da graduação e dos programas de residência

- Precisamos dos dados sobre perfil dos médicos para além da Demografia Médica a fim de responder mais precisamente às necessidades de saúde da população
- É necessário um amplo mapeamento do caminho profissional existente após a graduação médica para entender as lacunas da graduação na prática
- Aspectos que afetam fixação estudantil e médica em territórios: endividamento por FIES, bolsas de residência insuficientes, residências concentradas em grandes centros populacionais do Brasil, deslocamento de territórios, SISU, PROUNI, Programa Mais Médicos, questões sociais de renda, gênero e racismo.

### **Observações no Post It:**

A CINAEM nasceu como uma comissão que se posicionou contrária ao provão e inspirou as DCNs 2001

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

*Houve participação das Escolas Médicas e Associações no processo de construção das DCN 2001. Foi criada uma comissão da qual a ABEM fez parte e há, inclusive um caderno da ABEM (Cadernos ABEM volume 2. Página 62) em que há o relato de como foi o processo da construção das DCN 2001.*

*O grupo questionou se as diretrizes tinham o perfil mais assistencialista e focado no ensino em ambiente hospitalar. Pesquisas do grupo identificaram o perfil do egresso que ensinava uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva pautada em princípios éticos.*

Já se tinha uma visão sobre a formação do médico para SUS. Havia uma proposta de criação de núcleos temáticos para discutir assuntos específicos, mas sem foco em competências. Pesquisas do grupo demonstraram que se iniciou essa discussão ainda em 2001 a partir do perfil do egresso (formação generalista, humanista, crítica e reflexiva).

Do ponto de vista de prática, pesquisas do grupo demonstraram que as DCN de 2001 elevaram a carga horária para pelo menos 35% da carga horária total do curso. Além de uma limitação da carga horária teórica que não ultrapassasse 20% da carga horária total do curso.

### ***Observações no Post It:***

Quem está atrás da revisão das DCNs?

O que leva a revisão das DCNs no momento? Já que antes foi o provão e o Mais médicos?

Nunca descontextualizar as DCNs da realidade brasileira

Precisa valorizar o professor

Precisa entender o perfil do aluno para escolha do método

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

Levou muito em consideração a lei do Mais Médicos; foco maior na atenção primária (com maior carga horária nessa área)

Plano nacional de saúde da época – aplicabilidade (integração ensino-serviço)

Interiorização da formação médica

Foco na formação do médico generalista

Prevenção (educação em saúde) – controle endemias

Generalização das diretrizes não variam de acordo com a região

Porcentagem de obrigatoriedade em internato

Programa de bolsas

Esta DCN tem força de lei, sendo obrigatória por estar dentro do projeto Mais Médicos diferentemente da anterior

Construção com caráter muito mais impositivo do que dialógico/propositivo;

Não foi discutida/debatida - Sem discussão não há como haver previsibilidade

Criou-se uma diretriz comum a ser atendida entre as instituições/escolas médicas

Política de estado-formação, necessária em todos os níveis.

Marco diferencial do que possuíamos trazendo novas perspectivas.

Termos e conceitos são importantes (falar sobre atuação médica e formação)

Educação continuada/contínua

Formação médica (controle da sociedade e ministério da saúde)

Alta mutabilidade do cenário, devendo estar inseridas na construção das DCNsTomada de decisão de montagem das residências que ainda estão nas mãos da sociedade, cada uma possui a sua (educação focada no especialista, precisando ter uma abertura na formação inicial).

Quem é o senhor do processo? – as DCNs são políticas públicas ou diretrizes educacionais? (Trabalho em conjunto do Ministério da Educação e da Saúde)

Escolas de medicina criadas para resolver problemas de políticas públicas;

Autonomia didático-pedagógica para formação de médicos

### **Observações no Post It:**

*Metodologias ativas sem sobrecarregar os estudantes*

*Incentivar a docência durante a graduação*

*Necessita preservar a determinação social no processo saúde doença*

*Necessita preparar e fomentar a carreira da docência*

*Falta clareza com relação a utilização das metodologias ativas*



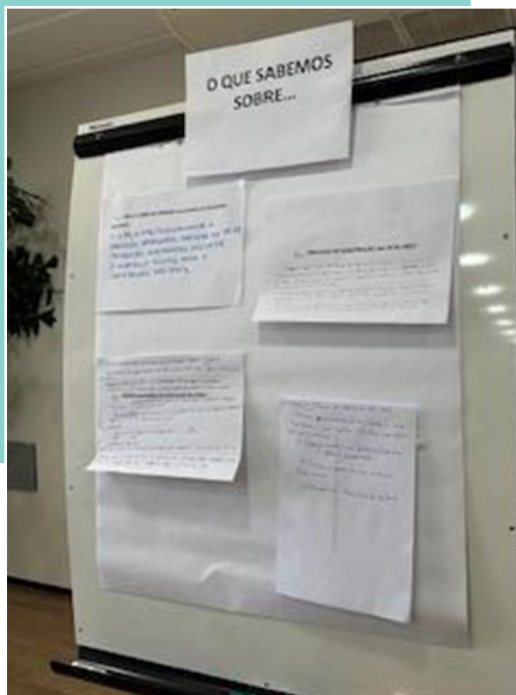
*Falta conhecimento em professores, gestores e estudantes com relação a utilização das metodologias ativas*

O equilíbrio entre o quali e o quanti vão proporcionar o perfil do egresso que o Brasil precisa

## **DIVERGÊNCIAS, PONTOS DE ATENÇÃO**

A atividade se apresentou bastante produtiva com os integrantes do grupo expressando de forma colaborativa, opiniões de modo complementar às apresentações. Um participante expressou sua opinião contrária a utilização das necessidades do SUS para priorização das pesquisas em saúde, sob a alegação de funcionar como limite para a produção do conhecimento científico. Outra observação individual foi sobre a “omissão” das DCNs, com relação ao processo de residência. Também foi abordado o PROVAB quanto ao objetivo de provimento e desdobramentos com relação a dificuldade de entendimento dos legisladores quanto a incorporação pontual que se toma como permanente dos 10% nos concursos e que gera iniquidade no acesso ao Sistema educacional. A partir das problematizações apresentadas, houve debate, e os presentes se posicionaram em defesa do SUS, e do uso do recurso público em benefício coletivo, ocasião em que o coordenador ampliou a discussão, promovendo a recuperação do processo de criação do SUS e das políticas criadas para o enfrentamento dos desafios da saúde, para provimento e formação dos profissionais. Sendo esclarecidos pelos presentes o objetivo do PROVAB, problemas envolvendo a fixação dos profissionais, dificuldade apresentadas nos municípios de áreas remotas, dificuldade da demografia médica para as informações sobre racismo, sexismo, capacitismo, desproporção entre criação das unidades e formação de professores, não inclusão das demandas regionais nas decisões e outros.

## Registro Fotográfico grupo verde (manhã de 06/08)



## SALA AZUL

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

1. **Conceituação:** A Lei de Diretrizes e Bases (1996) rege o direcionamento da educação no país, desde a inicialização do ensino na esfera básica até os serviços de ensino superior. Este texto apresenta princípios, fundamentos e exigências para que os direitos assegurados constitucionalmente sejam aplicados em meio prático.

2. **Relação com a construção das DCNs:** A inter relação entre a LDB e estruturação das DCNs tem como base a possibilidade de construção de um currículo mínimo, assegurando os eixos basilares para a formação do perfil do egresso, instigando a construção cultural, generalista, crítica e reflexiva. O que traz como resultado, a entrega de profissionais capacitados e aptos a atuar em diferentes áreas atendendo as esferas da atenção, do ensino e da gestão em saúde, sendo responsáveis pela educação permanente.

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

Desde 2014, qual foi a avaliação continuada? Não houve debate, apenas introdução atropelada sem coerência. A gente reavalia os PPCs, mas as DCNs não. Não houve processo diagnóstico.

As privadas não tem o entrave de infraestrutura, passam por outro tipo de entraves. Traz o sistema de acreditação como ferramenta de avaliação continuada, levando em consideração a curva de aprendizado. TP padronizado no grupo Afya.

A individualização e atendimento às necessidades especiais – estrutura da UnB vs pouco recurso humano no interior do Maranhão.

Resgata histórico da composição da CINAEM, de não ter tido como fim a DCN de 2001, mas ter demonstrado regionalidade e pluralidade de entidades e agentes.

Dificuldades em relação à infraestrutura vs cobrança às gestões universitária, que têm autonomia, mas se veem limitadas pelas gestões executivas (ex.: municipal e COAPES). A dualidade público vs privado se mostra no debate.

A acreditação é ferramenta de avaliação vs a avaliação se torna mais um instrumento de segregação entre escolas médicas com gestores que possuem possibilidades mil e gestores que não.

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

A DNC de 2001 foi a DCN responsável pela interiorização do curso de medicina

Colocou como proposta para o desenvolvimento da formação médica

Não havia diretriz anterior

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (instituição responsável)

Como avaliar as escolas médicas?

Teve como o foco a formação para o SUS.

1984 -15 anos sem reformulação do curso de medicina (caso pessoal)

Traz inicialmente a visão humanizada e coletiva da prática médica, se distanciando do modelo superespecializado e biomédico da prática médica

Estágio curricular obrigatório – instituição do internato prático com carga teórica maximizada até 20%

Instituição das áreas de estágio: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva. (35% do curso)

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

Surge da lei do Mais Médicos

Elaborado a partir de três eixos

Não houve uma discussão abrangente com a população médica sobre as diretrizes

Metodologias ativas: inserção e lacunas

Valorização da APS

Centrado no aluno

Multi-interprofissionalidade da saúde

Preparação dos docentes para as metodologias ativas

Falta de processo regulatório da implementação das DCNs

#### **SALA ROSA**

#### **MESA 1 - O QUE SABEMOS SOBRE... LDB e o currículo mínimo com ênfase na construção das DCN**

LDB é a Lei de Diretrizes e Bases. Então, temos a Constituição que traz tópicos sobre a educação. Após isso, a LDB e, dentro disso, temos a DNC para o ensino superior.

O currículo mínimo vem antes de 2016.

Concepções epistemológicas de educação são incorporadas na DNC a partir da LDB.

O currículo mínimo teria haver com o perfil de estudante, talvez mais tecnicista.

O currículo mínimo é fruto ou base para as DNC?

O perfil do ingressante não é discutido de forma suficiente, então muitas vezes acontece um choque de realidade entre aquele estudante que sai do ensino médio e entra no ensino superior, com diferentes metodologias.

## **MESA 2 - O QUE SABEMOS SOBRE... CINAEM com ênfase na construção das DCN**

CINAEM: o que é? Comissão interinstitucional de avaliação do Ensino Médico

Como surgiu? CINAEM é anterior as DCN de 2001

Quem formou? (Formadas por 11 entidades)

CFM- Conselho Federal de Medicina; ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica; MEC -Ministério da Educação e Cultura; Associação dos Docentes; AMB; ANDES

Quais objetivos? Com o que contribuiu?

Falta de construção conjunta

## **MESA 3 - O QUE SABEMOS SOBRE... Processo de construção das DCN 2001**

O processo de construção das DCNS 2001 teve como base a LEI DE DIRETRIZES DE BASE 1996. Foram resultado de um processo que envolveu aspectos políticos, institucionais, culturais e educacionais. Identificamos uma discussão restrita no processo de construção.

Resistência institucional para a implantação das diretrizes nacionais curriculares

Necessidade de adaptação das universidades às novas exigências.

Uma tentativa inicial de alinhar a formação médica às diretrizes do SUS, enfatizando a importância da atenção primária e da saúde comunitária.

Intenções das diretrizes x aplicação prática, com muitos cursos ainda focados em uma formação tecnicista e hospitalocêntrica.  
Referências: <file:///C:/Users/Allloc%20-%201306/Downloads/3499-Texto%20do%20Artigo-14052-1-10-20240728.pdf>

VIEIRA, Lucas; DA CONCEIÇÃO SANCHES, Leide. A INFLUÊNCIA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NAS DIRETRIZES CURRICULARES

NACIONAIS DE MEDICINA NO BRASIL (2001 E 2014): UMA REVISÃO DE ESCOPO. **Cadernos da FUCAMP**, v. 30, 2024.

#### **MESA 4 - O QUE SABEMOS SOBRE... processo de construção das DCN 2014?**

Processo de construção das DCNs 2014:

Redirecionar a formação visando gerar médicos generalistas

Linhas de cuidados de saúde, problemas enfrentados diariamente.

Revisão do processo de 2001, acompanhando a política nacional de expansão da APS com o Programa Mais Médicos, promovendo o aumento da formação médica com o novo perfil voltado para a APS.

Reformulação de programas pedagógicos com adaptação para novas exigências das DCNs.

No final do texto, equiparação de vagas de residência médica com total de vagas de cada instituição. (Art. 37 das DCNs 2014)

*“EXISTE UMA CORRELAÇÃO FORTE ENTRE A LEI 12871 (MAIS MÉDICOS) E A PUBLICAÇÃO DAS DNCs DE 2014. NÃO HOUE PARTICIPAÇÃO SUFICIENTE DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO, DISCENTES, DOCENTES PARA A CONSTRUÇÃO COLETIVA DE PROPOSTAS. DESSA FORMA MESMO HAVENDO RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DOS OBJETIVOS E DOS AVANÇOS EXPLICITAÇÃO DE COMPETÊNCIAS, NÃO HOUE NA MESMA MEDIDA, A SINALIZAÇÃO SOBRE COMO IMPLEMENTAR E AVALIAR ESTAS NOVAS DIRETRIZES.”*

#### **ATIVIDADE 7 – SÍNTESE DE ALINHAMENTO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA**

A tarde as atividades iniciaram na plenária com apresentação sistematizada dos tópicos trabalhados nos grupos pela manhã com esclarecimento de dúvidas e contribuições da plenária. Em seguida foi explicada a metodologia do Café Mundial adaptado a ser feito pelo grupo, agora dividido em duas salas, com quatro

mesas em cada sala. Rodrigo fez a sistematização das atividades realizadas nas salas e trouxe a reflexão sobre as contribuições e a importância do processo de construção das DCN, provocando a participação da plateia para contribuir com o debate. Na ocasião abordou a LDB, currículo mínimo e a importância da CNS de 1986 para a criação do SUS e a inclusão da saúde como direito na Constituição de 1988. Qualificou a CINAEM como importante para a elaboração das diretrizes, a problematização da priorização das metodologias tradicionais, e enquanto estímulo para que o ensino em saúde fosse vinculado ao SUS.

## **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 da oficina foram distribuídos em duas salas em função do número de pessoas presentes (sala VERDE e sala AZUL). Na sala VERDE estiveram presentes as mesmas pessoas que trabalharam no turno da manhã e distribuídos em quatro grupos que trabalharam com uma questão orientadora para cada mesa para discutir as Diretrizes Curriculares de 2014. Para recomendações quanto:

**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**

### **SALA VERDE**

#### **Mesa 1: O que TEM e precisa ser MANTIDO**

Atenção aos Cuidados Paliativos

Extensão Universitária – para melhor padronização

Manter o perfil do egresso em relação às suas competências na atenção à saúde, educação em saúde e gestão em saúde, com



ênfase no artigo 7 e na necessidade da atenção às necessidades individuais e coletivas

Integração do estudante ao cenário do SUS, com o foco na atenção primária

Estágio de Saúde Mental e o Estágio de Saúde Coletiva no Internato

Manter a necessidade do desenvolvimento das habilidades de comunicação

Manter o artigo 25 que contempla o aproveitamento das atividades complementares, ressaltando as monitorias, estágios, programas de extensão

Manter a possibilidade de mobilidade do estudante (25%)

Manter o artigo 37 que fala do número de vagas de residência igual ao número de ingressantes

Manter o tempo mínimo de 2 anos do internato

#### Divergências/discrepâncias e disputas:

Manutenção da proporção 30/70 para o internato na relação medicina de família/urgência e as demais áreas

### **Mesa 2: O que TEM e precisa SER APRIMORADO**

Detalhamento das competências do internato na área de atenção primária

Equidade – precisa ser melhor trabalhado para garantir que a diversidade e desigualdade sejam respeitados dentro de cada especificidade

Aprimorar a humanização da comunicação centrada na pessoa – precisar ficar mais explícito que isso é uma especificidade de todo médico e não apenas no médico de família e comunidade

Detalhamento de competências de saúde mental e saúde coletiva no internato

Criação de uma disciplina obrigatória que abrange as competências culturais e a abordagem de temas transversais: indígenas, LIBRAS, educação ambiental, direitos humanos, relações étnico-raciais

Detalhar o COAPES

Detalhar as competências para a interprofissionalidade – garantir que tenham competências e habilidades que regularizem essa relação

Caracterizar o que é extensão e o delineamento da inserção do currículo

Seção de educação em saúde deve ser aprimorada – melhorar de permanente para continuada;

Mudar a avaliação do aluno para anual, ao invés de ser de 2/2 anos ter uma avaliação continuada; e definir peso para residência médica

Ter um conceito mais objetivo sobre o perfil do egresso – detalhar a ação do generalista/recém-formado

Definir a avaliação práticas e organizar para que sejam feitas juntamente com as teóricas;

Detalhar mais o serviço apto a receber a Mobilidade acadêmica

Detalhar a distribuição de vagas e a qualificação do programa de residência

Detalhar a equivalência entre número de egressos e o tanto de número de vagas na residência

### **Mesa 3: O que TEM e precisa ser RETIRADO**

Houve sugestão de retirada de dois parágrafos das DCN nos diversos grupos, não havendo consenso sobre nenhuma retirada, somente modificações. Abaixo segue o conteúdo das discussões:

Sugeriu-se avaliar a retirada do Art. 24 parágrafos 10 e 11 por se tratar de normativas já previstas em outros documentos (como

a lei de estágios, por exemplo). A sugestão foi questionada por outro grupo, tendo em vista a necessidade de normatizar melhor as DCN para favorecer a aplicação pelos cursos de Medicina e instituições de saúde. A Lei Federal é bem geral nesse sentido da carga horária, sendo necessário manter os parágrafos supracitados, tendo em vista a DCN se tratar de documento específico da área Médica, que contém especificidades com relação a carga horária de plantões, cirurgias, etc.

Modificar o item que versa sobre o aprendizado interprofissional da sessão III – trabalho em saúde, tendo em vista que o aprendizado interprofissional se dá necessariamente no serviço, não estando relacionado necessariamente na parte de educação na saúde. Nessa mesma sessão, sugere-se substituir o termo educação em saúde por educação na saúde por este ser mais adequado a questões relacionadas ao aprendizado médico.

Modificar o prazo para implantação para 2018, atualizando para o um novo prazo, tendo em vista este já ter expirado. Sugere-se modificar o item para um prazo de dois anos para implantação após a publicação, sendo passível solicitação de extensão do prazo pelas escolas médicas.

Melhorar as estratégias de avaliação da implantação das novas DCN nos diversos cursos.

Implementar a avaliação bianual da implementação das DCN, que já consta nas DCN 2014, mas que não é feito na prática (artigo suspenso).

Sobre a obrigatoriedade de adequar o aumento do número de vagas de residência ao número de egressos, sugere-se que seja feito um movimento de qualificar e incentivar os programas de residência. Prof Fernando menciona que nos últimos 60 dias foi lançada uma portaria sobre a possibilidade de as escolas médicas vinculadas a hospitais poderem solicitar aumento de vagas de residências, o que poderia auxiliar nesse processo de equiparação do número de vagas. Os participantes não estavam

Desse modo, sugere-se, ao final da mesa, rever a manutenção mesa de “retirada” e manter somente as que falam sobre aprimoramento, modificação, etc, tendo em vista que foram poucos os itens identificados como a ser retirados da DCN. Uma

outra sugestão é reservar um tempo antes do “café mundial” para que os convidados possam ler as DCN de modo a poder tecer suas reflexões junto aos grupos de forma mais efetiva.

#### **MESA 4: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO**

Detalhamento da figura do preceptor (art. 24): descrever melhor o perfil desse profissional;

Definição e diferenciação dos termos e nomenclaturas utilizadas no documento (Preceptor, tutor, metodologias ativas por exemplo);

Regulação de requisitos dos preceptores;

Estratégia de formação continuada de preceptores/docentes;

Detalhamento das preceptorias com outros profissionais de saúde (equipe multi/interdisciplinar e interprofissional): descrever quem constitui profissionais habilitados a preceptorias;

Desenvolvimento de competências colaborativas

Detalhar a forma como a interdisciplinaridade será trabalhada (obrigatoriedade curricular);

Contrato de operacionalização da atenção primária à saúde nas escolas médicas – fortalecer o perfil do preceptor (COAPES)

Detalhamento de como inserir as atividades de extensão nos projetos, inserindo a curricularização nas DCNs;

Incluir as atribuições dos preceptores nos projetos de extensão

Inserção de um mecanismo de avaliação das escolas médicas

Exigências mínimas que os municípios deveriam ter para receber uma escola médica (nova ou renovações)

Avaliação com periodicidade reduzida (o que foi instituído e a continuidade)

Descrever a obrigatoriedade ao acesso às unidades de apoio (com estabelecimento de contrapartidas, por exemplo);

Fortalecer nas diretrizes (SUS) o compromisso do poder público com a formação (público-público\público-privado)

Gestão em Saúde para o perfil médico carece de mais valorização em saúde global – Articulação com ODS e medicina dos desastres/ambiental/global;

Art. 6, inciso 04 – Considerar na formação a atuação dos profissionais (docente, preceptores, médicos) por meio da inteligência artificial, das redes sociais e aplicativos

Detalhar aspectos constitutivos da formação para a telemedicina

Inserção de diretrizes de monitoramento/acompanhamento e avaliação das DCNs;

Especificar a constituição de uma comissão de avaliação das DCNs em consonância com os currículos;

Implementação: a depender do teor da mudança

Monitoramento: tão logo seja lançada a diretriz

Avaliação: 10 anos

Instrumentos padronizados de monitoramento

Incluir no documento aspectos inclusivos para a formação dos médicos: Deficiência – perfil egresso; Diversidade; Neurodivergência

Garantia de recuperação da aprendizagem no internato (abono de ausências, por exemplo)

## SALA AZUL

### MESA 01: O que TEM e precisa SER MANTIDO

Manter a formação com base nas competências das 3 grandes áreas (atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde) é de suma importância.

Uma carga horária mínima deve ser mantida, não necessariamente de 7.200 horas.

O perfil do egresso deve ser mantido, mas com algumas ressalvas (será que dá para formar um profissional na graduação que consiga atuar em todos os níveis de atenção?)

Deve ser mantido o limite máximo de 25% da carga horária de estágio fora da Unidade da Federação.

Manter o parágrafo que trata de casos excepcionais para o aumento da carga horária supracitada,

Manutenção do termo “determinação social do processo saúde-doença”

Manter a liberdade das instituições adaptarem seus currículos as realidades regionais.

Manter a carga horária mínima de 2 anos para o internato.

Manter o mínimo de 30% nos estágios APS e Urgência e Emergência.

Manter COAPS

Manter a formação geral, humanista, crítica, etc.

Manter o programa permanente de formação e desenvolvimento da docência em saúde.

Manter a corresponsabilidade do discente na sua formação.

Manter o tópico de tecnologias ativas de ensino.

## **MESA 2: O que TEM e precisa SER APRIMORADO**

### **Perfil do egresso - O que tem:**

médico humanista, generalista, crítico e reflexivo

Perfil do egresso - O que precisa ser aprimorado:

Preparo médico para os três níveis de atenção (Muito amplo/É possível só no nível de graduação?) (Educação,, gestão e assistência)

Preparo para a realidade local, voltada para a abordagem crítica e reflexiva, bem como a retenção/fixação do profissional na

região, bem como o desenvolvimento de um perfil de liderança  
Necessidade de debate, definir melhor a atuação médica enquanto generalista, repensando a viabilidade das áreas de atuação no sistema (regulação, setores de urgência, emergência...)

Descrição como a terminalidade se daria na graduação médica (só na graduação, conseguimos fazer a capacitação para outros níveis?)

### **Grandes áreas - O que tem:**

As DCNs organizadas nas três grandes áreas do SUS

- *Atenção em saúde*
- *Gestão em saúde*
- *Educação em saúde*

### **Grandes áreas - O que precisa ser melhorado:**

Se de fato elas deixam claro como (como Artigo IV// TICs), melhor direcionamento dos currículos... Metodologia ativa

Mistura de objetivos educacionais, conteúdos e competência

Falta de clareza

Transversalizar a atenção básica, urgência e emergência no internato as grandes áreas da medicina (GO, Pediatria...) (Cautela em relação a brechas)

COAPES: (Fomento da educação permanente de preceptores...) necessidade de aprimoramento da forma que tá descrita, o gestor seja chamado junto a escola médica e a escola ir para a gestão

Aprimoramento do trabalho em equipe com outros profissionais em saúde, gestão melhor da equipe multidisciplinar (deixa aberto) para acompanhamento integral ao paciente... deixar claro de como isso poderia ser aplicado

Prejuízo na longitudinalidade

Implementação de gestão em saúde: confusa

Médico empresário//educação financeira, cadeira de docência

### **Educação - O que tem:**

Diretriz curricular comum – Metodologias ativas

Obrigatoriedade do domínio de uma língua estrangeira

Transversalidade e interculturalidade (não tem)

### **Educação - O que precisa ser melhorado?**

Normatizar os métodos e instrumentos de Ensino e avaliativos de discentes, docentes e institucionais,

Melhorar a descrição da horária mínima, descrição da aplicação de metodologia, aumento do repertório de metodologias ativas.

Capacitação dos profissionais (Como?) (Estrutura, qualificação)  
Fortalecer os meios (Como?) (Estrutura, qualificação)

Fomento a educação permanente (Institucionalizar o egresso e oferecer oportunidades de maneiras periódicas)

Implementar na matriz curricular que atendam minorias raciais, culturais, étnicas, sexuais e religiosas.

### **MESA 03: O que TEM e precisa SER RETIRADO**

Dominar a língua inglesa

Redundâncias (reescrever o texto das DCNs, de forma mais objetiva, reduzindo redundâncias e apresentando os meios para a execução das ações);

Retirada (com ressalvas) do Art 37 (a padronização das vagas de residência médica com base nas necessidades da população)

Retirada dos Art. 36 e 37



#### **MESA 04: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO**

Falta de clareza entre a integração vertical e horizontal. Pode existir na prática, mas falta uma explicitação no texto, deixando à critério do NDE do curso. A matriz em formato espiral para uma integralização vertical.

Maior direcionamento entre a universalidade e complexidade na prática

Saúde planetária - questões como a importância na morte por calor extremo, inundações, etc.

Não há informações sobre os preceptores no serviço

Explicitar a carga horária da curricularização da atividade de extensão

Sustentabilidade, que pode estar relacionada à saúde ambiental, mudanças do estilo de vida (superando a abordagem genérica). Pensar no exercício físico como uma prática necessária e diária.

Abordagem da pessoa com deficiência.

Abordagem de estudantes com deficiência, saber se as condições são compatíveis com a necessidade para habilidade médica.

Inserir mecanismos de avaliação qualitativa.

Entendimento sobre cuidados paliativos

Ausência de alinhamento entre o egresso do ensino médio e do superior; nivelamento da saída do ensino médio e do ingresso no nível superior; as DCNs poderiam prever a ambientação e adaptação dos estudantes ingressantes ao modelo de ensino-aprendizagem.

Abordagem sobre telemedicina

Cuidados em saúde mental dos discentes e docentes

Gestão da saúde - acolhimento do estudante com deficiência: qual serviço e de que forma?

## ATIVIDADE 9 - PLENÁRIA PARA ELABORAÇÃO DA SÍNTESE

A sala verde foi a primeira sala sorteada para falar sobre o que precisa ser mantido, sendo priorizado pelos participantes a manutenção da visão da determinação social sobre a saúde em oposição ao de determinantes sociais. Outra questão apresentada foi com relação ao percentual do internato dedicado a Medicina de Família.

Para compartilhar a discussão sobre o que não tem e precisa ser incluído, foi sorteada a mesa 4 da sala verde, que iniciou a apresentação sinalizando a dificuldade encontrada para incluir novos itens, uma vez que observaram que o documento já comporta vários itens significativos. Ainda assim referiram sugestões:

Necessidade de determinação das atribuições de cada profissional que atue na formação médica

Que seja ampliado o conceito de preceptoría

Detalhar as necessidades para curricularização da extensão

Formação do público para participação social

Inserção de mecanismos institucionais para promover o fortalecimento do SUS

Estabelecer requisitos mínimos para a implantação de escolas nos municípios

Incluir novas competências – Telemedicina

Criar mecanismos internos para monitoramento da implementação das DCNs (com prazos determinados)

Incluir formação específica para lidar com as diversidades

Orientar de forma explícita como deve se processar a integração curricular

Ser mais concisa com relação ao estabelecimento dos objetivos da aprendizagem em medicina e quais os protagonistas no processo

Deve conter a responsabilização dos profissionais sobre os processos que estão inseridos

Estimular a interprofissionalidade e humanismo na formação

Quanto aos itens para serem retirados, a sala Rosa, mesa 3, sinalizou a necessidade de retirar:

O domínio da língua estrangeira

As redundâncias presentes no texto

A equiparidade entre egressos e vagas de residência, substituindo pelo critério que considera disponibilidade local

Artigo 38 e 39: Houve problematização com relação a retirada do artigo 37, sendo ressaltada a importância da residência com o papel de formação em medicina, não sendo alternativa a retirada de orientação por falta de implementação.

Quanto aos itens para serem aprimorados, a sala Rosa, mesa 02, considerou que precisa ser aprimorado:

O perfil do egresso ( que contemple a humanidade, crítica, reflexão)

Promover a fixação

Implementação da tecnologia de forma responsável

Garantia da longitudinalidade na formação e no cuidado com o paciente

Normatizar métodos e padrões, tipo e repertório para as metodologias ativas

Como mais importante e desafiador se apresentou que as Diretrizes:

Possam orientar o ensino de modo a contemplar os 03 níveis de atenção conforme as necessidades

Definam as competências essenciais

Deixem clara a importância de equidade

Definam como foco da formação os indivíduos de forma transversal

Contribuam para a implementação do COAPS

Todo processo formativo seja orientado por avaliações

Determinem a equivalência entre egressos e vagas da residência

## ATIVIDADE 10 - AVALIAÇÃO

Ao final da atividade Lorene fez uma reflexão sobre o debate realizado pela plenária e ressaltou o momento histórico que estamos vivendo e a possibilidade de discutir diretrizes, enquanto um avanço. Em seguida utilizou 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. A seguir procedeu o encerramento e orientações para o segundo dia de oficina.

**DIA 2 - 07/08/2024**

## ATIVIDADE 1 - “BRIEFING” SOBRE 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 por um dos coordenadores, sendo utilizada a nuvem de palavras construída ao final do primeiro dia de oficina. Destacou-se a importância do processo de discussão, no sentido de se cultivar a esperança e transitar entre o passado e o futuro, de maneira a facilitar o deslocamento no sentido de vencer o desafio da estagnação.

Em seguida, foram apresentados os objetivos do segundo dia da oficina e uma explanação dialogada sobre os princípios de Avaliação de Programas Educacionais com foco na escola médica, trazendo conceitos básicos em avaliação de programas. Ressaltou-se a avaliação como processo que não visa penalização, mas 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 reflexões sobre a necessidade de pensar a avaliação de acordo com o que projetamos inicialmente e a estrutura metodológica do processo pedagógico.

A plenária expressou dificuldade com o processo de avaliação externa, pelo fato dos avaliadores não levarem em conta os fatores regionais, o que acaba penalizando indevidamente as instituições. Também foi solicitado que a ABEM indicasse referências e “dicas” para avaliação em saúde. Uma coordenadora de curso referiu dificuldade com relação a CPA ( Comissão Própria de Avaliação), quanto ao entendimento das questões formuladas.

Após encerramento das discussões, as pessoas foram orientadas para início da atividade a ser realizada pelos grupos na mesma composição do anterior, em 2 salas divididas por cores e número de mesas.

A metodologia utilizada foi Café Mundial e as questões orientadoras para a atividade 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

## **ATIVIDADE 2 - Café Mundial - Critérios de Qualidade**

### **Sala Verde**

O coordenador iniciou os trabalhos da sala verde, acolhendo os 31 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: RESPONSABILIDADE SOCIAL**

QUAIS OS CRITÉRIOS DE QUALIDADE DA EDUCAÇÃO MÉDICA QUE O GRUPO CONSIDERA ESSENCIAIS PARA AVALIAR A RESPONSABILIDADE SOCIAL

- Capacidade comunicativa do indivíduo com portadores de deficiências, com critérios de exposição prática tanto discente quanto docente.
- Critério de avaliação de disciplinas que abordem temas ligados à sexualidade e a deficiências.
- Presença de marcadores epidemiológicos, participação do gestor local para conhecer o local onde a escola médica está inserida.

- Participação do gestor local para ter mudanças
- Meios de inserção da sociedade
- PPC com medidas de intervenção na sociedade
- Evidências documentais: relatórios epidemiológicos na descrição do ppc .
- Habilidades não engessadas levando em consideração as limitações de todos.
- Inclusão de diversidades raciais e culturais
- Ofertas de serviços de troca com a comunidade
- Líder da comunidade dentro das instituições para trazer as demandas.
- Importante que haja um intercâmbio profissional, afim de que tenha compartilhamento de experiências.
- Importante a responsabilidade social com a sociedade, dentro das regras do sus.
- Realização de avaliação da faculdade na visão da comunidade, onde a comunidade poderá avaliar os serviços ofertados pela faculdade.
- Avaliar os indicadores de saúde
- Priorização de cotas regionais para acesso.
- Gestão das escolas públicas sobre as escolas médicas estão inseridas
- Abordagem das minorias (quilombos, indígenas. lgbtqi+...) nos planos curriculares.
- Diferenciar a extensão socialmente referenciada de caridade

## MESA 2 - CENÁRIOS DE PRÁTICA

Quais os critérios de qualidade da educação médica que o grupo considera essenciais para avaliar: cenários de prática/integração

ensino e serviço:

- Quantidade de estudantes por preceptor/docente
- Vínculo preceptor/docente com o campo de prática
- Implantação e implementação do COAPES antes mesmo da relação docente/estudante, especialmente quanto à gestão em saúde.
- Garantir que o cenário de prática é no SUS acompanhado por profissionais do SUS
- Existência de programação de formação continuada em atividade prática
- Presença de infraestrutura mínima/essencial em número e qualidade para o exercício da atividade prática proposta
- Compatibilidade do cenário com o projeto pedagógico do curso
- Existência de programa de incentivo ao exercício da preceptoria/docente e à instituição de saúde
- Presença local de legislação específica que regule relação docente/estudante nos cenários de prática no SUS
- Existência de PET Saúde
- Presença no PPC de disciplinas que integrem comunidades locais

### **MESA 3 - CUIDADO COM O DISCENTE**

- Existência e efetividade (com relatórios de número de alunos atendidos por mês, quantos encaminhamentos foram feitos, se há divulgação para os alunos sobre o serviço) de um núcleo de apoio psicopedagógico de cada curso (não da Universidade) que inclua acompanhamento para alunos com deficiência e neurodivergentes, programa de nivelamento para estudantes ingressantes. Esse serviço de acompanhamento deve ser feito por profissionais específicos para a área (psicólogos, psicopedagogos, etc),



em número suficiente para atender a demanda dos alunos. As atividades devem ser realizadas de forma individual e em grupo, incluindo campanhas de conscientização sobre diversos aspectos. Essa proposta inclui também avaliar a possibilidade de o curso encaminhar o aluno para acompanhamento por uma clínica conveniada – viabilização de consultas externas;

- Existência de um programa de apoio, infraestrutura para alunas gestantes e puérperas que ofereça adaptações e apoio institucional para que estas não fiquem marginalizadas no processo acadêmico nesse período;
- Existência de uma política de inclusão no curso que integre questões étnicas, de gênero, de cor, cultura, etc.
- Existência de um núcleo de capacitação regular do corpo docente sobre questões relativas a questões de gênero, étnicas, cor, deficiência com ensino de estratégias específicas de abordagem;
- Existência de programas de mentoria (apadrinhamento), monitoria de alunos por docentes e discentes com atividades regulares;
- Existência de portfólio do aluno com informações importantes sobre os alunos (perfil do estudante) e sobre observações de professores sobre o desempenho e necessidades dos alunos ao longo do semestre que facilite o acompanhamento longitudinal.
- Existência de adaptação de infraestrutura e materiais didáticos para as pessoas com deficiência;
- Existência de estratégias de garantia de subsídios para alunos com dificuldades financeiras (bolsa de estudos, residência universitária, restaurante universitário, transporte);
- Existência de um acompanhamento com monitoramento individualizado para alunos com dificuldades psicopedagógicas que institua um plano de ação individualizado com estratégias para reinserção do estudante ao longo do semestre e monitore a evolução

dos alunos que estão sendo acompanhados por meio de ações de nivelamento;

- Existência de instrumentos psicológico para identificação e acompanhamento de neurodivergências;
- Existência de um espaço de convivência para permitir descanso, alimentação para os docentes e discentes;
- Existência de um espaço para estudo individual e coletivo (mesas e estudo, biblioteca), etc;
- Incentivo da Universidade à livre organização dos estudantes (CA) e participação nas decisões referentes ao curso por meio de participação efetiva no colegiado;
- Existência de atléticas e outras estratégias de apoio ao esporte e integração cultural como forma de apoio à saúde mental dos estudantes;
- Existência de um sistema de avaliação organizado, diversificado, formativo, somativo, regular, com feedback constante, em que constem critérios de avaliação bem definidos para cada unidade curricular de forma clara para todo o semestre;
- Existência de programas de incentivo ao ensino, pesquisa e extensão.

#### **MESA 4 - INTERNATO**

Aspectos relacionados à preceptoria:

Desenvolvimento da preceptoria, qualificação do preceptor (aspecto pedagógico); Curso de capacitação periódica – formação contínua (incentivo, política);

Foco no pedagógico;

Sobrecarga do ensino-serviço;

Articulação com o preceptor já é o funcionário da unidade de saúde interfere na qualidade das atividades de internato;

Estabelecimento de atribuições da preceptoria (controle de presenças e etc); Reconhecimento e apropriação normativa;

Necessidade de ruptura da cultura de avaliação somativa e quantitativa para o aprendizagem;

Pouco contato dos internos com os preceptores;

Tomadas de decisão entre pares (preceptores);

Detalhamento do papel da preceptoria e articulação com a interprofissionalidade.

### Aspectos relacionados ao educando

Avaliação processual/continuada de forma permanente para manter-se atualizado (do interno) e acompanhamento psicopedagógico;

Devolutivas para além de notas;

Não somente avaliar a competência, mas ter uma espécie de mentoria (saúde mental)

Plano de atividade para execução das atividades de internato;

Plano de remediação, dependendo do rodízio que é adotado para abono de faltas (discussão a respeito, sem consenso);

Integração na teoria e prática com revisão dos aspectos comunicacionais entre os profissionais e estudantes;

Olhar para as necessidades especiais, garantia de espaços, recursos e estratégias para inclusão;

Existência de uma matriz de competência mais ampla – quais são as competências essenciais e sua relação com o perfil egresso;

Foco na dimensão atitudinal e outros aspectos subjetivos

## Aspectos Institucionais Institucional

- Infraestrutura (adequação de espaço físico)
- Dois internos para um preceptor
- Institucionalização da preceptoria não-docente (necessidade de incentivo, financiamento, bolsa-estudo)
- Como ficariam escolas que não tem hospitais-escola?
- Estratégias de prevenção e para lidar com condições de assédio e outras violências (ouvidorias);
- Registro de quantas denúncias foram resolvidas  
transparência (anonimato)
- Estabelecimento de prazo mínimo pra devolutiva (mantendo a transparência ao final)
- Divulgação e informação sobre as formas de assédio e violência para conhecimento geral.
- Estratégias e indicadores para garantia a supervisão e orientação ao estudante.

## SALA ROSA

### Mesa 1: Eixo infraestrutura

Acessibilidade: adaptações físicas (rampas; banheiros; acústica; iluminação; equipamentos eletrônicos);

Tecnologia: acesso a equipamentos cruciais para o desenvolvimento discentes (informática; simuladores; acesso a bancos de dados científicos);

Laboratórios (construção; implantação e manutenção dos equipamentos);

Espaços planejados na IES e nos serviços de saúde (locais de repouso; locais de estudo; área de repouso; atividades práticas; sala de discussão de mesa redonda; espaços de habilidade de comunicação);

Proporcionalidade entre estudantes e área de serviço;  
Proporcionalidade entre estudantes e preceptores;  
Grau de articulação entre a IES e o gestor de serviço (Ex: COAPS);  
Contrapartida financeira per capita (Potencial financeiro).  
Acesso aos serviços.

### **Mesa 2: Eixo projeto pedagógico/orientação curricular**

Prever e descrever os sistemas de avaliação de docentes, discentes, do serviço e da instituição

Descrever como ocorre a integração ensino-serviço-comunidade

Organizar o currículo prevendo “áreas verdes” no ciclo biopsicossocial (1-8 semestres)

Prever e descrever as formas de desenvolvimento docente em habilidades pedagógicas

Prever e descrever as estratégias de apoio psicopedagógico

Prever e descrever a diversidade de metodologias de ensino e de avaliação

Descrever os ambientes de prática do internato

Prever e descrever de que maneira será estimulada e educação continuada do preceptor e os critérios de seleção

Prever e descrever as estratégias do curso para formar discentes em ensino, pesquisa e gestão

Prever e descrever as estratégias de integração curricular vertical e horizontal

Contemplar os indicadores de saúde locais

Descrever a articulação do curso com o território

Currículo estruturado em linhas de cuidados

Prever a forma de revisão curricular com ênfase na colaboração

representativa de discentes, docentes, técnicos administrativos e gestão

### **Mesa 3: Eixo corpo docente**

É importante avaliar:

Ter tanto na sua área, quanto na área de educação em saúde e na saúde. (Por meio de indicação que avalie a relação entre esses fatores. Outro ponto seria utilizar o critério de avaliação do corpo discente como feedback para avaliação do docente, de forma que isso nos mostre se o plano de ensino do docente funcionou. Nesse sentido, a ideia é não prejudicar que a má nota dada por um aluno, prejudique um docente uma vez que ele obteve boa nota pela maioria.

Ter o conhecimento sobre o ensino o adulto (andragogia).

Ter qualificação sobre as práticas inclusivas (para discentes autistas, deficientes auditivos, por exemplo) e metodologias ativas.

Ter conhecimento sobre as habilidades necessárias a preceptoría (sendo médico ou não; o tempo de experiência na área a ser trabalhada.)

A dedicação do docente, não exatamente a carga horária. Logo, o que esse faz quando está na IES.

Adesão do docente as iniciativas institucionais. (Atividades formativas complementares)

Carga horária protegida para o exercício da preceptoría.

Representatividade do corpo docente e de preceptores.

Multiprofissionalidade no eixo prático como critério de qualidade do corpo docente e de preceptoría, para atos médicos não exclusivos.

#### **Mesa 4: Eixo avaliação do estudante**

Estrutura curricular, avaliações semestrais, teste de progresso, trabalhos interdisciplinares, integração do estudante no sistema de saúde.

Avaliar desempenho do estudante nos cenários de prática, como ocorre a atuação em rede, atitudes/ profissionalismo (relação com pares, com outros profissionais e equipe multi)

Avaliação de outros profissionais nos cenários de prática – avaliação multiprofissional

Equilíbrio entre avaliações formativas e somativas – não seria melhor da preferências aos processos formativos em detrimento aos somativos?

Quais avaliações do estudantes seria interessante verificar em uma visita?

Lista de comportamentos observáveis, descrição de comportamentos desejáveis

Processos avaliativos com feedback estruturante

Avaliações sistemáticas

Autoavaliação - pode ser considerado o processo de autoavaliação como critérios de qualidade?

Processos longitudinais de avaliação de currículo e historico escolar

Padronização da avaliação no internato

Avaliação contínua, com métodos diversos, com equilibrio entre métodos somativos e formativos e garantia de feedback

Avaliação em cenários de prática (osce & mini cex + avaliação 360 multiprofissionais)

Transparência no processo avaliativo e de forma contínua

Formação de comissões de avaliação para desenvolver os processos avaliativos da instituição (nde + docentes)

Estruturação de instrumentos de avaliação de comportamentos observáveis

Realização de teste de progresso

Avaliação continuada, periódica, padronizada no internato, atitude, teoria e pratica

Processos de autoavaliação do estudante como critério de qualidade (ppc)

avaliação longitudinal do estudante em sua jornada acadêmica

### **ATIVIDADE 3 - PLENÁRIA COM DISCUSSÕES DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE**

#### **SALA ROSA**

##### **Mesa 1 - Infraestrutura Atenção para a mobilidade**

Precisa avaliar as condições da escola de proceder os recursos para criar diferenças

Considerar os Corpos negros

E as questões éticas com relação a forma de lidar nas disciplinas de formação médica

Questões sociais do Brasil

##### **Mesa 2 - Projeto pedagógico**

Ter programa de capacitação docente

Interprofissionalidade

Áreas verdes

Evitar currículos engessados

Seleção de preceptores a partir participação de processos anteriores

Valorizar a integração curricular



Voltar-se para o objetivo as práticas integrais

Avaliação nos serviços

Revisão/Avaliação incluindo os diversos autores (Discentes, docentes, gestores, técnicos e comunidade)

Elaboração voltado para as necessidades da comunidade

Necessidade de considerar qual o impacto dos cursos na dinâmica da comunidade

Avaliar as extensões se estão de fato cumprindo o objetivo com a comunidade

Encaixar as libras

### **Mesa 3 - Corpo docente e preceptores**

Qualificação médica e em educação médica

Questão pedagógica do ensino médico]

Ensino do adulto

Habilidades para práticas inclusivas e metodologias ativas (Muitas faculdades adotam ...

saber como está a adequação com relação ao quantitativo)

Preceptoría por não médicos – Critérios

Multiprofissionalidade do corpo docente

Desempenho do discente relacionado ao desempenho do docente

Avaliação do docente pelos discentes: perguntas objetivas e subjetivas

Estímulos a preceptoría (financeiros ou outros)

No mínimo ter o programa de docência em saúde

MFC é especialista em atenção primária, área que pouca valorização como nível de atenção para fixação dos profissionais

No grupo um tema sobressaiu nas discussões, foi o exercício da preceptoria em

medicina por não médicos

Importante que os estudantes de medicina sejam colocados em contato com as outras 15

profissões em saúde para que possam atuar no futuro de modo congruente

(Sandro)Diretrizes e avaliações - Várias inquietações elencadas na oficina sobre a

formação em medicina podem ser concretizadas no momento em que os atores se

debruçam para a formulação de diretrizes e também para critérios de avaliação

Importante observar qual o letramento das novas facetas

Mínimo engajamento dos professores com a pesquisa

Falta de incentivo para as atividades de extensão

#### **Mesa 4 - Avaliação do estudante**

Avaliação contínua (formativa + somativa com feedback)

Criação da comissão de avaliação

Estudante ter conhecimento da metodologia e critérios

Observar comportamentos “competências”, relação do estudante com todas as pessoas e

ambiente

Avaliação padronizada e periódica de práticas (internato)

Inserir autoavaliação (PPC)

Dissenso - Avaliação longitudinal na jornada acadêmica (A. problematizado pela

plenária a situação da jornada acadêmica pelo fato de criar a possibilidade de que

pessoas que não possuem condições financeiras para acessar diferentes eventos

possam ser excluídas ou penalizadas...

Avaliação longitudinal na jornada acadêmica (B.comportamento ético – trajetória social)

Proteção dos horários verdes e livres

Violência institucional – Cultura antitrote

Importante ter representante dos alunos na comissão de provas

Atenção para os tipos de seleção para ingresso aos cursos de medicina

As atividades e decisões que envolvem os cursos precisam ser sintônicos com as políticas para

evitar que tenham consequências contrárias aos objetivos das mesmas

## **SALA VERDE**

### **Mesa 1 - Responsabilidade social**

Responsabilidade com a pessoa com deficiência física dentro e fora da instituição

Diversidades precisam ser inseridas na longitudinalidade do curso

Escutar o que o entorno da escola precisa

Criar mecanismos de avaliação da comunidade para a escola

Criar serviços que respondam às necessidades

Proposta que as atividades de extensão devam ser mantidas de modo contínuo, para não criar necessidade e deixar lacuna

Estimular a escola para criar vagas para os alunos que nascem e vivem na área

Quem a escola está empregando? Ela acolhe pessoas do entorno? Ela privilegia quem é da comunidade para as vagas de emprego?

Deve ser fortalecida a contratação dos indígenas nos locais onde se inserem as unidades

## **Mesa 2 - Cenários de práticas**

Necessidade do COAPS para orientar a organização

Cenário precisa ser no SUS

Integração desde o início do estudante, principalmente quando existem diferentes instituições de ensino no mesmo local

Docentes dispensam os alunos das públicas (questão financeira)

Compatível com o PPP

Necessita programas de bonificação para a instituição e preceptoria

Relação/ proporção – aluno preceptor

A importância de a comunidade estar vinculada e incluída nas ações

Em Fortaleza: tem hospital, mas a APS está sob a responsabilidade das OS, existe lei que

determina que as vagas devem ser prioritariamente destinadas ao SUS, mas as OS estão sob a responsabilidade das OS e são elas que autorizam e não os gestores.

Observações individuais – “Como os alunos já vem do ensino básico cheios de matemática...física... essas coisas... Os alunos no começo do curso deveriam já ir logo para a alta complexidade!”

Política de formação de preceptoria... Necessidade de considerar a condição do preceptor e as condições de trabalho que muitas vezes torna penoso para o profissional

Necessidade de incluir as questões relacionadas à população indígena

### **Mesa 03 - Cuidado com discente**

Ter grupos para suporte e que sejam identificados com planos e instrumentos para

diagnósticos e planos psicopedagógicos com proporção entre os estudantes e

profissionais

Inclusão de alternativas para bem descanso e estar dos discentes  
.Existência de redário e

cochilódromo

Identificação dos Discentes que necessitam dos estudantes e socialização com docentes

Sistema de Informações sociodemográficas do Estudante (Portfolio) para

acompanhamento pelos docentes

Sugestão de inclusão de indicador de atléctica que foi contestado pela plenária, alertando

para o risco das ligas com relação às violências associadas, destacando a necessidade do

estímulo às actividades físicas que é diferente

Problematização com relação às demandas dos estudantes e o acolhimento pelas

instituições

Discutida a necessidade de normatização com relação a especificidade que envolve o

acompanhamento do estudante com relação às bolsas. Possibilitando que continue com bolsas a partir de decisões responsáveis sobre o progresso do aluno.

Importante que sejam acompanhados os critérios para hetero identificação.

## Mesa 4 – Internato

- Preceptores e docentes:
- Plano de ensino
- Interface que implica em sobrecarga (pois já tem agenda e a atividade de ensino e soma outro)
- Relação interno docente
- Apropriação das normativas (integração do plano avaliativo e orientações da instituição que está em processo)
- Observar a avaliação com e não para
- Permanente e não pontual
- Recompensa
- Educando
- Processual, continuada
- Apoio pedagógico
- Remediação das perdas (precisará de alternativas para reparar as perdas justas)
- Plano de avaliação com paralelo com as competências
- Precisa ter clareza das competências essenciais
- Avaliação atitudinal
- Institucionalização

### Instituições:

- Plano voltado para averiguação de situações críticas
- Todo educando tenha atividade supervisionada
- Adequação do espaço
- Necessidade do reconhecimento da preceptoría

- Necessidade da integração dos papéis docente/preceptor
- Determinar o número de estudantes por leito
- N de internos/tutor
- Documento definindo quem é que organiza as ações das atividades da preceptoría

***Internato faz parte da graduação, estágio supervisionado, obrigatório de final de curso, então o curso tem responsabilidade em organizar o internato (precisa ter programa, método de avaliação) Quais mecanismos? O que está fornecendo?***

## **ATIVIDADE 4 - AVALIAÇÃO**

Após conclusão das atividades da oficina foi realizada a avaliação pelo grupo mediada por com a utilização do Mentimeter e formação de nuvem de palavras a partir das respostas do grupo a orientação. Pensando nos dois dias de Oficina nos diga:

**O que conheceu?**

**O que pensou?**

**O que construiu?**

**O que sentiu?**

## ELEMENTOS DE PERCEÇÃO DA RELATORIA / IMPRESSÕES

As atividades da oficina transcorreram em ambiência propícia para os objetivos propostos, contou com a participação ativa de docentes, discentes, gestores, representantes de instituições vinculadas à educação médica e representante do Ministério da Saúde. Sendo explícito o interesse de todos nos debates, colocando seus pontos de vista, e quando divergentes, discutidos de forma adequada e respeitosa. Um tema recorrente foi a forma de utilização das metodologias ativas no ensino médico, mesmo admitindo a 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.

Ainda com relação à metodologia, um grupo fez o seguinte registro: “sugestão é reservar um tempo antes do “café mundial” para que os convidados possam ler as DCN de modo a poder tecer suas reflexões junto aos grupos de forma mais efetiva.”



**Em síntese:** A Oficina formativa para reflexão e discussão sobre critérios e indicadores de qualidade relevantes para a regulação das escolas médicas no Brasil da regional nordeste II, aconteceu em Fortaleza nos dias 06 e 07 de agosto de 2024, contou com 21 docentes, 18 discentes, 18 gestores e 01 residente. **Constando entre outras, com as seguintes considerações:**

### Para manutenção nas DCNs 2014

- Manter o perfil do egresso em relação às suas competências na atenção à saúde, educação em saúde e gestão em saúde, com ênfase no artigo 7 e na necessidade da atenção às necessidades individuais e coletivas
- Integração do estudante ao cenário do SUS, com o foco na atenção primária
- Manter o artigo 25 que contempla o aproveitamento das atividades complementares, ressaltando as monitorias, estágios, programas de extensão
- Manter a possibilidade de mobilidade do estudante (25%)
- Manter o artigo 37 que fala do número de vagas de residência igual ao número de ingressantes
- Manter o tempo mínimo de 2 anos do internato

### Com vistas ao aprimoramento das DCNs 2014

- Necessidade de ser melhor elaborada a equidade para garantir que a diversidade e desigualdade sejam respeitados dentro de cada especificidade
- Aprimorar a humanização da comunicação centrada na pessoa – precisar ficar mais explícito que isso é uma especificidade de todo médico e não apenas no médico de família e comunidade
- Criação de orientação que defina competências culturais e abordagem de temas transversais: indígenas, LIBRAS, educação ambiental, direitos humanos, relações étnico-raciais

- Detalhar o COAPES
- Detalhar as competências para a interprofissionalidade – garantir que tenham competências e habilidades que regularizem essa relação
- Caracterizar o que é extensão e o delineamento da inserção do currículo
- Explicitar a necessidade de avaliação do aluno de modo processual e responsabilização das instituições
- Conceituar objetivamente o perfil do egresso
- Especificar o tipo de serviço com perfil para receber a Mobilidade acadêmica
- Detalhar a equivalência entre número de egressos e o tanto de número de vagas na residência

**Quanto à retirada de itens das DCNs 2014** - Inicialmente houve sugestão de retirada de parágrafos das DCN cujos conteúdos já constavam em outros documentos, mas diante do caráter orientador das DCNs, os grupos optaram pela atualização em questões temporais e modificações no sentido de incorporação das necessidades. Um item bastante discutido foi quanto a obrigatoriedade do domínio de língua estrangeira/ inglês, sendo indicada a mudança para a implementação de libras, também foi registrada a necessidade de supressão das redundâncias de escrita das DCNs, assim como a retirada das ressalvas do art. 37 (padronização das vagas de residência, para se tornar oferta de vagas com base nas necessidades da população).

### **Para ser incluído nas DCNs**

- Detalhamento da figura do preceptor (art. 24) quanto ao perfil;
- Definição e diferenciação dos termos e nomenclaturas utilizadas no documento Estratégia de formação continuada de preceptores/docentes;
- Desenvolvimento de competências colaborativas

- Detalhamento da interdisciplinaridade (obrigatoriedade curricular);
- Fortalecimento do COAPS
- Detalhamento da inclusão das atividades de extensão nos projetos
- Inserção de mecanismos de avaliação das escolas médicas
- Fortalecer nas diretrizes (SUS) o papel regulador do poder público com a formação (público-público\público-privado)
- Detalhar aspectos constitutivos da formação para a telemedicina
- Inserção de diretrizes de monitoramento/acompanhamento e avaliação das DCNs e instrumentos padronizados para monitoramento

### **Quanto aos critérios e indicadores para a avaliação**

Conforme descrito no corpo do relatório, os critérios e indicadores estabelecidos partiram das determinações Constitucionais da saúde como Direito e responsabilidade do Estado, considerando os recursos públicos a serviço da coletividade e a forma de gestão das atividades de modo participativo, visando à integralidade, equidade, garantia do acesso, permanência e respeito a todos os indivíduos implicados. Os participantes ressaltaram a importância de que as Diretrizes forneçam subsídios/referências que possibilitem que as avaliações das ações educativas em saúde, contribuam para formação de profissionais éticos, tendo como referência a educação promovida pelo SUS como ordenador da formação e dessa forma comprometido com as necessidades da população. E que a formação se dê em contextos inclusivos, acolhedores, atentos às iniquidades e levando em conta as diferentes situações de inserção dos participantes do processo de ensino/aprendizagem. Que além do desenvolvimento de habilidades técnicas, também possibilite experiências humanistas, de modo a produzir profissionais com letramento social, críticos, colaborativos, comprometidos com a atividade profissional e com competência para atuação no SUS.

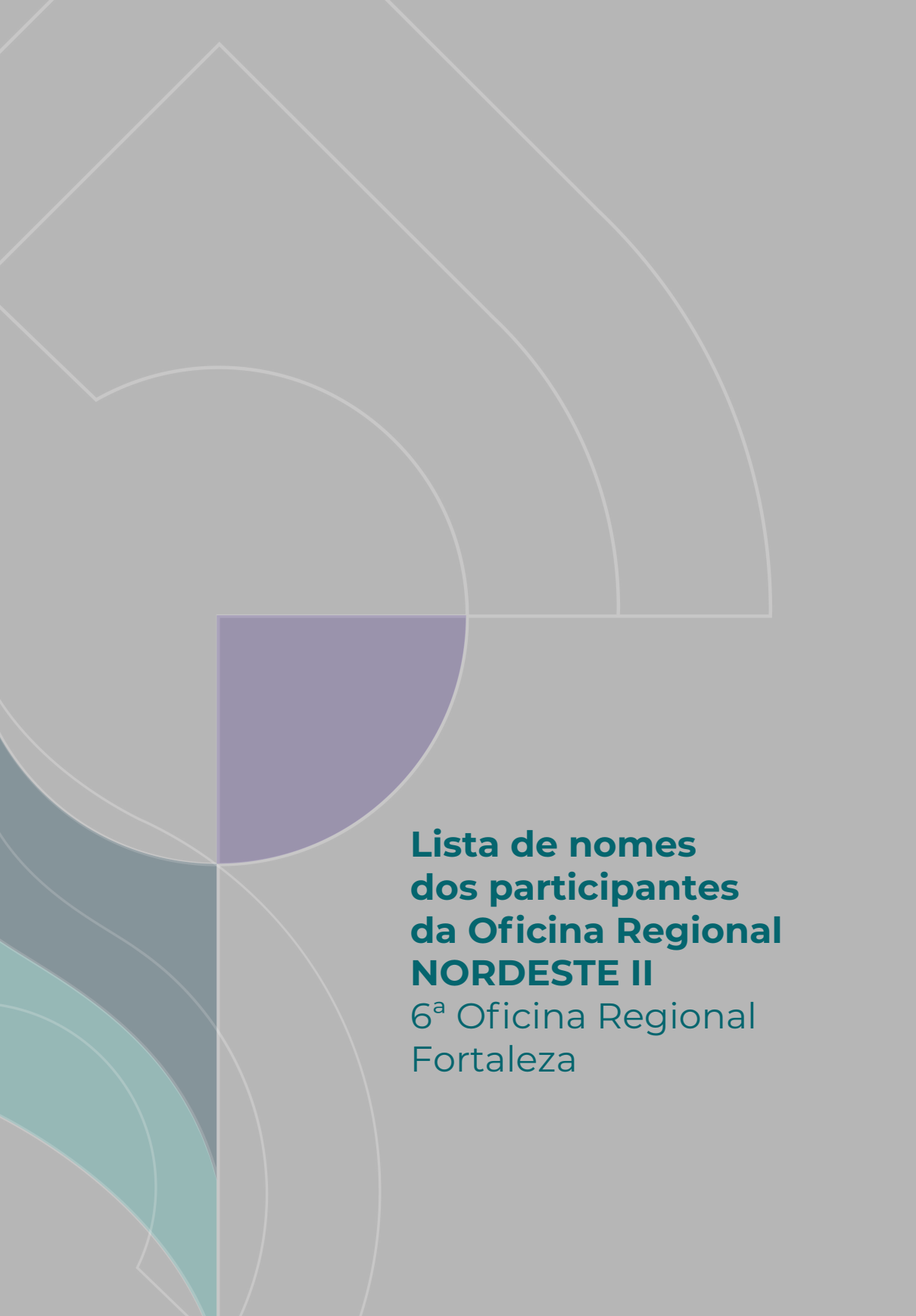
## REGISTROS FOTOGRÁFICOS

DIA 06/08



DIA 07/08





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

6ª Oficina Regional  
Fortaleza

| Nome:                                    | Categoria | Instituição               |
|--|-----------|---------------------------|
| 1. ALMIR DE ARAÚJO PENAFORTE JÚNIOR      | GESTOR    | FAMEG                     |
| 2. ANA AMÉLIA REIS JEREISSATI            | DOCENTE   | C. Universitário Christus |
| 3. ANDREA FAGUNDES VAZ DOS SANTOS        | GESTOR    | Facene Mossoró            |
| 4. ANDREA TABORDA RIBAS DA CUNHA         | GESTOR    | UERGN                     |
| 5. ARISTIDES AUGUSTO PALHARES NETO       | PROJETO   | ABEM                      |
| 6. CARLA ADRIANE F. LEAL DE ARAUJO       | DOCENTE   | Fps                       |
| 7. CARLA ROBERTA MACÉDO DE SOUSA         | DOCENTE   | Ufc Sobral                |
| 8. CAROLINA MONIZ DE ALMEIDA             | ABEM      | ABEM                      |
| 9. CHARLENE DE OLIVEIRA PEREIRA          | DISCENTE  | Fip                       |
| 10. CÍCERA JANIALLY DE MATOS C. PINHEIRO | GESTOR    | Estácio J. do Norte-CE    |
| 11. CLAUDIA REGINA DE A. ARRAIS ROSA     | GESTOR    | Ufma Imperatriz           |
| 12. DJERLLY MARQUES ARAUJO DA SILVA      | DISCENTE  | ABEM/SESAU                |
| 13. EDILARDO PIMENTA FLORÊNCIO           | DISCENTE  | UFERSA                    |
| 14. EDUARDO SIMON                        | DOCENTE   | DIRETOR REGIONAL          |
| 15. ÉRIKA MARIA LIMA BANDEIRA            | ABEM      | ABEM                      |
| 16. FERNANDA NUNES DE LIMA FERNANDES     | DISCENTE  | Facene Mossoró            |
| 17. FERNANDO AUGUSTO M. DOS S. FIGUEIRA  | IMIP      | Imip                      |
| 18. FRANCARLOS DE OLIVEIRA SOUZA         | DISCENTE  | FAP-Araripina             |
| 19. HENRIQUE SÁ                          | DOCENTE   | UNIFOR                    |
| 20. IAEL CRISTINA DA S. P. MARINHEIRO    | GESTOR    | Estácio Canindé           |
| 21. IAGO RIBEIRO DA COSTA                | RESIDENTE | Vice-Coord. M. Resid.     |
| 22. IGOR XAVIER DE LUCENA                | DOCENTE   | Fip                       |
| 23. ISABEL BRANDÃO CORREIA               | DOCENTE   | ABEM /CEREM               |
| 24. ISABELA THOMAZ TAKAKURA GUEDES       | DOCENTE   | UNIFOR                    |
| 25. ISABELLA M. DE OLIVEIRA MAGALHÃES    | DOCENTE   | AFYA                      |
| 26. JANAÍNA FARIAS REBOUÇAS              | DOCENTE   | Estácio J. do Norte-CE    |
| 27. JESSIKLÉCIA JOSINALVA DE SIQUEIRA    | GESTOR    | Fps                       |
| 28. JILIELISSON OLIVEIRA DE SOUSA        | DOCENTE   | Facene Mossoró            |
| 29. JOÃO LUIS ALEXANDRE FIUSA            | GESTOR    | FAP - Araripina           |
| 30. JOÃO LUIZ VIEIRA RIBEIRO             | DOCENTE   | UNINOVAFAPI               |
| 31. JOÃO MACEDO COELHO FILHO             | GESTOR    | FMUFC                     |
| 32. JOÃO PENHA NETO SEGUNDO              | DISCENTE  | Ufma Imperatriz           |
| 33. JOAQUIM MIGUEL MOREIRA SANTIAGO      | DISCENTE  | FMUFC                     |
| 34. JOSÉ DE ARIMATÉIA SILVA JÚNIOR       |           | COSEMS/CE                 |
| 35. JOSÉ DINIZ JUNIOR                    | DOCENTE   | Conselho Fiscal - UFRN    |
| 36. JOSÉ EDUARDO BARONEZA                | DOCENTE   | UNB                       |
| 37. JOSÉ RODRIGUES PAIVA NETO            | GESTOR    | UFERSA                    |
| 38. JÚLIO CESAR VERAS MAGALHÃES          | DISCENTE  | FPS                       |
| 39. KALEB FERNANDES MARIANO              | GESTOR    | Afya Santa Inês           |
| 40. LETÍCIA DUARTE SILVA                 | DISCENTE  | Afya Santa Inês           |
| 41. LOREN DIAS BRAGA BARROSO             | DISCENTE  | UERN                      |
| 42. LÚCIA MARIA DO RÊGO MEDEIROS         | GESTOR    | UNINOVAFAPI               |
| 43. LUIZ HENRIQUE CÂNDIDO CALLOU         | DISCENTE  | AFYA                      |
| 44. LUIZA GOMES DANTAS GURGEL            | RESIDENTE | FPS                       |
| 45. MARCOS ANTONIO CUSTÓDIO              | DOCENTE   | Ufma Imperatriz           |
| 46. MARIA CLARA MOREIRA SANTIAGO         | DISCENTE  | Ufc Sobral                |
| 47. MARIA CRISTINA SETTE DE LIMA         |           | CONASEMS                  |
| 48. MARIA DO S. LITAIFF RODRIGUES DANTAS | DOCENTE   | UEC                       |
| 49. MARYNÉA SILVA DO VALE                | DOCENTE   | UFMA                      |
| 50. MIGUEL AGUILA TOLEDO                 | GESTOR    | Fip                       |
| 51. MÔNICA CARDOSO FAÇANHA               | DOCENTE   | FMUFC                     |
| 52. NELY MARJOLLIE G. TEIXEIRA REIS      | DOCENTE   | Estácio Canindé           |
| 53. PAMELA PAOLA CARNEIRO LOPES          | DOCENTE   | Afya Santa Inês           |
| 54. PAULO ROBERTO LACERDA LEAL           | GESTOR    | Ufc Sobral                |
| 55. CAIO VISALLI LUCENA DA CUNHA         | DOCENTE   | UNIFSM                    |
| 56. RÔMULO RAVI LUCENA LIMA              | DISCENTE  | UNIFSM                    |
| 57. TAMIRES BRENDA CONCEIÇÃO BENITES     | DISCENTE  | Afya                      |

| Nome:                                  | Categoria | Instituição                |
|--|-----------|----------------------------|
| 58. EULÁLIA CAMPELO                    | DISCENTE  | UNICHRISTUS                |
| 59. YURI DIAS MACEDO CAMPELO           | DOCENTE   | FAHESP                     |
| 60. JANAINÉ FERNANDES GALVÃO           | DOCENTE   | C. U. St. Maria-Cajazeiras |
| 61. YARA MARIA CAVALCANTE DE PORTELA   | DOCENTE   | UFMA                       |
| 62. RICHARD HALTI CABRAL               | DOCENTE   | FAP - Araripina            |
| 63. ROBERTA VIANA SILVA                | DISCENTE  | Fahesp/iesvap              |
| 64. RODRIGO CORDEIRO PALMEIRA PINTO    | DISCENTE  | Ufrn Natal                 |
| 65. ROSIANE VIANA ZUZA DINIZ           | DOCENTE   | UFRGN/ ABEM                |
| 66. SHEILA RAQUEL MORAES REGO LIMA     | DISCENTE  | UEC                        |
| 67. TAMMY RODRIGUES                    | DOCENTE   | UFERSA                     |
| 68. THALES ALLYRIO A. DE M. FERNANDES  | DOCENTE   | UERN                       |
| 69. JOCÉLIA MARIA DE AZEVEDO BRINGEL   | GESTOR    | Uece                       |
| 70. MARIA DAS GRAÇAS BARBOSA PEIXOTO   | DOCENTE   | Uece                       |
| 71. MARIA FERNANDA LOPES DA SILVA      | DISCENTE  | Uece                       |
| 72. RICARDO ALEXANDRE OLIVEIRA CIRIACO | GESTOR    | Uninovafapi                |
| 73. ELINE ETHEL FONSECA LIMA           | MS        | SGTES/MS                   |
| 74. MARIA DORALICE DE SOUZA            | ABEM      | ABEM                       |
| 75. RODRIGO PINHEIRO SILVEIRA          | ABEM      | ABEM                       |
| 76. SANDRO SCHREIBER DE OLIVEIRA       | ABEM      | ABEM                       |
| 77. AIDA REGINA MONTEIRO DE ASSUNÇÃO   | ABEM      | ABEM                       |
| 78. LENIRA FERREIRA RIBEIRO            | ABEM      | ABEM                       |
| 79. ALESSANDRA CARLA DE A. RIBEIRO     | ABEM      | ABEM                       |
| 80. LORENE LOUISE SILVA PINTO          | ABEM      | ABEM                       |
| 81. MARIA VITÓRIA PEREIRA DA SILVA     | DISCENTE  | DENEM                      |
| 82. JEFFERSON ALVES FREITAS            | DISCENTE  | DENEM                      |
| 83. ALEXANDRE SABOIA A. BORGES FILHO   | DISCENTE  | UNIFOR - Fortaleza         |







**OPAS**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO