



Formação Médica
para o Brasil

onde estamos e
para onde vamos?

Um olhar comprometido
com a responsabilidade
social no século XXI



Relatório
Oficina Regional
SÃO PAULO

9ª Oficina Regional - São Paulo
RELATORIA - PLENÁRIAS e
TRABALHO EM GRUPOS



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



Relatório Oficina Regional

SÃO PAULO

Projeto REVER

Formação Médica para o Brasil

9ª Oficina Regional - São Paulo
19 e 20 de agosto de 2024

RELATORIA - PLENÁRIAS e TRABALHO EM GRUPOS
(Congrega as escolas de São Paulo)



Relatório Oficina Regional
SÃO PAULO
9ª Oficina Regional São Paulo

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.

86 p. : il.
ISBN - 978-65-86406-13-9
1. Educação na Saúde. 2. Administração em Saúde. 3. Saúde Pública.
I. Título.

Título para indexação:
Regional Workshop Report SÃO PAULO

Sumário

Objetivos	5
DIA 1 - 19/08/2024	
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 e apresentação da equipe pedagógica.....	8
Atividade 5 - Apresentação dos Objetivos da Oficina.....	8
Atividade 6 - Trabalho de Grupos.....	9
Atividade 7 - Síntese de Alinhamento do Processo de Construção Histórica.....	15
Atividade 8 - Trabalho em Grupo.....	15
Atividade 9 - Plenária para Elaboração da Síntese.....	32

Atividade 10 - Avaliação do Dia	40
---	----

DIA 2 – 20/08/2024

Atividade 1 - Princípios de Avaliação de Programas Educacionais.....	41
--	----

Atividade 2 - Café Mundial Adaptado - Critérios de Qualidade	42
--	----

Atividade 3 - Plenária com Discussão dos Critérios de Qualidade.....	70
--	----

Atividade 4 - Avaliação.....	79
--	----

Elementos De Percepção Do Relator / Impressões.....	81
--	----

Registros Fotográficos	82
-------------------------------------	----

Lista de nomes dos participantes da Oficina Regional SÃO PAULO 9ª Oficina Regional São Paulo.....	84
---	----

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

Objetivos

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

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

A oficina aconteceu nos dias 19/08/2024 e 20/08/2024 e teve a participação de 106 pessoas, entre docentes, discentes, gestores e representantes de entidades médicas.

Equipe pedagógica: Valdes Bollela, Aída Assunção, Aristides Palhares

Equipe Coordenadores: Denise Herdy, Lorene Pinto

Equipe de Relatoria: Emanuela Almeida, Lenira Ribeiro, Maria Doralice de Sousa

DIA 1 – 19/08/2024

ATIVIDADE 1 - MESA DE ABERTURA

Isabela Cardoso Pinto - SGTES/MS

Denise Herdy - ABEM Nacional e Coordenação do projeto

Lorenzo Salvestrini - Coordenador Discente ABEM

Francisco Neves - SESU/MEC

Ugo Caramori - Conselho Diretor da ABEM

A atividade inicial de composição da mesa de abertura contou com a participação de representantes das instituições acima relacionadas. A coordenadora da atividade iniciou 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 e a OPAS. Em seguida os membros da mesa saudaram os participantes e reafirmaram

os compromissos com a formação médica e com o projeto. Foi ressaltado que a ABEM tem buscado caminhos dentro das possibilidades existentes, o caminho do diálogo e da escuta, em todo o processo.

ATIVIDADE 2 - APRESENTAÇÃO DO PROJETO FORMAÇÃO MÉDICA

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, desafios no ensino e no cuidado no século XXI, e os resultados esperados ao final do projeto. Foram descritos os grupos de trabalho para cada frente 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 ao longo das 09 Oficinas e as que não puderam participar.

ATIVIDADE 3 - APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA OFICINA NACIONAL

Foi realizada apresentação do relatório de lançamento do projeto e primeira oficina nacional que aconteceu em Brasília, em dezembro de 2023, contou com a participação de 123 pessoas, entre docentes, discentes, gestores, entidades médicas, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e OPAS. Falou das metodologias usadas, objetivos da oficina e resultados alcançados, que subsidiaram a realização das oficinas regionais, reforçando a importância da escuta nas representações regionais. Foi aberta a fala para esclarecimento de dúvidas na plenária. Surgiu um questionamento aos representantes do MEC e MS sobre a perspectiva de aproveitamento pelo CNE, de todo o material produzido pelas oficinas para atualização das DCN, o que foi respondido enfatizando a importância desse esforço que a ABEM vem fazendo na coordenação do projeto e

que os ministérios além do compromisso com o projeto desde a sua concepção, têm se empenhado em participar das oficinas, destacado o peso político desse movimento, escutando pessoas comprometidas com a formação médica no país na expectativa que seja valorizado pelo CNE. Foi ressaltada a importância da participação do Conselho Nacional de Saúde neste processo, o que foi reafirmado que desde o início o CNS vem participando e que também terá assento no grupo de acompanhamento a ser instalado em breve, além da ABEM participar da comissão do CNS para as questões de formação médica.

ATIVIDADE 4 – RECONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES

Foi utilizada a ferramenta *Mentimeter*, para identificação dos nomes, estado de origem, categoria que representa: docente, discente, gestor, se escola pública ou privada e o que cada um está trazendo para esta oficina, formando uma nuvem de palavras com predomínio das palavras Esperança, Aprendizado e Mudança, como representação do grupo.

ATIVIDADE 5 – APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA

Foram explicados os objetivos da oficina neste primeiro dia e orientado sobre a atividade a ser realizada a partir daquele momento, que teve como objetivo identificar os conhecimentos prévios dos participantes sobre o processo de construção histórica das DCN.

Objetivo geral da(s) atividade(s):

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

Estratégias didáticas:

O que sabemos sobre...

World Café adaptado;

Sistematização com flipchart;

Apresentações dialogadas com PPT.

ATIVIDADE 6 – TRABALHO DE GRUPOS (Levantamento dos Conhecimentos prévios sobre a construção das DCN)

Os participantes da oficina foram distribuídos em salas, identificadas por cores, e nestas em 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 AZUL

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

Os participantes debateram sinalizando e destacando aspectos a partir dos conhecimentos e vivências de cada um :Currículo mínimo veio da ditadura; A LDB estabelece diretrizes e bases da educação nacional; Currículo mínimo é a entrega da formação para garantir um perfil de generalista; Legislação maior que engloba todo escalonamento do ensino, do fundamental até o superior; As leis federais de base que direcionam as diretrizes; As DCNs são subordinadas ao que é necessário atender para LDB; Currículo mínimo: é o mínimo de conteúdo e duração a serem observados no curso de Medicina (ou educação superior).

Mesa 2: CINAEM COM ÊNFASE NA CONSTRUÇÃO DAS DCN?

CINAEM com ênfase na construção das DCN; Foi uma comissão interministerial que contou com a participação das escolas médicas da época para discutir diretriz curricular nacional do curso de Medicina, inexistente até o momento. Então, surgiu as DCNs de 2001.

Mesa 3: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS DCN 2001

Alguns presentes possuíam conhecimento sobre o processo e outros não. Antes havia planos curriculares nacionais que não tinham força de lei, eram sugestões, não tinham força de lei. A partir de 2001, temos as diretrizes, algo mais assertivo; Percepção inicial: hoje temos construção coletiva, antes os grupos eram mais restritos, sem participação de todos os interessados (exemplo: escolas médicas).; Definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação; Contexto e necessidade de mudança, baseado no crescimento do SUS e seus princípios; Elaboração de diretrizes: feita por uma comissão de especialistas, considerando as discussões e propostas de diversas partes; O

documento final visava a formação de médicos generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, com base na integralidade e na humanização do atendimento; Foram aprovados pelo CNE e homologadas pelo MEC em 07 de novembro de 2001.

Mesa 4: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS DCN 2014?

Os participantes trouxeram vários aspectos relacionados ao processo de construção a saber: início com a Lei do Programa Mais Médicos, padronização do tempo de internato; definição de tempo para urgências/emergências e atenção básica; inclusão do conceito de determinação social do processo saúde e doença e da saúde coletiva e saúde mental como áreas; definição de 3 eixos, Educação, Gestão e Atenção à saúde para organizar as competências e conteúdos; o processo não foi tão participativo como o de 2001; Metodologias ativas como referência para o ensino/aprendizagem;

SALA VERDE

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

Os participantes sinalizaram os seguintes aspectos na discussão :Composição do currículo mínimo 7.500 horas; Falta de diálogo entre a LDB e as DCNs; Mais do que estabelecer uma quantidade x de horas, é necessário entender se aquilo que é proposto nas DCNs está sendo cumprido; Quantidade mínima de carga horária deve ser feita de uma forma equilibrada com a quantidade de horas que deve ser proposta de horas para o internato. Falta de regulamentação que avalia o tempo protegido de estudo; Acessibilidade dentro das propostas, considerando que a LDB estabelece normas que na maioria das vezes não são cumpridas pelas escolas médicas, já que elas costumam se basear nas DCNs para flexibilizar a questão de horas, dias letivos e pagamento de professores. Escolas utilizam dos sábados como área livre.

Observações no Post It:

Carga horária mínima, mas não máxima

Qualidade em determinação prática

Mesa 2: CINAEM COM ÊNFASE NA CONSTRUÇÃO DAS DCN?

O grupo teve dificuldades em fazer o resgate histórico, alguns sinalizaram a valorização da Interinstitucionalidade e do Movimento que culminou nas DCNs de 2001; Autonomia do órgão

Observações no Post It:

- “Qual a função do CINAEM?”

Mesa 3: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS DCN 2001

Poucos do grupo tinham conhecimento deste processo; Poucos docentes participaram do processo de construção das DCNs; Focado no perfil do egresso; Propor outra forma de ensino - Metodologia ativa - aprender a aprender; Possibilidade de inserção precoce do estudante no campo de prática - SUS

Mesa 4: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS DCN 2014?

No processo de discussão, boa parte do grupo declarou desconhecimento com relação aos temas propostos, sendo registradas as dúvidas em 02 intervenções nos “lembretes”. No sentido de informar sobre os conteúdos, o coordenador fez exposição dialogada estabelecendo diferenças entre LDB e currículo mínimo, também recuperou o processo histórico da construção da LDB, CINAEM e DCNs. Participantes do grupo destacaram a importância da existência de normatização para a formação, ponderando sobre a necessidade de considerar as especificidades do local e a diversidade do país. Representantes discentes sinalizaram a importância de contar com mecanismos de avaliação para serem usados pelos órgãos de controle de modo progressivo para avaliar estudantes e instituições. Alguns consideraram: texto complexo e de difícil entendimento; Difícil de entender diante da diversidade das escolas; Construído na base de mais médicos, é preciso que tenhamos mais atenção na saúde coletiva, e epidemiológica e com foco no médico generalista.

SALA ROSA

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

O currículo mínimo não foi totalmente superado. A dualidade Lei x Diretriz chama atenção.

Observações no Post It:

Contribuições: - A LDB está acima das DCN. As DCN atendem a LDB.

Dúvidas: - Quando foi feita a LDB? em 1996.

- Quem determinou o currículo mínimo? O CNE.

- Qual a validade de dispositivos de avaliação?

- Como foi construído/definido o currículo mínimo? A partir de qual público, conhecimento, conteúdo e contexto?

Mesa 2: CINAEM COM ÊNFASE NA CONSTRUÇÃO DAS DCN?

Aspectos discutidos na mesa: Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas; Norteadores de avaliação no ensino médico no país desde 1991; Contribuiu com a formação das DCN de 2001 e 2014; Órgão técnico.

Observações no Post It:

Contribuições: A intencionalidade da CINAEM não foi a de construir DCN, mas sim refletir sobre a formação médica no Brasil; Consórcio Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas; Surge de um movimento global de reflexão sobre a educação médica a partir de uma realidade de avanço tecnológico e do sistema capitalista; Apoio da DENEM mais duradouro; CINAEM- representatividade de movimentos sociais; Uma década de trabalho, diferente de 2014 e 2024.

Dúvidas: - CINAEM está participando da construção das DCN de medicina 2024? Não.

- Porque a CINAEM acabou?

Mesa 3: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS DCN 2001

Foi apresentado um texto pela ABEM durante o COBEM realizado em Petrópolis onde se abriu a discussão sobre várias fragilidades identificadas e sugestões incorporadas após o trabalho político da ABEM com o MEC. o que existia era o conceito de currículo mínimo e avançou para definições de domínios de competências gerais sendo os gerais comuns a todas as áreas da saúde e as específicas para a formação médica.

Observações no Post It:

Contribuições: O COBEM Petrópolis deu início ao texto que será apresentado na construção das DCN 2001; texto recebido foi alvo de críticas e sugestões que acabaram por ser incorporadas ao texto final.

Dúvidas: como era o mundo antes das DCN 2001?

- Por que implementamos em 2001 e em 2014 não?

Mesa 4: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS DCN 2014?

A construção foi mudança programática em aspectos estruturais. Orientação da formação médica com uma responsabilização contínua com as mudanças e prioridades de saúde da população; *Design* do cuidado baseado em competência (domínios e subdomínios): atenção à saúde, gestão em saúde e educação; Alteração da metodologia de aprendizagem /cenários de prática, passou de ensino centrado no hospital para ensino centrado na comunidade em relação aos cenários de práticas e em relação a metodologias ativas tornou-se centrado no estudante.

Observações no Post It:

Contribuições: Integração das necessidades da sociedade (Mais Médicos) porém articuladas em melhorar práticas em educação médica; DCN 2014 são resultado do surgimento do programa Mais Médicos como, por exemplo, perfil generalista; Resultado da aprovação do mais médicos; Contribuição para especificar as metodologias ativas de 2001 não era tão efetivo como 2014, fez parte do processo de construção; DCN de 2014, tal qual agora,

foram um processo atropelado com pouca consulta; Foram menos implementadas pela abertura desenfreada de cursos.

Dúvidas: quem quer revisar as DCN e porque e o processo como foi?

ATIVIDADE 7 – SÍNTESE DE ALINHAMENTO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

Retomando os trabalhos após o almoço, foi feita a explanação da síntese dos temas discutidos nos grupos sistematizando os tópicos trabalhados nos grupos pela manhã e houve um momento para esclarecimento de dúvidas e contribuições da plenária. Em seguida foi explicada a metodologia do Café Mundial adaptado a ser feito pelos grupos, novamente distribuídos nas salas.

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

A atividade 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 azul, sala verde e sala rosa). Nas salas, foram mantidos os grupos que trabalharam no turno da manhã, novamente divididos em quatro mesas que trabalharam com uma questão orientadora para cada mesa para discutir as Diretrizes Curriculares de 2014. 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

SALA AZUL

MESA 1: O QUE TEM E PRECISA SER MANTIDO

Capítulo 1 mantido

- Formação humanista, reflexiva e ética centrada na pessoa
- Currículo baseado em competências
- Atuar em diferentes níveis de atenção

Seção I – mantido – atenção à saúde

- Gestão participativa e com integração social
- Considerar sempre as dimensões da diversidade

Seção II – Gestão em saúde

- Gestão do cuidado
- Valorização da vida
- Orientação da atenção entre as necessidades da população

Seção III – Educação em Saúde

- Aprender a aprender – com autonomia
- Internato – mínimo de 2 anos
- Currículo por competência
- Mínimo de APS – Urgência e Emergência
- Manter o conceito saúde enquanto determinação social no processo saúde- doença
- Manter no mínimo de 7.200 horas
- Interprofissionalidade
- Manter as regulamentações necessárias
- Avaliação programática

Capítulo 2 mantido

Subseção I – Atenção às necessidades individuais de saúde

- Realização da História Clínica, com postura ética, respeitosa à diversidade étnico-racial e gênero, orientação sexual, linguístico- cultural
- Estabelecimento da comunicação para mediação conflitos

Art 21 – Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento

- Inserção do estudante no cenário prático de forma precoce

Art 24 – INTERNATO

- Internato – mínimo de 2 anos
- Áreas verdes
- Manter a organização necessária para o desenvolvimento do internato
- supervisão por meio do COAPS com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde

Art 33 – Núcleo Docente Estruturante atuante no processo de concepção, consolidação avaliação e contínuo aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso

Art 34 – Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde

- Envolvimento dos professores com o Projeto pedagógico e seu aprimoramento

Art 36 – Avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes

- métodos que avaliem conhecimentos e habilidades e atitudes a cada 2 anos.
- Entretanto, possuir uma avaliação padronizada e processual.

MESA 2: O QUE TEM E PRECISA SER APRIMORADO

A estrutura do texto das diretrizes curriculares nacionais, com redundância de informações. Melhorar a organização das ideias e temas. Formação de saúde mental também para o autocuidado do estudante de medicina. Capacitação do estudante quanto a importância da participação discente na formação médica, ou seja, mostrar ao discente a sua importância no desenvolvimento da educação médica (Artigo 7º, parágrafo I). Curricularização da extensão universitária, que precisa de uma descrição. Aprimoração da avaliação, enfatizando a importância do *feedback*.

O termo “ação chave” não fica claro quanto à atuação longitudinal e vertical.

Expansão e detalhamento da extensão universitária.

Artigo 7º, parágrafo III; Art 23º, parágrafo I; Art 28º, parágrafo VIII – Deixar mais claro a construção da formação médica com a participação interprofissional. Estágios e práticas integradoras entre as profissões da área da saúde. Sugere-se criar um item para descrever melhor a interdisciplinaridade. Ressaltando a importância da visão integral da assistência ao paciente.

A dimensão da gestão precisa ser melhor descrita, ou seja, ser gestor do cuidado. A área da gestão precisa especificar também a relação com as instituições privadas, sejam instituições de cuidado à saúde, sejam as indústrias farmacêuticas e de materiais hospitalares. Qual a relação saudável com essas instituições?

Aprimorar a formação dos médicos também para o sistema de saúde complementar (privada). Além da gestão em carreira e empreendedorismo. Sendo já descrita a gestão do cuidado do paciente ser necessária para a formação médica.

Articulação ensino, serviço e comunidade precisa ser aprimorada. Artigo 18º, item “c”; Artigo 25º; Artigo 35º. Articulação da escola com as instituições públicas de saúde para facilitar a inserção dos estudantes nos campos de prática. Construção de parceria entre escolas e serviços públicos de saúde. A ausência de COAPES em todo o território nacional. Como fazer a pactuação? Desenvolver a participação dos gestores e profissionais para a articulação e garantia de qualidade com indicadores (educacionais).

MESA 3: O QUE TEM E PRECISA SER RETIRADO

Três eixos:

- Atenção Integral em saúde
- Ensino em saúde
- Gestão em saúde: o aluno tem dificuldade em aprender, pois não se interessa por temas mais teóricos e com pouca aplicação. Não há distribuição equitativa dos eixos, visto que a carga de gestão é baixa em comparação aos outros. Foi sugerido que “Gestão” não deveria ser um eixo. No entanto, foi rebatido que deveria se manter como um eixo, pois iria se encaixar em praticamente todas as disciplinas, mesmo que sejam consideradas como do eixo clínico. Foi argumentado que a gestão se encaixa transversalmente ao longo do currículo. Nesse sentido, é preciso educar e orientar os docentes, visto que em todas as áreas é necessário que o docente conheça as redes e o funcionamento do Sistema de Saúde.

Tirar o eixo retira a visibilidade da medicina coletiva!

Substituir ATENÇÃO BÁSICA por ATENÇÃO PRIMÁRIA à saúde.

Análise do 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. 14 Parágrafo único. A determinação do caput é meta a ser implantada, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018”.

- Argumento: o artigo não se verifica na prática.
- Entretanto, foi contra-argumentado que isso é uma diretriz, não é obrigatório. Se já não é possível esse cenário com a existência da diretriz, a realidade pode piorar sem ela.
- Argumento 2: O artigo está em dissonância com práticas do Estado, já que não há esforços nem políticas públicas para tornar o cenário preconizado pelo artigo factível
- Contra-argumento 2: A presença desse artigo na diretriz funciona como indutor para que as escolas busquem formas de

implantar esse cenário nos Programas de Residência (mesmo aquelas que não têm).

- Argumento 3: Essa diretriz foge do escopo da Graduação, já que está mais voltada para a Residência Médica, que segue outros métodos e propostas curriculares. Talvez seria interessante que essa recomendação figurasse num documento de Diretrizes para a Residência Médica. Além disso, foi argumentado que não faz sentido preconizar algo que não se cumpre e que se insere num contexto no qual não há esforços para que seja cumprido.

- Sugestão: substituir o termo “equivalente” por “proporcional”.

Retirar o Art. 38: “Nos cursos iniciados antes de 2014, às adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018”.

- Esse artigo se tornou obsoleto.

Retirar (ou reformular) a prolixidade do texto? Muitos artigos estão repletos de palavras que trazem pouco significado e se conectam de maneira vaga com a realidade. Para que o texto fosse mais objetivo, alguns termos poderiam ser supressos.

- Contra-Argumento: a retirada da referida “prolixidade” pode abrir margem para a revogação de conceitos fundamentais, como o processo de saúde-doença e seus determinantes sociais.

Análise do 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”.

- Retirar ou reformular? A avaliação preconizada pelo artigo não se cumpre na realidade. O ideal é que o conteúdo que figura no artigo seja implementado. O responsável pela operacionalização dessa avaliação seria o INEP.

- Houve um argumento para a RETIRADA do artigo, pois a reformulação seria de difícil realização. Seria mais factível retirar este artigo e substituí-lo por outro.

Conclusão: o artigo deve ser REVISTO, e, após a reformulação, deve permanecer nas diretrizes.

Reflexão: Se o Art. 37 fosse cumprido, a avaliação proposta pelo Art. 36 seria muito interessante, podendo funcionar como as Applications do modelo americano, em que “há vagas para todo mundo, mas não para qualquer um”. Essa avaliação seriada seria uma maneira de classificar os estudantes de acordo com seu desempenho acadêmico.

Análise do Art. 39:

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”.

- Conclusão: Retirar esse artigo, pois o prazo de 1 (um) ano não é suficiente para que as escolas médicas implementem as mudanças.

MESA 04: O QUE NÃO TEM E PRECISA SER INCLUÍDO

Definição mais clara do COAPES – firmar antes de abrir a escola médica?

Regulamentação clara dos plantões – pós plantão/descanso, aluno precisa passar pra conhecer. obrigatoriedade plantão noturno no internato;

Deixar claro/aprofundar os cuidados paliativos e domiciliares;

Política de admissão de estudantes estrangeiros na escola brasileira (hoje pode transferir do Paraguai para o Brasil, por exemplo);

Apoio a saúde mental do estudante e regulamentação das áreas verdes do discente;

Definir melhor as competências de formando. não é bem claro o tipo de formação exigida;

Padronizar titulação de acordo com a função do docente/preceptor/supervisor que faz parte da escola médica;

Carga horária da graduação de forma híbrida/ead;

Incluir políticas sobre violência institucional (prezar pela igualdade)

- estimular a recepção solidária dos novos ingressantes e não violenta;

Obrigatoriedade de incluir programa de educação continuada e de fazer o docente – cumprir (não tem mecanismo de cobrança institucional – precisa ter algo pra cobrar/obrigar o docente);

Implementar medidas de permanência estudantil (financeira e de apoio);

Definir número de alunos máximo por cenário de ensino;

Definir modos de implementação da inteligência artificial no ensino;

Definir programas e mecanismos de incentivo, capacitação e formação do preceptor;

Incorporar o trecho da extensão comunitária na dcn;

Pensar em algum tipo de diretriz/regulamentações de alunos neuro divergentes ou alguma outra condição clínica não mencionada anteriormente na dcn;

Estabelecer carga horária máxima da formação, incluindo a repensar a % da atividade complementar;

Inclusão curricular de temas de cuidados gerais de população vulnerável;

SALA VERDE

MESA 01: O QUE TEM E PRECISA SER MANTIDO

- 40h semanais máximas do internato (manter áreas verdes)
- 30% mínimo da carga horária do internato previsto para UE e APS
- Manter eixos e seções da estrutura geral (atenção à saúde, gestão em saúde, educação em saúde)
- Descrição das competências em cada seção

- Perfil do egresso: formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individuais e coletivos, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo saúde-doença.
- Extensão (apesar de ainda insuficiente, manter a extensão universitária como um pilar)
- Art. 23 – educação ambiental, educação étnico-racial, libras
- Abordagem de temas transversais
- Capítulo 2 - Subseção 1 – da atenção às necessidades individuais de saúde
- Subseção 3 – da ação-chave promoção do pensamento científico e crítico e apoio à produção de novos conhecimentos
- Compromisso com o SUS
- Ênfase na abordagem integral do paciente
- Divisão das grandes áreas para se passar nos rodízios do internato: clínica médica, cirurgia, go, pediatria, saúde coletiva e saúde mental
- Que a carga horária do internato não seja superior a 20% do total por estágio
- Interdisciplinaridade
- Tripé ensino-pesquisa-extensão
- Art. 34 – manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde.
- Avaliação do governo a cada 2 anos

MESA 02: O QUE TEM E PRECISA SER APRIMORADO

- Aprimorar as TIC's Tecnologia, informações e comunicações
 - Devido a atualização dos dias atuais. Capítulo 1 - Seção 2 Capítulo 4. : ** @ #
 - Inclusão da Inteligência artificial para o ensino, mecanismo de busca, softwares de simulação, atendimento à pacientes virtuais, mesas digitais.
 - Incentivo aos alunos pela busca e estudo de materiais didáticos e também comparando com o método de inteligência artificial.
 - Limitação da produção de novos conhecimentos com o uso de IA.
 - Não obrigação do uso de IA, mas sim ao incentivo e a possibilidade de uso desse material.
- Aprimorar 30% APS do Internato: * # #
 - Qual distribuição necessária para atenção primária, emergência e urgência?
- Incluir prática com antecedência ao internato, respeitando o estágio de desenvolvimento de habilidade dos alunos na área básica (1º ao 4º ano - Extensão Curricularizada). **
- Clareza do tempo obrigatório do plantão dentro dos estágios ** @
 - Abordagem de temas transversais (?).

Observações da Mesa 1:

- Foco na extensão curricularizada, com relação ao formato.
- Não obrigatoriedade da IA ao ponto que interfere as aulas presenciais.
- Coordenador de curso deve ser médico.
- Gestão em saúde, gestão em atendimento primário, saúde coletiva (Glossário diferenciando os termos APS)

- PCD, Neurodivergências, TEA (Clareza sobre a inserção, adaptação e inclusão na área médica)
- Clareza do tempo obrigatório do plantão

Observações da Mesa 4:

- Avaliação das escolas médicas a cada 2 anos @@
- Simplificação da linguagem da área médica (com palavras mais tangíveis) @ ##
- Regulamentar sobre o conteúdo de metodologia ativa (Quanto do uso)
- Melhorar a preceptoria - supervisão docente (Quando? Sempre? As vezes?) @

Observações da Mesa 3:

- Simulação robótica, futura cirurgia à distância.
- Normatização, atualização e amplificação dos termos da ética das redes sociais
- Aprimorar a área verde para saúde mental dos alunos. #
- Suporte ao aluno para estágio Extracurricular em outras IES

MESA 03: O QUE TEM E PRECISA SER RETIRADO

Trabalho em grupos: análise das DCNs 2014, identificando as contribuições para sua revisão - *o que tem e precisa ser retirado?*

De maneira, evidente, os últimos artigos são de prazos e formas de implementação, sendo retirados.

Também fora abordada a necessidade de ensino de língua estrangeira. Tal reflexão se coloca pela necessidade de priorização do ensino de língua de sinais. Não ocorre consenso, entendendo-se a necessidade de tal prática pelo maior acesso à produção do conhecimento e também para assistência em saúde.

Proposta a retirada de escrita sobre a organização das Residências Médicas, sendo estas vinculadas às políticas públicas e não diretrizes curriculares. Da mesma maneira, como contraponto entende-se que sua presença aqui seja um marco e estímulo a responsabilidade das IES na relação vagas graduação-residência.

Reelaborar a forma que é balizada a distribuição de carga horária, dando maior flexibilidade na sua distribuição - como necessidade desta reflexão se deu o mínimo de 30% em serviços de emergência, urgência e APS.

Parte do debate ocorre sobre as subseções presentes nas Diretrizes. Em parte, entende-se que ocorrem de forma de listagem, sobre conhecimentos e competências de forma repetitiva sob preceitos já redigidos anteriormente. Por outro lado, entende-se que deva conter tal balizamento, uma vez que sua função é enumerar as práticas profissionais, principalmente de maneira ética e humanista. Como opção de mediação foi dada a melhor redação dos tópicos de forma a serem escritos de maneira objetiva. Neste ponto, houve a congruência de todos os grupos participantes - evitar que o texto seja repetitivo.

MESA 04: O QUE NÃO TEM E PRECISA SER INCLUÍDO

Necessidade de espaço para regulamentação do ensino para o uso de:

- Medicina digital e telemedicina
- Tecnologias em imagem e diagnóstico
- Novas tecnologias e inteligência artificial (2)
- Engenharia genética e molecular
- Propaganda e uso das mídias sociais para divulgação com segurança ética e responsabilidade civil

Amplificação da visão integrativa do currículo médico incluindo a regulamentação do ensino de conteúdos de:

- Cultura geral

- Direito civil e direitos humanos
- Direito do paciente frente às políticas em saúde e judicialização em saúde
- Saúde financeira
- Carreira médica
- Psicologia

Amplificação dos critérios de avaliação da qualificação do corpo docente e normatização do compromisso da IES neste processo

Incorporação de conteúdos transversais sobre cultura de excluídos, pessoas com deficiência física, mental e ocultas, identidade de gênero

Reestruturação das normativas garantidoras da prática da educação interprofissional, com mais ênfase à integração de profissões da saúde, pouco contempladas, até então, tais como:

- Assistência social
- Assistência jurídica - direito em saúde

Amplificação dos critérios de avaliação da qualificação do NAPPS e normatização do compromisso da IES neste processo incluindo ações garantidoras da permanência (2)

Inclusão de critérios norteadores para fiscalização do cumprimento das DCNs pelas escolas médicas, assim como espaço para as escolas médicas oferecerem feedback acerca dos pontos fortes e fracos do cumprimento das DCN no âmbito locoregional

Amplificação dos critérios de avaliação do cumprimento das ações-chave relacionadas ao ensino da ética médica

Amplificação dos critérios de avaliação do cumprimento das ações-chave relacionadas ao ensino da gestão da carreira médica e integridade profissional

Fortalecimento das ações-chave norteadoras dos cenários de ensino prático

Fortalecimento das ações-chave de incentivo à pesquisa

Definição dos órgãos avaliadores das escolas médicas e proposição dos domínios a serem abordados pelos instrumentos de avaliação

Definição dos fóruns de fiscalização da implementação das políticas de acessibilidade e recepção das pessoas com deficiência

SALA ROSA

MESA 01: O QUE TEM E PRECISA SER MANTIDO

- Referencial de competências profissionais precisa ser mantido. Se retirarmos o referencial de competências, corremos o risco de retornarmos ao currículo mínimo.
- O perfil de egresso generalista deve ser mantido.
- Interprofissionalidade e Interdisciplinaridade.
- Referencial de necessidade em saúde.
- Manutenção de DETERMINAÇÃO social do processo de saúde e doença
- Metodologias ativas de ensino e aprendizagem, centrado no estudante
- Eixos: atenção individual, coletiva, gestão e educação e princípios e boas práticas em cuidados paliativos.
- Manter 30% do internato em atenção básica e medicina de urgência e emergência, prioritariamente em atenção básica
- 35% mínimo da carga horária total no internato
- Avaliação formativa e somativa
- Práticas de integração de serviço em comunidade
- Integração entre conteúdos

MESA 02: O QUE TEM E PRECISA SER APRIMORADO

- Padronização de nomenclaturas curriculares com as definições adotadas em contexto global – competências, domínios de competência, sub-competência, marcos de competência; e os objetivos educacionais.
- Apresentação dos referenciais teóricos para as tecnologias educacionais (metodologias ensino-aprendizagem, dispositivos curriculares, extensão universitária, metodologias de avaliação) utilizadas no texto.
- Perfil do egresso: garantir que o curso de graduação em Medicina não seja a terminalidade da formação médica, considerar o processo contínuo da formação e a relevância da residência médica como padrão-ouro de treinamento para profissionais que irão atuar nos diversos níveis de atenção.
- Melhorar as orientações e recomendações para boas práticas do treinamento em serviço (internato e as inserções nos cenários de prática).
- Melhorar as orientações, recomendações e execução dos acordos/contratos/convênios relativos aos cenários e a integração ensino-serviço (COAPES: o que, como, pode, não pode, deve ou não deve).
- Melhorar as orientações e recomendações para boas práticas da extensão universitária (diminuir o cunho assistencialista e que sejam orientadas para as necessidades da saúde da comunidade garantindo sua efetividade como práticas educacionais).
- Detalhamento mais específico da estrutura geral do internato médico.
- Detalhamento da execução das práticas interdisciplinares em toda transversalidade da formação, considerando aspectos locais/regionais/culturais. (maior número DOTs)
- Detalhamento da execução das práticas interprofissionais em toda transversalidade da formação, considerados aspectos locais/regionais/culturais. (maior número DOTs)

- Atualização e aprimorar o uso de tecnologias da informação e comunicação no curso de Medicina.
- Revisar as considerações relativas ao cenário da Atenção Primária à Saúde, não atribuindo como sinônimo à Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva em si necessita de melhor delineamento dos seus conteúdos programáticos dentro do curso de Medicina.
- Discriminar a Medicina de Família e Comunidade como área específica de formação clínica, sobretudo, no cenário da Atenção Primária à Saúde.
- Detalhamento da estrutura e execução dos estágios eletivos no curso de Medicina, orientando que preferencialmente seja dentro de áreas de atuação clínica e reafirmando a necessidade de serem realizados com convênios formais em instituições de ensino nacionais ou internacionais.

MESA 03: O QUE TEM E PRECISA SER RETIRADO

- Subitens repetitivos que dificultam a fluência do texto (modificação de forma)
- Detalhamento excessivo que são inerentes de questões loco regionais (modificáveis ao longo do tempo): incluir o olhar para as questões regionais (dados epidemiológicos)
- Domínio da língua estrangeira pois o estudante deve já ter esse conhecimento no ingresso do curso
- Redação do artigo 24 parágrafo 3 a frase “limite mínimo 2 anos” – 30%
- Detalhamento das atividades extensionistas e remeter à política de extensão (revisão)
- Reescrever parágrafo nono do artigo 24 “total de estudantes autorizados ... não pode ultrapassar o limite de 50% das vagas do internato”
- Capítulo 3 – parágrafo 10 “Os programas de residência medica ... ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação e medicina do ano anterior”

- Retirar os domínios das competências (atenção à saúde, gestão em saúde, educação em saúde).

MESA 04: O QUE NÃO TEM E PRECISA SER INCLUÍDO

- Os membros começam a discutir sobre a necessidade ou não de inclusão da extensão curricular na descrição das novas DCNs. Estudantes presentes na primeira rodada na mesa colabora apontando para necessidade da extensão curricular considerar o conhecimento da comunidade no planejamento das atividades.

- O segundo ponto de discussão é que a inovação tecnológica e a inteligência artificial precisam ser incluídas nas DCNs, considerando o uso com profissionalismo.

- Por fim, na primeira rodada colocam como necessidade uma maior adesão dos docentes aos Programas de Formação Docente para a área da saúde.

- Início da segunda rodada com um novo grupo na mesa. O grupo, após entender um pouco sobre as contribuições anteriores, apontam para a inclusão de aspectos sobre a telessaúde. (recebeu o maior número de DOT)

- Uma observação como relator é como docentes mais experientes contribuem para correções conceituais de docentes mais novos. Outro ponto é como os assuntos voltados para as tecnologias tem ativação inicial de discussão a partir dos estudantes.

- Sem saber muito como escrever, o grupo aponta a necessidade de competências em preceptoría na área da saúde.

- Iniciando a discussão com um novo grupo, a coordenadora apresenta o que já temos de construção.

- O grupo aponta para necessidade de possuir mais especificações sobre avaliação programáticas longitudinais e globais dos estudantes com base em competência.

- Os moderadores relembram a orientação de decidir sobre os pontos com bolinhas vermelhas. São bolinhas que os grupos colam no flipchart quando consideram um ponto que

é imprescindível para nova DCN e que é um desafio a sua implantação.

- Na última rodada o grupo aponta para necessidade de inclusão do modelo de pactuação entre IES e serviços de saúde (prefeituras).

- O grupo retoma a discussão do grupo inicial sobre a preceptoria e incluem a necessidade da DCN contemplar as responsabilidades do preceptor.

- O grupo decide por incluir um glossário com seus referenciais teóricos nas DCN para uma formação mais homogênea.

- Nesse momento a coordenadora resgata a versão final do que deve ser incluído nas novas DCN, após as quatro rodadas.

- O docente que já havia passado no primeiro grupo retorna e inclui a necessidade de validade das DCN, para revisões que considerem o egresso.

- Nessa oficina percebe-se que todos estão participando ativamente, não tem plenária que se compor como ouvinte. Em todas as rodadas todos estão contribuindo. Essa equipe da ABEM tem muita competência para considerar todos a comunidade acadêmica e organizar processos coletivos de construção que culminam em melhorias da educação médica do Brasil.

ATIVIDADE 9 - PLENÁRIA PARA ELABORAÇÃO DA SÍNTESE

Sorteio 1

Mesa 3 Sala VERDE (O que precisa ser retirado)

Subseção com muitos detalhamentos deveriam ser retirados, não houve consenso de outros grupos, com sugestão de revisão;

Retirada da língua inglesa e deixar Libras;

Refere que houve a sugestão de redução da carga horária da APS, mas não consenso

Vagas residência X vagas da graduação

Mesa 3 da Sala Rosa (complementação)

modificação do formato para deixar o texto mais compreensível;

domínio da língua estrangeira (importante, mas não dentro das DCN);

retirar os domínios das competências;

Mesa 3 da Sala Azul (complementação)

apenas reescrever ou substituir;

a retirada do inglês não foi consenso nos grupos;

artigo 36 sobre avaliação obrigatória (o grupo não acha factível)

Contribuições da plenária

Professora destaca que não é indicado retirar a indicação da língua franca (inglês)

muita repetição nas DCN ,retirar aspectos redundantes

A Professora aponta que não deve reduzir o tempo da APS e sim, aumentar, inclusive pq na APS tem urgência e emergência. Um outro professor registrou que retiraria a inscrição por se sentir contemplado

A professora fala que deveria ser mais detalhado, a diretriz só tem 15 páginas e que isso já ocorre em outras instituições.

Bruna fala sobre confusões nos termos em relação às DCN(saúde coletiva, gestão e medicina de família)

Outra professora reforça a questão da importância da língua inglesa como fundamental no mundo globalizado. Deve-se também avançar para a língua de sinais, apesar da dificuldade sobre quem iria ensinar essa linguagem.

Outra professora afirma que os estudantes já leem artigos em inglês e que o Brasil precisa sim falar outras línguas e “deixar de ser tupiniquim”

Outra professora aponta que é necessário manter avaliação seriada e não exame de ordem.

Estudante reforça a importância de primeiro assegurar o ensino de Libras e posteriormente a valorização do ensino de língua estrangeira

Uma professora reforça a ideia, apontando exemplo de uma aluna que tem dificuldade de progredir no curso porque tem limitações e não tem tradutor garantido.

Representante da DENEM reforça a importância do ensino da língua estrangeira para o avanço da ciência

Sorteio 2

Mesa 2 Sala Rosa (O que precisa ser aprimorado)

Redação sobre o perfil do egresso

Recomendações para boas práticas

Recomendações sobre o COAPS

Revisar o conceito de atenção primária à saúde

Grande desafio: Interprofissionalidade no nível loco-regional

Mesa 2 Sala Azul (complementação)

Melhorar a estrutura do documento, trazendo um referencial teórico e um glossário de alguns termos

Incluir a gestão do autocuidado.

Aprimorar o artigo 7. consciência do que seria o perfil do egresso.

Introduzir a extensão.

Construir dentro do art 23 um novo ítem: definir melhor o trabalho interprofissional com participação de outros profissionais na construção do texto.

explicar melhor a dimensão da gestão, trazendo para gestão de carreira, gestão do SUS (não houve consenso).

facilitação do cenário em relação a contratualização.

Destaque para a interprofissionalidade

Divergência: deve-se abordar a questão de empreendedorismo nas DCN ou não?

Mesa 2 Sala Verde (complementação)

Tecnologias de informação e comunicação (telemedicina, imagens, etc).

Percentual de APS, somente no internato? pensar em utilizar como extensão desde o primeiro ano.

Clarear o tempo dedicado ao plantão dentro dos estágios.

Coordenação do curso deve ser feita por profissional médico (não houve consenso no grupo inicialmente).

Ética extensiva às redes sociais.

Ampliar área verde para saúde mental.

Palavras sobre as competências escritas de formas tangíveis e mensuráveis.

Quanto de metodologia ativa?

Preceptoria ter supervisor docente.

Contribuições da plenária

Docente/preceptor: como definir questões sobre gestão do cuidado, gestão própria, gestão de consultório/clínica, trabalhar em serviços que não tem diretor técnico. A assistência deve ser socialmente referenciada. Então, questiona como seria essa definição.

Discente devemos pensar que tipo de extensão estamos trazendo. Não deve ser apenas assistencialista. Incorporação dos saberes populares.

Extensão precisa ser vista como projeto coletivo que inclua os diferentes sujeitos e não se torne uma atividade assistencialista.

Docente: defendemos o SUS mas existe um panorama da saúde privada e suplementar. A discussão é exatamente para não diferenciar o sus e o privado. É preciso entender que os recursos na gestão são limitados em todos os casos. conversar sobre gestão é garantir o funcionamento do sistema de saúde. Discutiu também os aspectos éticos relativos a seguir protocolos rígidos da saúde suplementar.

Estudante: fala sobre a questão das DCN não serem bem definidas, ter termos dúbios. Refere que há termos que devem ser definidos com maior atenção. Aspectos que devem ser definidos nas diretrizes como transversal, que poderia ser horizontal ou longitudinal.

O aspecto de gestão que saíram como sugestão para DCN eram sobre gestão da clínica (referências como Emerson Merhy, Gastão Wagner, etc), mas após passar no CNE, sofreu interferência de múltiplos atores e por não ter a referência definida, criou-se divergências a ponto de levar escolas a trabalhar conceitos como empreendedorismo, *business planning*, etc. Isto precisa ser muito bem explicado, com base epistemológica muito claras, e instituições como a ABEM que devem fazer isto.

Sorteio 3

Mesa 4 Sala Azul (O que precisa ser incluído)

Papel do COAPES.

Regulamentação clara dos plantões (destaque).

Cuidado paliativo e atenção domiciliar.

Regulamentação para inserção de alunos estrangeiros.

Regulamentação de áreas verdes semanais.

Apoio e atenção à saúde mental dos alunos e colaboradores.

Obrigatoriedade de preceptores e docentes para implementação de educação continuada.

Fomentar políticas para permanência dos alunos.

Número de alunos nos cenários de ensino.

Criar mecanismos financeiros para preceptores.

Estabelecer limites de carga horária dos cursos.

Rever as aulas EAD para casos especiais como internato.

Inteligência artificial no curso.

Mesa 4 Sala Rosa (complementação)

Consolidação da extensão com a participação da comunidade

Inclusão de glossário com referências teóricas (Para que possa ser usada a DCN por todos, como referências).

Telessaúde (destaque - Como imprescindível ficou a telessaúde).

Competência em preceptoria na área de saúde. Capacitar o preceptor.

Interprofissionalidade de forma mais descritiva nas DCN.

Periodicidade das revisões das DCN.

Competência do uso racional das IA (uso consciente).

Direcionamento da avaliação do estudante (global, institucional, nacional) de maneira periódica.

Definir o papel do preceptor, logística, proporção.

Mesa 4 Sala Verde (complementação)

Redes sociais, internet e IA , como regulamentar.

A questão das redes sociais.

Como as DCNs devem ser avaliadas.

Necessidade da interdisciplinaridade (artes, direito).

Avaliação dos docentes - NDE - avalia docentes, sendo necessário identificar como acompanhar o NDE.

Implantar uma disciplina que contribuísse para a preparação da carreira.

Inclusão das necessidades especiais nos cursos.

Cuidado com a avaliação do NAP.

Incentivo às pesquisas, regulamentação das redes sociais.

Recepção das pessoas com deficiência.

Contribuições da plenária

Uma participante chama a atenção para o fato de que a DCN é um arcabouço teórico.

Professora aponta para a importância de ser sintético nas DCN e talvez apontar bases curriculares, para o documento não perder o sentido, por ser gigantesco. Observa-se que na presente oficina uma série de profissionais especialistas na área de educação médica, não entram em consenso, então a importância de ser sintético.

Foi destacado que não foi falado sobre o plano de carreira do docente.

Representante da DENEM: aponta que todos estão discutindo AI, telemedicina, etc, mas não se discute com o mesmo afinco a curricularização da extensão, que ninguém quer discutir.

Docente traz que normalizar ou normatizar determinados aspectos, que mal se conhecem, como AI. Outro exemplo, é 'área verde', pois não se sabe bem o que é e normatiza, perde-se o sentido. Ela traz ainda sobre avaliação integrada, que é outro aspecto da formação que não se consegue fazer até hoje, sendo uma grande dificuldade entre os professores - sugestão de provas integradas.

Estudante destaca o peso do que se está tratando aqui, apesar das tecnologias já estarem sendo debatidas, a questão do EAD preocupou, isto pode trazer distorções. Como a questão da área verde, que em alguns locais serve para maquiagem falta de docentes. Aponta como importante a formação e valorização docente.

Discente complementa que o acesso à saúde é constitucional e deve-se lutar por esse direito com o fortalecimento do SUS.

Colocada a importância de incluir a informação sobre área verde nas DCN.

Sorteio 4

Mesa 1 Sala Verde (O que deve ser mantido)

Divisão nos grandes eixos.
Descrição das competências.
Abordagem de temas transversais.
Interdisciplinaridade.
Carga horária mínima do internato.
Área verde.
Carga horária até 20% da teórica, fora dos cenários de prática.
Desenvolvimento docente.
Ênfase na integralidade do paciente.

Mesa 1 Sala Rosa (complementação)

Competências.
Determinação social.
Grandes eixos.
Metodologias ativas.
Práticas de integração ensino-serviço-comunidade.
Todos os grupos consideraram a melhora do documento.
Manter perfil egresso generalista.
Usar indicadores sociais.
Interprofissionalidade.
avaliação formativa e somativa

Mesa 1 Sala Azul (complementação)

Muitas coisas das DCN ainda não foram implementadas.
Manter carga horária mínima de APS em 30%.
Fortalecimento da saúde coletiva.
Postura ética respeitosa às diversidades.
Organização de COAPES.
Formação docente
Utilizar metodologias ativas.
Inserção precoce do estudante no cenário de práticas.

DIA 2 – 20/08/2024

O segundo dia de oficina foi iniciado com as boas vindas da coordenação a todas as pessoas presentes e procurou-se saber se tinha alguém chegando no segundo dia de oficina. Mostrou as nuvens de palavras construídas no início e no final do dia anterior. Chamou atenção para uma palavra ‘silenciado’ que apareceu na nuvem, convidando a todos a refletir sobre isso e a procurar o espaço de manifestação, pois a oficina é um lugar de diálogo.

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. Foi realizada exposição dialogada sobre avaliação de programas educacionais com ênfase na formação médica, sobre critérios e indicadores de qualidade, a importância das instituições de ensino construir seus programas internos de avaliação. 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 o tema:

Tendo as DCN 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 ADAPTADO- CRITÉRIOS DE QUALIDADE

O(a) coordenador(a) iniciou os trabalhos da sala, 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.

Sala Azul

Mesa 2: Eixo projeto pedagógico/orientação curricular

Mesa 3: Eixo corpo docente

Mesa 4: Eixo avaliação do estudante

Mesa 1: Eixo infraestrutura

Sala Verde

Mesa 1: Eixo responsabilidade social

Mesa 2: Eixo cenários de práticas/integração ensino serviço

Mesa 3: Eixo cuidado com discente

Mesa 4: Eixo internato

Sala Rosa

Mesa 1: Eixo responsabilidade social

Mesa 2: Eixo cenários de práticas/integração ensino serviço

Mesa 3: Eixo cuidado com discente

Mesa 4: Eixo internato

PRODUÇÃO DOS GRUPOS

Após as rodadas pelos participantes pelas as mesas, os grupos fizeram sugestões incluindo as contribuições dos participantes de todas as mesas para todos os eixos:

SALA AZUL

Mesa 1: Eixo infraestrutura.

1) INTERNA

- Recursos da tecnologia digital como: Wi-fi, computadores, ar condicionado, data-shows, Google Class Room e TICs (tecnologias da informação e comunicação)
- Laboratórios didáticos e informática
- Laboratórios com recursos/ equipamentos adequados ao número de alunos
- Salas de aula para parte teórica que acomodem todos os alunos
- Sala para o corpo clínico nos campos de estágio
- Salas adequadas para atendimento e discussão de casos
- Núcleos que trabalhem articulações externas
- Área de descanso / lazer para docentes e discentes
- Áreas verdes
- Restaurantes universitários com preços acessíveis
- Salas para Secretaria, Coordenação, Corpo Docente com Wi-fi, computadores, ar condicionado
- Sala de reunião para Secretaria, Coordenação, Corpo Docente com Wi-fi, computadores, ar condicionado
- Banheiros com manutenção adequada

- Acessibilidade
- Estacionamento
- Salas com micro-ondas e geladeira
- Acessibilidade via transporte público
- Salas de estudo individuais/grupos e biblioteca
- EPIs e privativos
- Segurança do discente
- Salas para Centro Acadêmico e Atlética e órgãos estudantis (IFMSA)
- Salas para pequenos grupos (tutorias)
- Quadras poliesportivas, academias e vestiários
- Apoio a permanência dos discentes com moradias, apoio psicológico, transporte
- Acervo digital / físico e plataformas à MBE (UpToDate)
- Bolsas de estudos, subsídios (?)
- Sala para Comitê de Ética e NDE
- Sala para iniciação científica
- Sala para RH
- Estrutura com incentivo a sustentabilidade (coleta de lixo, medicamentos)
- Rede de contato para permanência do discente
- Arquitetura moderna
- Copa para professores e preceptores
- Sala de amamentação e fraldário

2) EXTERNA

- Acessibilidade: Transporte para projetos de extensão – Universidade x comunidades / campos de estágio.
- Materiais necessários nos campos de estágio para o atendimento e higiene dos alunos.
- Estacionamento
- Salas de aula nos campos de estágio
- Segurança
- Sala para COREME
- Hospital escola
- Salas de conforto
- Sala de apoio ao aluno no cenário de prática
- Sala de trabalho para preceptores e professores
- Salas de apoio professores/preceptores e alunos
- Copa
- Integração serviço prático e universidade – boa assistência ao aluno e preceptores
- Campos de estágio pra atendimento primário, secundário e terciário

Mesa 2: Eixo projeto pedagógico/orientação curricular

- Contexto local – território e inscrição na comunidade; campos de prática.
- Critérios de avaliação (média, falta, exame) do estudante(programático e formativo), curso e professores. – perfil e acompanhamento do egresso; CPA.
- Infraestrutura (RH e estrutura física). + apoio discente
- Currículo integrado; espiral ascendente. + atividades e valores;

direitos humanos à formação humanista e horizontal. E forma de avaliação focado nas DCNs à evidências; blueprint e alinhamento consultivo. à integração disciplinar

- Estrutura de gestão – Colegiado, NDE
- Clareza em relação a estrutura financeira.
- Ementário \ Matriz curricular \ grade à área verde
- Extensão curricularizada e regimentada.
- Intercâmbio
- Currículo do Internato
- Atividade complementar; mentoria, Liga, atividade voluntária, cursos, congressos, iniciação científica com ou sem bolsa, artigos, autocuidado. (comprovada e com carga horária mínima) à + Eletivas (grade flexível)
- Desenvolvimento docente; valores e atividades p\ além de metodologias ativas - formação humanitária, letramento: populações vulneráveis, gênero, pcd, neuro divergente à formação médica c\ apoio institucional - Formação inicial e continuada + capacitações -Plano de carreira c\ valorização de ensino e extensão
- Atualização periódica (com integração interdisciplinar) e representação discente.
- Políticas de permanência estudantil à RU, Moradia, auxílios
- Incentivo a pesquisa e produção científica
- Divulgação do PPC – discente e docente
- Libras obrigatório.

Mesa 3: Eixo corpo docente

Para DOCENTES:

- Formação acadêmica: em Medicina e Educação Médica; processos de capacitação de docentes baseados no projeto pedagógico do curso; pós-graduação (Mestrado e Doutorado)

- Percentual mínimo de doutores e de especialistas em Educação
- Capacitação dos docentes: avaliar os processos de capacitação docentes presentes na escola, a porcentagem de docentes que participam do programa e quais são os resultados da avaliação após participação na capacitação; avaliação de satisfação do aluno que avalie o efeito da capacitação docente no processo de aprendizagem da escola. Instituir processos de capacitação remunerados, seja financeira ou com “moedas de troca”, incentivos (acesso ao UpToDate, à biblioteca, etc.)
- Avaliação 360°, integral: o docente é avaliado pelos alunos, por si mesmo, por seus pares e pela coordenação do curso; avaliações de performance, pré e pós-testes da disciplina ministrada
- Profissionalismo e empatia, pontualidade, compromisso remunerado com atividades de pesquisa e extensão, além do ensino
- Presença de coordenadores das disciplinas: garantir uniformização e diretrizes em cada disciplina
- Quantidade mínima de professores parciais e totais
- Vínculo institucional: garantir que os docentes entendam e se encaixem nas diretrizes pedagógicas do curso
- Inclusão de políticas afirmativas para os concursos de contratação de docentes, no campo étnico-racial e de gênero
- Valorização do docente: Plano de carreira, premiações simbólicas e financeiras (incentivos), valorização da experiência/formação do docente e de sua participação e engajamento em educação médica
- Atualização anual dos Planos de Ensino e Aprendizagem, com respaldo e compreensão do corpo discente
- Desenvolvimento de material didático
- Transparência dos critérios de avaliação dos docentes pela coordenação, feedback das avaliações aplicadas

Para PRECEPTORES:

- Formação acadêmica
- Profissionalismo e empatia
- Processo de capacitação remunerado e avaliação programática do desempenho dos preceptores, feita por discentes e docentes da coordenação do curso
- Avaliar a porcentagem de preceptores que participam da capacitação e coletar uma pesquisa de satisfação dos alunos em relação ao desempenho dos preceptores
- Vínculo institucional: garantir que os preceptores entendam e se encaixem nas diretrizes pedagógicas do curso e nos planos de ensino da disciplina na qual eles participam
- Indicadores de qualidade da assistência local, considerando o papel assistencial dos preceptores
- Participação, desenvolvimento e integração com os grupos discentes e docentes

Mesa 4: Eixo avaliação do estudante

Saber os tipos de avaliações (cognitivo, afetivo, atitudes), dentro da instituição. Há de ter um eixo norteador que ocorra uma sinergia entre tais formas, além disso, padronização entre os departamentos para que não ocorra divergências muito importantes.

Discente tem que saber como está sendo avaliado, com clareza e transparência, explicitando nos planos de ensino as competências. A avaliação tem de fazer parte dos planos de ensino, não somente citada, mas detalhando sobre seus propósitos e suas características bem explicadas, garantindo a devolutiva da avaliação para os alunos, além de uma análise da qualidade do banco de questões. Também deve ser esclarecido a forma do aluno recuperar a sua creditação. Um dos critérios tem de ter todas as dimensões do processo de formação, havendo a face diagnóstica, formativa, somativa uma autoavaliação do próprio aluno sobre seu desempenho.

Avaliações programáticas e longitudinais, para análises do percurso.

Reservar uma carga horária e incentivos para motivar o corpo docente a se dedicar na autoavaliação da avaliação do estudante, para que possa de fato melhorá-la.

Coordenação divulgar todos os critérios da avaliação de forma esmiuçada como dita no primeiro grupo, usando ementas.

Definição do que precisa ser atingido com a avaliação, com uma devolutiva individual ou coletiva, dependendo se for cognitiva, de habilidades ou de atitude.

Ser feito competências ou portfólios para uma avaliação formativa, especialmente do caráter de atitude.

Outro critério essencial é o grau de interdisciplinaridade, pensando na integração das áreas do conhecimento.

Estar claro no plano de ensino sobre o processo caso o aluno não atingir os critérios mínimos para aprovação

Ter evidências da comunicação efetiva dos critérios, sendo um critério a capacidade dos estudantes de explicar as formas de avaliação o qual é submetido.

Uma das possibilidades de solução é a programação de avaliações programáticas, sendo a escola como responsável, de forma que todas as disciplinas tenham um método uniforme para a avaliação do aluno.

Utilização de tecnologia para diminuir tempo de retorno das provas e devolutiva para alunos.

Diferenciação de efetividade do cuidado, levando em consideração sua comunicação, das habilidades técnicas. Isto, protagonizando o paciente na avaliação, assim como a equipe de atendimento, utilizando seu retorno como critério.

Formação de uma Comissão de Avaliação Perene para controle da avaliação programática

Treinamento para professores para capacitar uma boa montagem de questões e diferentes formas de avaliação

Padronização da documentação de avaliações de atitude

Utilização de avaliação com instrumento de aprendizado não somente como métrica

SALA 2 VERDE

MESA 01: Eixo responsabilidade social

Considerando a responsabilidade social da escola médica que critérios podem ser utilizados para avaliar esse eixo

- Extensão – devolver à comunidade
- Formação clínico-epidemiológica do estudante
- Territorialização
- Avaliação – perfil do egresso, IDH, indicadores de saúde
- Grau de relação da IES com o SUS
- Fomento à pesquisa
- Capacitação dos assistentes de saúde do município
- Formalização de ações voluntárias como projetos de extensão
- Políticas de ações afirmativas para discentes, docentes e gestores

Mesa 02: Cenários de Práticas/ Integração ensino serviço

Falta de cenário efetivo, pouco atendimento e pouca prática, presença de preceptor. Aberturas de escolas médicas disputando o mesmo local de prática, falta de local de prática qualitativo com aprendizado efetivo, capacidade do local de prática, se existe COAPS, se é seguido, avaliado e se tem uma análise neste desenvolvimento. Integração e participação do aluno. Falta de docentes e preceptores para compor o corpo docente e a capacitação e melhoria para o desenvolvimento desses profissionais. Atividade programada de forma prevista pelo preceptor. Responsáveis pela preceptoria deve ser

considerado pelos gestores, e aferição da sua habilidade dentro das próprias competências. Instituições de ensino terceirizam a preceptoria. Buscar o foco para educação permanente. Participação da comunidade dentro dos serviços. Plano de carreira para preceptoria. Diversificação dos cenários de práticas, com amplitude e maior variabilidade. Concorrência de cenário e assistência do preceptor na sua atuação. Deixar claro para matriz de ensino teórica para disponibilidade da referência bibliográfica para suporte ao campo prático

- Práticas e Interações

- Campo de prática : - capacidade;
 - Aprendizado x serviço
 - Acolhimento
 - Planejamento das atividades
 - Diversidade (UBS, Hospital, Equipe multi)
- + Comunidade
- Currículo: - Agravos da saúde
 - Populações vulneráveis
- Preceptoria: - território e gestor na orientação
 - Avaliação constante de ensino
 - Integração com o ensino
 - Preparação para receber
 - Atividades programadas
 - Regulamentação
 - Matriz > Plano de ensino

- Reorganização da integração de serviço, junto aos gestores, pela oferta de atendimento à população, na colaboração do aluno e potencialidade da escola.

- Melhoria da qualidade para a rede .

- Interdisciplinaridade - para conhecer o papel de formação de todos os profissionais capacitados na atuação do ensino médico
- Inserção do aluno no campo prático e colaboração.
- Preceptoría deve ser vinculada à instituição. Os temas não devem ser oportunistas, mas sim devem ser procurados e estruturados. Ensino de qualidade e equidade para os alunos.
- Momento de integração, aluno na rotina prática já no primeiro ano? Assunto a ser definido também.
- Fixação da atividade do aluno, o ensino deve ser longitudinal ou transversal?
- Preceptoría deve ser longitudinal, preceptoría fixa no local e rodízio dos grupos de alunos e pacientes. Com ideia de solucionar o aprendizado oportunista=
- COAPES são poucos municípios que adotaram essas práticas
- REGULAMENTAÇÃO para parte prática e integração. O local deve oferecer um espaço para o cenário prático.
- Valor de contrapartida, e competitividade.
- Fiscalização e regularização para abertura de escolas em locais que não têm um espaço regulamentado de oferta mínima para oferecer as práticas e integração.
- Falta de transparência dos municípios em relação ao custo do aluno dentro dos serviços (Falta de legislação).
- Falta de espaço (UBS, locais) para atendimento dos alunos. (Falta de Regulamentação).
- Regulamentação de abrir uma nova escola, de acordo com espaço e necessidade local.
- Localização da faculdade distante
- “Externato”, enviar alunos para realizar o serviço fora da sua escola.
- Pop (Padrão operacional ao preceptor) para orientação dos preceptores na atuação profissional, contato com os alunos.

Plano de contingência e estratégias para elaboração.

-Número de preceptores a ser considerado, que desestabiliza ou altera o número de quadro docente com titulação (doutorado, mestrado e especialização (Preceptoria)), podendo interferir no quadro solicitado pelo MEC.

-COAPS e Integração com maior liberdade e modelo direcionado para atuação do preceptor para um treinamento e receber a participação do fundo em consultas de acolhimento.

-Criação de um instrumento de regimento para COAPS, em nível nacional, devido ao tópico acima mencionado.

-Cenário de prática impossível de utilizar: AME, devido ao número de consultas, dificultando a atividade e atuação prática.

- Formas de remuneração da preceptoria, por diferença de perfil contratual.

-Mudança da condição de produtividade.

- Prática e integração liberadas para alunos que não estejam passando pelo setor realizado naquele momento, respeitando um controle mínimo para entrada e transição no setor.

-Plantão noturno, aprendizado do aluno com a vivência realizada do profissional de atuação.

Mesa 3: Eixo cuidado com discente

Cuidado e apoio ao discente

Os alunos relataram suas experiências junto a faculdade para que os docentes entendam a realidade que passam

A maioria das faculdades apresentam NAP (núcleo de apoio psicopedagogo)

Apresentam busca ativa para encontrar alunos com necessidade psicológicas e baixo rendimento

Apresentam um fundo estudantil, núcleo de apoio, mentoring, apoio monetário com dificuldades financeira, problemas com saúde física

Todos relatam que após a pandemia a questão financeira dificultou

Concluindo: é necessário que há adaptação para acessibilidade com núcleo de apoio a acessibilidade e inclusão (espaço físicos e psicológico)

Suporte ou apoio para permanência

Criação de fundo social financeiro para apoio de alunos com dificuldades

Aluna acredita que os núcleos de apoio existem, mas na realidade não funcionam efetivamente e não atingem as demandas

Residente acredita que deve haver instrumentos de avaliação para as acessibilidades

Diálogo ativo com os docentes para que seja possível se adaptar com o

Ser um conjunto amplo não só de estrutura física, mas como também de ações efetivas

Falta de apoio aos alunos do PROUNI junto a transporte, alimentação, moradia

Numerar as problemáticas como segurança pessoal, alimentar, ter instrumento para estudo e de apoio isso deve ser coletivo e pertencente a instituição

Garantia de permanência, apoiando o acolhimento dos estudantes, para não haver evasão escolar,

Não garantia das obrigações de vagas para cotas

Os núcleos de apoio devem estar preparados para acolher demandas extra pessoais, demandas sociais, como identificação pessoal

Para cuidar dos alunos é preciso que os docentes estejam preparados para lidar, deve haver uma sensibilização

Estímulo a coletividade em busca de uma identidade coletiva junto aos centros acadêmicos, abem e entre outros órgãos,

engajar o acolhimento estudantil

A instituição deve dispor de instrumentos maiores para incluir, diminuir a discrepância que existe no estudo, ações de conscientização para garantir a permanência

Sinalizar que o perfil do estudante mudou e que é preciso mudar a estrutura básico da instituição, do corpo docente e das matérias

Mentorias devem ser incluídas na grade para que seja o primeiro apoio ao estudante

O NAP deve ver a expectativa do aluno para que seja efetivo, assim os dois devem entender o papel de cada

Os alunos de prouni tem dificuldades de permanência, os professores não devem se responsabilizar, deve ser a instituição que apoie os problemas financeiros para que não dificulte a inclusão médica

Discutido a cota regional para que se apoia

Estratégia para promover a saúde mental e não tratar a saúde mental, pois há dificuldade. A faculdade deve ter estratégias educacionais para que não piore a condição mental nele, trabalhando na prevenção

O peso sobre os gastos dos alunos em relação em sua família, sua vida e seu pessoal. Focando no desenvolvimento pessoal dos alunos

Estímulo a espiritualidade e a atividade física para reduzir o *burnout*

Deve ter uma rede de apoio forte que olhe para o aluno de forma sensível, integral e afetiva

Além do afeto deve ter como assunto o acolhimento para suporte seja para neuro divergente e prouni

Sensibilização dos discentes e docentes para que seja uma mudança ativa e efetiva

Eficiência das mentorias de forma a guiar os alunos

Apoio de funcionários na instituição para suportes extracurriculares que facilite o acesso às informações

Apoio da instituição a ligas de esporte que integrem os cursos e os alunos

Aumentar a relação docente-discente para a rede de apoio

Os órgãos como Denem, centro acadêmicos e abem são bases de apoio

Mesa 4: Eixo internato

O que é essencial no internato?

- Comunicação com os professores/preceptores.
- Criação de um protocolo operacional.
- Estabelecer a quantidade de alunos/professores (determinantes fundamentais) – várias IES no mesmo hospital pela concorrência e exaustão do paciente.
 - Território: 1:10;
 - Anamnese: 1:6.
- Identificação dos alunos.
 - Atribuições adequadas aos internos (responsabilidades para evitar transtornos).
- Plantão diurnos e noturnos.
- Intercâmbio nacional validado nacionalmente (lei recente).
 - 25% em UF (DCN 2014).
- Avaliação dos internatos.
- Definição de atribuições dos internos.
- Preceptoria:
 - Capacitação de preceptoria.

- Carga horária protegida do preceptor.
- Proteção a carga horária do discente: plano de ensino – área verde, teórica, etc.
- Avaliação de habilidade e competência discente.
- Definição da carga horária na atenção básica tendo a MFC como base.
- Verificar a aplicabilidade.
- Precisa ser aplicado justamente no internato.
- Incentivo ao trabalho multiprofissional.

Bolsa internato/fomento/permanência estudantil

SALA 3 Rosa

MESA 01: Eixo responsabilidade social

- Avaliar projetos de pesquisa científicas direcionadas a problemas da comunidade.
- Avaliar qualitativamente os projetos de extensão inseridos na comunidade.
- Relatórios produzidos por líderes comunitários sobre o impacto em saúde e qualidade de vida gerados por programas de inserção do curso na comunidade.
- Avaliar a diversidade do corpo docente. Quantos docentes são mulheres? Negros? E etc.
- Avaliar políticas de bolsas e auxílios permanência. É necessário ter pesquisa qualitativa direcionada a avaliar o impacto real em alunos de estratos sociais vulneráveis.
- Avaliar de bancas de heteroidentificação adequadas para cotas raciais em admissão discente.
- Avaliar nos PPC a inserção curricular da responsabilidade social em termos amplos e concretizados do debate de responsabilidade social e transformação social.

- Avaliar acessibilidade da infraestrutura para receber discentes PCD.
- Avaliar se a universidade tem representação nos conselhos e conferências municipais de saúde.
- Programas de capacitação docente em como executar a inserção social.

Mesa 02: Cenários de Práticas/ Integração ensino serviço

- Ter cenários de prática em diferentes níveis de atenção – Para avaliar isso deveria ter visitas guiadas in loco pela instituição (CPA), quanto por órgãos externo.
- Avaliar a estrutura, equipamentos e acessibilidade dos cenários de prática por meio de visitas .
- Integração dos alunos no serviço (Visitas guiadas para ver relação de discente x docente).
- Avaliação discente dos docentes e preceptores nos cenários, para garantir a presença do preceptor (com instrumentos mensuráveis como google forms, aplicativos).
- CPA avaliar tanto a instituição quanto o curso.

RESUMO: Avaliação in loco com visitas guiadas sejam eles por comissões internas e externas com instrumentos mensuráveis e Avaliação discente.

- Avaliação pelos profissionais que atuam no cenário prático, dos usuários, de conselhos de saúde (Avaliação 360).
- Durante o processo avaliativo a integração ensino-serviço promover o desenvolvimento de formação em gestão em saúde. A instituição precisa estar presente nos 3 níveis em articulação com rede de atenção e interprofissionalidade.
- Avaliar a inserção os preceptores na faculdade e não apenas do discente no cenário criando um vínculo gerando integração.
- Capacitar/treinar preceptor.
- Mobilidade dos discentes para os cenários práticos.

- Deve ser avaliado nos contratos dos profissionais que irão receber os alunos e se está discriminado o trabalho que este profissional deve desenvolver no ensino (participar dos processos de avaliação permanente), apresentar todas as obrigações para com o desenvolvimento de ensino (estar nas capacitações...) - LEGISLAR.

Mesa 3: Eixo cuidado com discente

Discussão sobre o apoio psicológico ao estudante de medicina.

A exigência do curso, bem como o tempo de dedicação a ele, leva a necessidade cada vez maior de apoio psicológico.

As “microviolências” que os alunos dizem sofrer no dia a dia, como os alunos neuro divergentes que não recebem o apoio adequado.

A metodologia ativa, é uma barreira a mais para alunos neuro divergentes.

Uma dificuldade grande é adequar o corpo docente que dê o apoio adequado a este tipo de aluno. O treinamento docente, para que lide com diferentes situações, é necessário.

Discute-se também a necessidade de psicopedagogos que façam atendimentos individuais, e também, adequem o curso para as diversidades.

Em resumo, isso seria uma **rede de apoio ao aluno**.

HTPC – horário de trabalho pedagógico coletivo para planejamento e discussão de estratégias, igual aos das escolas, talvez seja necessário nas escolas de medicina.

Psicóloga, psicopedagogo e o docente, matriciando o problema do aluno, ajudando a montar um PTS.

Há a diferença de alunos que precisam de apoio psicológico momentâneo, entre os alunos que precisam de um apoio mais profundo e contínuo, que são aqueles com necessidades especiais.

A necessidade de dar apoio estrutural aos alunos, como por

exemplo alimentação e moradia – pensando nos alunos mais carentes.

Os alunos de medicina já chegam na universidade “doentes”, então, há uma intensa necessidade de apoiar este aluno desde o seu ingresso.

A importância da questão psicossocial.

Houve um relato sobre oferecer aulas de dança, pilates etc. para que o aluno tenha atividades fora do horário de estudo e que promovam tanto saúde física quanto mental. Somente a estruturação não está adequada, devido ao horário que estas aulas são oferecidas.

A dificuldade das instituições de ensino superior a acolher e lidar com todas estas dificuldades dos alunos, que vão além de questões puramente psicológicas.

A instituição de ensino deveria se adequar sob demanda?

- Alimentação saudável.
- Espaços de descompressão.
- Apoio psicológico.
- Apoio de psicopedagogas.
- Estímulo a atividades físicas.
- Espaços de convivência.
- Área verde (espaço protegido): necessidade desses momentos para que os alunos possam procurar estas atividades.

Mas, ao mesmo tempo, trabalhar sob demanda, será que reprimiria aqueles alunos que precisam deste apoio, mas não procuram porque não há na instituição?

Políticas afirmativas: o aluno carente que entrou na Universidade, está tendo condições de seguir no curso de forma adequada? Moradia, alimentação, transporte etc.

Como fiscalizar tudo isso?

Verificação de estrutura física da universidade - há estrutura física adequada para as redes de apoio discentes?

Avaliação se há de fato profissionais aptos em números suficientes para atender as demandas.

Avaliação curricular: Há mentoria? Há área verde?

Há capacitação/desenvolvimento docente? Número de treinamentos, presença nestes treinamentos, carga horária, conteúdo – registro de tudo isso!

Qual o programa que a universidade oferece para o apoio ao estudante (qualidade de vida)?

As escolas possuem instrumentos que avaliam a qualidade de vida do estudante? A imensa maioria não avalia, mas deveria.

O estilo de aprendizagem, o quanto aquela grade é adequada para aquele aluno, deveria ser discutido.

Nivelamento dos alunos: os alunos chegam todos iguais quando entram na graduação? Seria necessário oferecer um nivelamento? Lembrando que o nivelamento é obrigatório (MEC).

Mentoring, também seria necessário? O mentor neste caso, tem o papel de desenvolvimento discente, apresenta a sua área, acolhe o aluno e funciona como um mentor.

Conselho de classe: olhar o aluno além da sua nota. Neste momento houve um relato do uso do conselho de classe, levando em conta o aluno como um todo, além da sua nota na prova. Neste caso, deveria haver participação do núcleo psicológico, psicopedagógico, coordenação e professores. Gerando assim, um plano individualizado para o aluno no próximo semestre.

Necessidade de ensinar o aluno ingressante “como aprender a aprender” .

Alunos PCD – como se dá o acesso neste aluno pelo Campus e para as áreas de práticas?

Mesa 4: Eixo internato

- Apenas provas escritas no internato não é uma boa forma. É preciso incluir também avaliações práticas.
- É preciso ter instrumentos para avaliar as competências clínicas e práticas. Em Sorocaba é usado o MiniCIEX. O internato tem diferença porque o tempo de exposição do aluno é menor do que o tempo de exposição em aulas ou módulos.
- Avaliar as competências, a partir de instrumentos diversificados.
- Verificar se tem predomínio de exposição ao sistema único de saúde. A infraestrutura é uma boa temática?
- Para avaliar o curso, é também importante avaliar o aluno.
- Diversidade de instrumentos avaliativos = como avaliar o estudante e como avaliar o internato como um todo.
- É preciso avaliar os cenários de prática e as atividades formadoras.
- Inclusão de plantões ou não, carga horária e quantidade de semestres (dois ou três anos). Três anos em expansão.
- Não se pode ignorar que cada vez mais o número de faculdades tem impacto na formação e o internato é a fase mais adequada para nivelar.
- A quantidade de escolas influencia na disputa por locais de estágio, que são poucos e valiosos.
- Para não perder o foco, estamos falando de critérios para avaliar o internato.
- Quantidade de leitos, preceptoria, quantidade de semestres, carga horária teórica, carga horária prática.
- Quando avaliamos, pode ser de várias formas: a pergunta disparadora será: O que é um internato bom? Campo de prática, estrutura, tempo, o momento em que o estudante deve ter uma avaliação adequada (teórica ou prática?).
- O que o aluno vai usar depois de se formar: teoria ou prática?

Campo de prática é uma exigência. Faculdades novas precisam garantir os campos de prática.

- Estrutura, cenário, previsão no projeto pedagógico, carga teórica, porcentagem da atenção primária em urgência e emergência, medicina de saúde da família e comunidade.

- Disputa de campos de estágio para locais que recebem mais de uma escola médica no SUS. Como regular o campo de prática para a quantidade de escolas médicas que estão surgindo?

- Contrapartida da escola para a gestão local é financeira, algo que a universidade pública não consegue oferecer. Pensar em internato é pensar em expansão do gerenciamento dos campos de estágio.

- É preciso estabelecer critérios de avaliação para que as escolas garantam os campos de estágio para os alunos, talvez pelo COAPES obrigatório.

- Estrutura – garantia do campo de prática; abrangência do campo de prática (várias áreas); regulamentação do COAPES estabelecido com a escola e o município; qualidade dos convênios; respaldo do município; Corpo técnico (docente, preceptoria, gestores).

- Diversidade de instrumentos de avaliação – prática e teórica; avaliação por competência (conhecimentos, habilidades, atitudes); EPAs

- Formato – Carga horária (total e semanal); número de semestres; Plantões; Predomínio de carga horária APS e EU.

- Fortalecimento do SUS em todas as dimensões é o disparador da melhoria do internato. A contratação dos profissionais pode determinar a qualidade dos cenários.

- Fragilização do sistema de contratação (PJ) é o ponto fraco.

- COAPES é feito entre o município, não com os profissionais. E a escola não se apropria do local, que deveria fazer falta no serviço. Mudar a realidade da atenção básica, como os PTS e outras atividades que a rede não consegue absorver pela demanda. Perdem os alunos, a população, a escola, os profissionais e o município.

- A escola deveria se apropriar dos dados para demonstrações científicas do impacto da escola médica no serviço.
- Os alunos estão no hospital escola e agem como se não estivessem. Os profissionais não se importam, mesmo que saibam que precisam atuar como preceptores. Muitas vezes não há desenvolvimento dos preceptores.
- É preciso garantir a avaliação desses locais e profissionais. Como fazer?
- É preciso criar condições para que o serviço DEPENDA do aluno. A integração ensino-serviço precisa ser discriminada (os ganhos do hospital escola, quais são?).
- Sabendo dos benefícios o serviço pode desconstruir a fala de que ele não tem lugar. Mesmo porque os locais são beneficiados pelas escolas. Isso é um problema para as escolas públicas, que estão perdendo espaço porque as privadas pagam.
- Clareza da natureza do cenário aprendizagem (hospital escola) e na definição do papel dos atores.
- Sobre avaliação é importante destacar que o internato é o padrão ouro, pois é uma avaliação da prática na prática, mas é difícil porque os alunos, preceptores, escolas e locais precisam compreender e integrar essas avaliações.
- Colocar mais clareza nas definições de papéis do serviço, da escola, do preceptor e do interno. Incluir critérios de avaliação também para o serviço pode possibilitar análise da interação entre ensino e serviço. A partir do momento em que conseguirmos avaliar o ensino e o serviço, isso será possível.
- Os preceptores precisam ser direcionados pelas políticas públicas, porque eles precisam atender para cumprir as metas e ganhar os benefícios. Na 8080 é claro que, se é SUS, é campo de estágio. Mas a prática não é isso que acontece.
- As OS vendem pacotes de tantos atendimentos. No Mais Médicos existe um período para estudo.. O hospital repassa o que para o serviço? A Tabela SUS afoga a gestão do serviço e o dinheiro recebido pelas instituições de ensino superior ajudam na gestão do hospital. Mas isso é um problema público, porque esse dinheiro deveria ser direcionado para a melhoria do ensino.

- Uma meta de desafogar o sistema não comprometida com o ensino.
- Perda de espaço de estágio por conta da quantidade de escolas médicas no Brasil, principalmente nos grandes centros. A escola perde o controle do processo de formação quando os alunos saem para buscar novos estágios.
- Quando o hospital se elevava na política pública a hospital escola, existiam incentivos para isso. Hoje não existe mais, o que atrapalha os processos.
- Resumo: estrangulamento dos cenários de prática pelo número de escolas. É preciso ter clareza da natureza dos papéis dos atores nos locais de estágio (preceptor deve saber o que se espera dele como preceptor, por exemplo).
- Então, como avaliar se o internato respeita isso: avaliar isso no projeto pedagógico.
- É preciso definir o que é o Internato. O internato deve seguir a lei do estágio? Quantas horas por semana? É possível desvincular o internato do estágio, justificando que o internato é o treinamento em serviço?
- O que é definidor do internato precisa ser claro. Internato é antes da avaliação. Não há definição na DCN. Esse grupo quer puxar o internato antes da discussão sobre avaliação.
- Desvincular o internato da lei do estágio (treinamento em serviço, não estágio).
- Critérios: Avaliação do PPC; carga horária; número de plantões; campos de prática; quantidade de teoria (desvio sutil de atividades de internato para atividades teóricas); expansão e diversificação dos campos de prática com oportunidades de pacientes; número de leitos por aluno; número de pacientes agendados; Instrumentos mensuráveis para avaliar; Estrutura do hospital; Estrutura da UBS (Visitas, formulários, entrevistas).
- Avaliação do SUS também é importante. Avaliação da atenção primária recebe 5% da sua capacidade de alunos. Isso afoga o hospital e aumenta a hospitalização e a percepção hospitalocêntrica da escola médica.

- Talvez esses temas sejam incluídos em uma portaria, instrumento, mas não na DCN. Avaliar a estrutura, o número, os critérios.
- Como avaliar a progressão do conhecimento, a aquisição das competências, é importante tópico também. Conhecimento não pode ser colocado de lado. Nisso, os testes de progresso são importantes para verificar o rendimento do aluno e a instituição. Mas os instrumentos de avaliação devem ser definidos por cada instituição (TP, MiniCIEEX, etc.), de acordo com o sentido que fizer para cada espaço.
- O que é importante avaliar de maneira mensurável. Existe um aplicativo para registro de presença. Isso seria ideal. A tecnologia pode ser incluída como forma de ferramenta para avaliar o internato, com feedback imediato.
- É importante também desenvolver profissionalismo no internato, como pontualidade, respeito e outras atividades. No internato é preciso verificar as atitudes das pessoas, o que normalmente é motivo de questionamento para os professores sobre diversos alunos que chegam despreparados.
- No internato, só aprende se tiver feedback imediato.
- Os maiores gargalos são: a garantia, no início do curso, de controle de formação dentro da sala. Quando o aluno sai da escola, o controle da escola fica comprometido e a ferramenta tecnológica pode ser uma forma de resolver o problema.
- O interno tem que fazer falta. O preceptor tem que atender 20 pacientes. Sem interno, ele faz mais rápido. Se a UBS receber benefícios, a organização do serviço fará o que precisa.
- É preciso também identificar o perfil do preceptor. Muitas vezes quem atua como preceptor é ex-aluno recém formado.
- O currículo preza por 30% de atenção primária, mas quem atua nesses locais é o aluno recém-formado. O sétimo ano atua como preceptor do sexto ano desse jeito. A qualidade do preceptor precisa ser discutida.
- A faculdade não consegue bancar sozinha a preceptoria. Para ser viável, o número de alunos com cada preceptor precisa ser maior, o que é prejudicial para a formação.

- Controle de carga horária é importante também.
- O interno tem mentalidade de plantão e sempre querem que o plantão seja produtivo. A realidade é diferente, porque a produção não é o foco do serviço.
- A discussão até o momento foram as mazelas do internato e não teve foco na qualidade do processo de avaliação.
- Avaliação tem como ponto importante a atitude dos alunos, principalmente pelo momento em que o aluno está no curso. O internato é o momento para identificar a eficiência do profissionalismo e competências esperadas pelos alunos.
- Existe, no perfil do médico generalista, alguns conceitos sobre atitudes tácitas esperadas?
- Não existe internato sem supervisão e sem avaliação. As avaliações teóricas no internato são paralelas, é importante avaliar competência profissional. OSCE, MiniCIEX.
- Quando parte-se de um pressuposto entre dicotomia de teoria e prática a gente perde. Existe uma integração importante entre esses conceitos.
- No internato ninguém reprova. Como garantir o acompanhamento e a supervisão do aluno que passa pouco tempo em contato com cada estágio.
- Existem instrumentos capazes de avaliar a relação entre o aluno e a equipe, a relação do aluno com o paciente. É preciso investir na capacitação do preceptor.
- Boa remuneração para professor e preceptor é ponto de partida para uma boa escola.
- Quanto eu pago por aluno não deve ser o foco.
- Qual o desenvolvimento que a escola garante para o preceptor? O Serviço deve destinar a oportunidade para a escola capacitar o preceptor.
- Avaliação no internato não deve se restringir a uma avaliação teórico-investigativa. Mas isso precisa aparecer no documento. Isso está escrito no instrumento. Cada dia de OSCE utiliza 60 atores, por exemplo.

- A recepção de avaliadores que não estão preparados é uma realidade vivenciada pela escola.
- O que o campo fornece para a escola e como a escola garante condições para o estágio. - O pagamento da escola não é pela estrutura, mas sim pela oportunidade. A avaliação é um momento importante no internato, mas que não se limita a uma prova.
- Com 3 anos de internato, em qual momento a atenção secundária é vivenciada? A atenção secundária não deve ser incluída no internato. O esclarecimento do internato de 3 anos é temeroso, porque pode antecipar complexidade de formação que o aluno não pode vivenciar naquele momento. A complexidade é crescente e contínua e não pode ser abrupta. O aluno não pode prescrever sozinho no início. A autonomia também deve ser abordada.
- Isso deve estar claro com critérios mínimos. Quem passa a sonda? O preceptor deve ter um sistema de apoio para detectar determinados procedimentos que o aluno deve dominar ou ser retreinados. A clareza para o aluno, preceptor, escola e serviço não deve depender da relação individual entre aluno e preceptor, mas sim da estrutura avaliativa da formação médica.
- Traçar um processo mínimo de formação do internato é importante para garantir que o interno passará pelo processo adequado de formação loco regional.
- É preciso tomar cuidado com o retrocesso ao currículo mínimo.
- Um perfil mínimo de formação está vinculado ao perfil do egresso generalista (o que se espera de um generalista para cada área). O que um médico que saiu da faculdade deve saber quando sai da faculdade?
- O sarrafo deve ser passado por baixo ou por cima? Hospital em São Paulo X Hospital no Nordeste. Isso causa um erro de perfil mínimo para as instituições, de maneira geral.
- A busca por informações especialistas em cada área é algo que precisa ser questionado. O que um médico generalista deve saber ao final do curso?

- No Papel: Garantia de aferição de nível crescente de complexidade, não perdendo o foco final generalista.
- Não é possível perceber o internato como algo independente do curso. O internato FAZ PARTE do curso.
- Núcleo de formação docente é algo distante do universo do internato.
- Um cenário que é pouco explorado: serviço com a gestão local. Considerar as OS e os contratos com as Secretarias de Saúde de cada local. Como fazer para que o preceptor contratado pela OS que tem um fundamento o número de atendimentos seja um preceptor de internato?
- Como pensar o internato com esse intermediário (OS). É preciso pensar o SUS como escola e os contratos com as OS devem contemplar as ações de formação médica obrigatoriamente.
- Isso pode diminuir a queda de braço entre local e município.
- Outros profissionais de saúde podem ser preceptores de internato? Sim, se não for em atendimento. É preciso considerar os diferentes cenários de gestão nos serviços.
- A intenção é interessante, mas é preciso transformar em critério. Como fazer isso?
- Apoio ao interno como elemento de avaliação (alimentação e transporte para os alunos, por exemplo – internato rural)

ATIVIDADE 3 - PLENÁRIA COM DISCUSSÃO DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE Síntese e apresentação das mesas das atividades anteriores

Sorteio 1

Mesa 2 Sala Rosa - Cenários de práticas/ integração ensino serviço

Feito destaque que houve muita divergência a respeito de deixar os estudantes na unidade de saúde para ser avaliada pelo profissional de lá.

Mesa 2 Sala Verde - Cenários de práticas/ integração ensino serviço (complemento)

Campos de práticas com relação a capacidade e o entendimento das unidades quanto aos benefícios de fazer parte desse cenário.

Vantagens para o aluno - interdisciplinaridade.

Território e gestor entenderem o preceptor e papel.

Matriz para o preceptor.

Presença longitudinal.

Importância das unidades perceberem a obrigatoriedade de acolhimento dos estudantes.

Observaram que na verdade já existem determinações, precisam ser praticadas.

Contribuições da plenária

Professor traz relato de preocupação por ser um instrumento único para todas as escolas, precisa pensar em realidades distintas. Sugere que o indicador seja visto de forma bem particular, de âmbito institucional e de âmbito de curso.

Estudante: Estratégia para critério de avaliação em relação à integração ensino-serviço. ex.: Unidade abrir vagas de pesquisa, como critério avaliativo, de excelência

Sorteio 2

Mesa 4 Sala Verde - Internato

Socializar regras para os estudantes com relação às rotinas das unidades.

Horários dos estágios.

Garantia dos estágios práticos.

Intercâmbios internacionais e como poderiam ser incorporados.

Capacitação dos preceptores.

Respeito a carga horária e definição das atribuições.

Mesa 4 Sala Rosa - Internato (complemento)

Chama a atenção para a necessidade de ter a estrutura para o desenvolvimento das atividades do estágio.

Pensar na permanência dos internos, pois tem hospitais que não tem alimentação nem transporte para os estudantes. Nesse sentido precisa ser levado em consideração a segurança dos profissionais.

Contribuições da plenária

Estudante sugeriu a possibilidade de pagamento de Bolsa para estudante do internato. A bolsa poderia ser vista como uma forma de vínculo, definir também os deveres

Professora destaca que o internato é um item muito difícil, e fala que pouco se falou de avaliação na discussão. É preciso deixar claro como será a avaliação desde o ppc do curso. Aponta que o estágio é totalmente diferente do internato. Apontou a lei do estágio de 2008. Sugeriu retirar das DCN o tópico de internato do item estágio das DNC. E questiona o que seria o internato, que precisa clara definição, com um olhar mais específico sobre ele - se tem plantão ou não, como é a carga horária, sugere unificar melhor o internato na DCN.

Outro professor aponta que o internato não é outro curso e sim a continuidade do curso, necessário garantir a integração clínico e prática. A avaliação dentro do internato deve ser baseada em aspectos formativos. Também observar que o internato esteja organizado em níveis de complexidade, deixado de maneira clara, o estudante precisa reconhecer esses níveis. O hospital deve dar condições de permanência ao estudante, incluindo condições de estudo no campo de prática.

Estudante relata que a lei do estágio não se aplica ao estudante de medicina. Há uma precarização do estagiário, que em muitos lugares o interno é usado como mão de obra barata, destaca que não se deve deixar o interno desintegrar do restante do curso, que continua como responsabilidade da coordenação do curso e não do serviço. Lembra também que muitos estudantes de baixa renda estão entrando no internato e precisam trabalhar e isso não tem sido considerado, por excesso de plantões do internato, forma de organização.

Professor faz uma interferência lembrando que o curso de medicina organiza todo o processo de estágio e internato de medicina, diferentemente de muitos cursos. Não significa que está excelente, mas tem. É preciso saber a opinião dos estudantes de maneira ampla, usando mecanismos como pesquisas de opinião. Mas que é essencial olhar o internato como responsabilidade no curso de medicina e não do serviço.

Estudante reforça a pauta que deve-se pagar uma renda mínima ao estudante do internato.

Sorteio 3

Mesa 3 Sala Verde - Cuidado com discente

Existem núcleos de apoio mas não são atuantes

Mesa 3 Sala Rosa - Cuidado com discente (complemento)

O professor fala que se sentiu temeroso como o convite, mas está se sentindo incluído.

Refere que cada faculdade tem suas particularidades, e trata da situação de nivelamento, e o fato dos estudantes chegarem despreparados para iniciar o curso... Sobre as áreas verdes e áreas de decompressão que considera interessante para que os estudantes possam fazer o que quiserem, registra que precisam ser bem acompanhadas.

Na mesa discutiram sobre mentoria, não tem psicólogo para acompanhar todos os alunos e na opinião dele, o mentor cumpriria esse papel

Contribuições da plenária

Discente fala sobre mentoria e como essa mentoria auxilia no desenvolvimento discente, pois deve ir além das notas, deve-se ampliar para questões de vivência, aspectos pessoais.

Docente fala que quando se fala da saúde mental do discente, precisa pensar de forma geral e sair do individual, nesse sentido registra os vários tipos de violências que ocorrem nas instituições a exemplo da violência interpares e a violência institucionalizada. Nesse sentido, sinaliza o internato como momento de maior agressão. E relata que nas instituições é estrutural e estruturante na medicina, e isso chama a responsabilidade da instituição, enquanto política institucional, e necessita ter política institucional para o enfrentamento.

Luciana, gestora, fala da violência contra o aluno e traz o exemplo do trote e aponta o papel importante da mentoria como apoio aos estudantes, sendo necessário a construção de bom vínculo entre estudante e mentor.

Discente: Fala sobre a importância da mentoria e destaca a necessidade de outras políticas de permanência como fator difícil, alojamento, restaurante.

Ana Vitória refere a violência institucional na cultura do trote com predominância em São Paulo e Amazonas. Fala sobre reprovação em massa, especialmente com estudantes minorizados, assim como a não garantia de permanência dos estudantes minorizados e a não garantia de entrada de minoria nas escolas.

Problematiza: Porque não se cria um evento para tratar da violência institucional? Necessita haver esse espaço para discussão porque os estudantes não podem falar para não sofrerem represálias.

Docente fala sobre apoio à pesquisa, inclusive pela ABEM, o maior ato de violência é o currículo de medicina. O conselho de classe tem que discutir além de notas, mas avaliação geral, considerando todo o processo de ensino aprendizagem. Trata sobre nivelamento, que não é possível nivelar, que deve haver caminhos diferentes para levar as pessoas aos lugares comuns. Fala que deve haver apoio sim aos estudantes, considerando as diferenças regionais, se são públicos ou privadas,

Estudante fala sobre como levar as discussões sobre saúde mental ao campo de prática, pois isto leva ao sucesso dos alunos, consequentemente do curso. O processo de adoecimento é muito comum, e mesmo sendo difícil, precisa ter recursos disponibilizados. reflete sobre o currículo oculto e que deve-se combater as práticas de propagação de violências, inclusive docente.

Estudante reforça a importância do combate ao trote. Reforçou também o combate a violência institucional, como exemplo, reprovação em massa, sendo uma responsabilidade da instituição a avaliação do docente. Isto é aceito em muitos locais, sendo normalizado. Convida os gestores a estar atento, auxiliar os estudantes no combate à violência institucional, pois isto tem impacto na formação do médico.

Sorteio 4

Mesa 1 Sala Rosa - Responsabilidade Social

Inicialmente a mesa questiona se o tópico a ser discutido e avaliado seria responsabilidade social ou transformação social, mensurando a capacidade da instituição de promover essa transformação

Avaliar o quanto a instituição impactou na qualidade de vida e precisa ser relacionada com a comunidade para a construção social. Necessita compreender se está havendo relação com os indicadores de saúde.

Sala Verde Mesa 1 - Responsabilidade social (complemento)

Devolver à comunidade como compromisso ao discutir a extensão.

Observar se há participação social, com entrosamento/trocas em 02 vias.

Políticas de ações afirmativas, em todos os setores. A extensão precisa ser concebida como interprofissional.

A discussão da educação médica faz parte do projeto de mudança para o país.

Contribuições da plenária

Um docente fala que as temáticas precisam ser abordadas por todas as escolas e não por apenas algumas poucas, uma vez que os problemas são comuns.

Docente fala sobre a inclusão nas universidades privadas, que é preciso se discutir de maneira mais ampla, no âmbito privado. Exemplifica que entre 1000 alunos que passaram pela instituição somente 8 negros se formaram lá. Retoma a violência institucional, cita um exemplo de bullying contra um estudante que era chamado “Haley, pq um preto só passa aqui a cada 50 anos.”

Responsabilidade social = compromisso com a sociedade

Discente representante de DENEM faz uma fala sobre a extensão popular (será que minha pesquisa é fundamental para a comunidade em que estou inserida?)

Docente fala sobre o ‘processo de amadurecimento forçado’ dentro do curso de medicina, pelo excesso de violência do curso.

Gestor traz exemplos de experiência de trote solidário, como mudança na cultura da violência institucional, e experiência de mentoria.

Discente reflete sobre placas com o informe ‘acesso restrito a funcionários e médicos’ e questiona sobre o porquê a faculdade de medicina não reflete a população e o quão necessária são as políticas de cotas, sendo essenciais às responsabilidade social.

Sorteio 5

Mesa 1 Sala Azul - Infraestrutura

Dividido em infraestrutura interna e externa.

Possuir ambiência para as mães estudantes.

Salas de conforto, armários, copa.

Agenda que propicie boas práticas /experiências para os estudantes.

Contribuições da plenária

Docente traz exemplo da PUC que tem um restaurante universitário com preços mais acessíveis, e que isto deve ser refletido por outras instituições particulares.

Discente fala da dificuldade grave de infraestrutura de instituições públicas, como as federais, sob risco de interdição de salas ou prédios, sendo importante a luta para recomposição de orçamento universitário.

Docente questiona possibilidade de documento que orientasse para estrutura dos cursos, sejam eles privados ou públicos, que orientasse infraestrutura mesmo. Professor Valdes fala que este documento já existe, datado de 2010.

Discente fala sobre a adaptação dos espaços para pessoas com deficiência, sejam elas visíveis ou invisíveis, sendo necessário garantir o conforto de todos, incluindo os neurodivergentes.

Sorteio 6

Mesa 3 Sala Azul - Corpo docente

Sugerido a criação de um programa que descrevesse o perfil do professor que a escola deseja.

Avaliação 360.

Preceptores apontados como uma fragilidade.

Contribuições da plenária

Gestor defende a existência de uma política de apoio ao docente, que ele tenha licença com bolsa para pós-graduação, mesmo nas instituições privadas. Defende capacitação docente permanente. Falou também das dificuldades atuais dos professores horistas que não conseguem se planejar financeiramente, em função do vínculo de trabalho.

Docente fala da dificuldade de organização de espaços para práticas pelas disputas causadas pela mercantilização dos espaços, gerando problemas internos graves, que inclusive faz com que preceptores não queira receber alunos de escolas públicas ou os tratam diferentemente.

Docente registra a diferença entre os objetivos para o ensino relacionados à forma de inserção dos docentes. Ressaltam dificuldade de adesão dos professores que por vezes consideram a atividade docente como “bico” e se relacionam com os estudantes hierarquicamente de acordo com o que recebem da fonte.

Sorteio 7

Mesa 4 Sala Azul - Avaliação do estudante

Foram apresentados os aspectos gerais dos critérios de avaliação.

Usar recursos antistress, assim como da inteligência artificial para elaboração das provas.

Considerar a avaliação como ferramenta de aprendizagem.

Contribuições da plenária

Não houve.

Sorteio 8

SALA Azul Mesa 2 - Projeto pedagógico/orientação curricular

Necessidade se relacionar com o contexto territorial, para ser socialmente referenciado. Que o currículo seja em espiral ascendente e centrado em atitudes e valores para os discentes.

O projeto pedagógico precisa estar relacionado às necessidades de saúde da população

Evidências de que o currículo esteja sendo cumprido

Precisa conter a estrutura de gestão.

Ser claro quanto a estrutura financeira e constar atividades complementares e fomentos, auto cuidado, línguas, atividades de trabalho.

Formação humanística dos docentes

Contribuições da plenária

Preceptor traz dúvida, se deve ou não colocar a carga horária do curso.

As pessoas com deficiência conseguem levar ao fim o curso médico?

Discente aponta as excessivas mudanças curriculares nos últimos 2 anos em São Paulo e que isto precisa ser amplamente avaliado.

Docente faz uma reflexão sobre a construção do médico. O médico da rede básica está com o hábito de 'empurrar', questões simples, que devem ser resolvidas por clínicos, estão esperando anos para ir para a atenção secundária. Exemplifica que o paciente esperou 2 anos para ir no hematologista para resolver uma anemia ferropriva. Reflete sobre onde estamos errando na formação, que o médico não atende a população, não consegue atender os problemas básicos.

Discente fala sobre critério essencial para a qualidade do ensino médico, uma vez que

Docente compartilha o comentário da colega anterior sobre a incapacidade de resolução de problemas básicos pelos médicos recém formados.

Docente compartilha algumas percepções: reflete sobre a capacidade de assumir que não sabemos. Em relação ao desenvolvimento docente é necessário estudar muito. Os professores precisam estudar sobre questões de ensino. Fala sobre os discentes com deficiência e buscar o caminho 'nada sobre nós sem nós', talvez com apoio dos próprios discentes.

Gestora reflete que o especialista da APS é o MFC e não o generalista. Assim, é preciso valorizar o médico especialista da APS para qualificar o vínculo. Reflete sobre a responsabilidade do MFC. Lembra que, o generalista não vai seguir os princípios básicos como o cuidado centrado na pessoa, na medicina baseada em evidência, convidando a todos a refletir sobre a APS no Brasil.

Discente reflete sobre a quantidade de iatrogenias cometidas pelos médicos generalistas e os problemas na formação atual relacionado aos cursinhos para residência, prejudicando a formação, impedindo que o estudante foque na teoria do que viu na prática, mas fica muito mais atendo ao cursinho de residência. Reflete sobre a desvalorização da prática, convidando ao combate dessas práticas pelas faculdades.

Discente discute sobre qual a função do médico generalista. O PPC mostra para ele qual a área de atuação dele?

Discente reflete sobre a importância da discussão sobre a residência médica e da garantia das vagas na relação 1:1.

ATIVIDADE 4 - AVALIAÇÃO

Após conclusão das discussões e apresentações das atividades da oficina foi realizada a avaliação pelo grupo com o uso do *Mentimeter* e formação de nuvem de palavras com respostas do grupo.

Pensando nos dois dias de Oficina nos diga

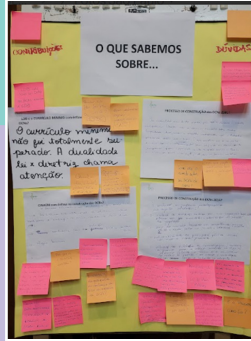
O que conheceu?

O que pensou?

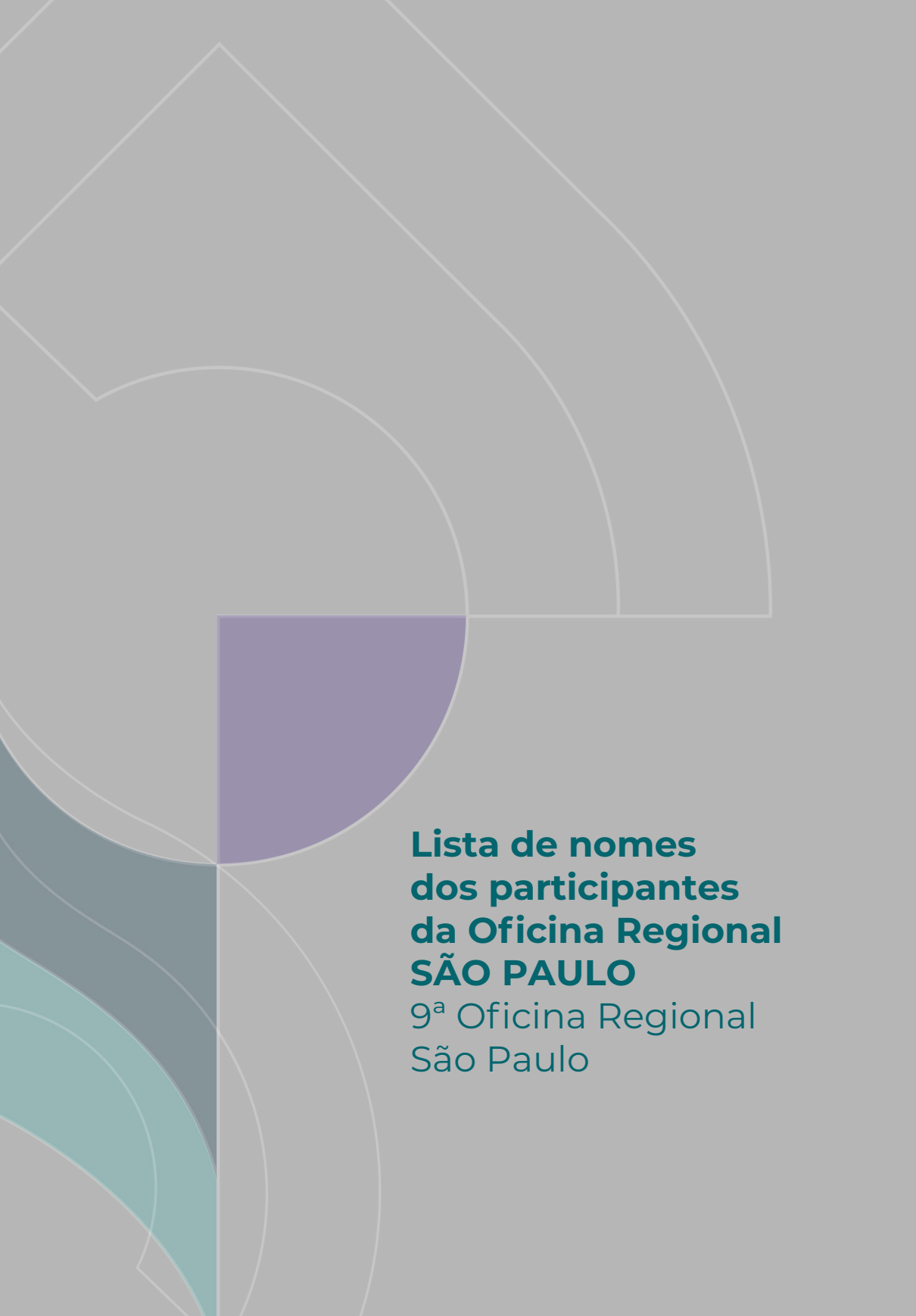
O que construiu?

O que sentiu?

REGISTROS FOTOGRÁFICOS







**Lista de nomes
dos participantes
da Oficina Regional
SÃO PAULO**

9ª Oficina Regional
São Paulo

Nome:	Categoria	Instituição
1. AGNES DE FÁTIMA PEREIRA CRUVINEL	GESTOR	USP BAURU
2. ALESSANDRA CRISTINA MARCOLIN	DOCENTE	FMRP USP
3. ALINE RUSSOMANO DE GOUVEA	DOCENTE	UNIVERSIDADE BRASIL
4. ANA PAULA ZANIN DOS S. FELGUEIRAS	DOCENTE	FMJ
5. ANDRÉ WILIAN LOZANO	GESTOR	UNIVERSIDADE BRASIL
6. ANDRÉA APARECIDA CONTINI	GESTOR	UFSCAR
7. ANDRÉA TENÓRIO CORREIA DA SILVA	GESTOR	FCMSCSP
8. ANTONIANNA F. CAVALCANTE VECINA	GESTOR	PUCSP-SOROCABA
9. ARMANDO ANTUNES JÚNIOR	GESTOR	GESTOR
10. BARBRA RAFAELA DE M. S. AZEVEDO	GESTOR	UAM SP
11. BEATRIZ SANTANA DE SIQUEIRA SILVA	DISCENTE	FMJ
12. BIANCA PALMA	DISCENTE	DENEM
13. CARLA CAMPOS PETEAN	GESTOR	ESTÁCIO DE R. PRETO
14. CARLOS AUGUSTO CARDIM DE OLIVEIR	GESTOR	ALBERT EINSTEIN
15. CARLOS FRANCISCO DOS S. JÚNIOR	DOCENTE	UNIFESP
16. CAROLINE MARIE ALVES FERREIRA	DISCENTE	PUCSP-SOROCABA
17. CÉLIA MARTINS CAMPANARO	DOCENTE	DEL. EDUCADOR
18. CINARA SILVA FELICIANO	GESTOR	FMRP USP
19. CRISTIANO PRADO DE MIERI	DISCENTE	UAM SP
20. CRISTIANO SCHIAVINATO BALDAN	GESTOR	UNIP
21. DEBORA DAISY DA SILVA VOGEL	DOCENTE	UAM SP
22. EDER VIANA DE SOUZA	GESTOR	UAM SP
23. EDNILSE LEME	DOCENTE	UNIP - C. SOROCABA
24. EMILLE SAMPAIO CORDEIRO	MS	SGTES/MS
25. FABIANA ARENAS STRINGARI PARMA	GESTOR	C.U. DE VOTUPORANCA
26. FABIO ANCONA LOPEZ	GESTOR	UNIP ALPHAVILLE
27. FÁBIO HUSEMANN MENEZES	GESTOR	FCM-UNICAMP
28. FÁBIOLA SUANO	GESTOR	UNIFESP
29. FÁTIMA APARECIDA HENRIQUE LOTUFO	GESTOR	SL MANDIC ARARAS
30. FERNANDA MAGALHÃES A. COSTA	DOCENTE	SL MANDIC-CAMPINAS
31. FRANCISCO DE ASSIS ROCHA NEVES	MEC	MEC/DDES
32. FRANCISCO JONES DE TOLETO	DISCENTE	ALBERT EINSTEIN
33. GABRIEL DELLA NINA DIAS	DISCENTE	UNIP ALPHAVILLE
34. GABRIELLA CORREA SOJO	DISCENTE	UP- SOROCABA
35. GIOVANNA LINS LIMA	DISCENTE	DENEM
36. GIOVANNI PEDRONI	RESIDENTE	VICE COORD. M. RES.
37. GRAZIELA DE ARAÚJO COSTA	DOCENTE	ALBERT EINSTEIN
38. GUILHERME LUCAS DA SILVA	DISCENTE	FMRP
39. HELENA MARCHETTO	GESTOR	UNIP S.J.RIO PARDO
40. ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO	MS	SGTES/MS
41. JESSICA CORRÉA PANTOJA	DISCENTE	DEL. EDUCANDO
42. JOÃO CARLOS DA SILVA BIZÁRIO	GESTOR	ANHEMBI MORUMBI
43. JOSÉ CARLOS MESQUITA	GESTOR	UNIFUNEC
44. JOÃO PEDRO NUNES DE SOUZA	DISCENTE	DEL. EDUCANDO
45. JOSÉ ELIAS MATIELI	DOCENTE	FCM/SJC – HUMANITAS
46. JOSÉ LÚCIO MARTINS MACHADO	GESTOR	UAM SP
47. KARINA DELGADO MAIDA UCHIYAMA	DISCENTE	UNIP S.J.RIO PARDO
48. LARISSA PIMENTEL PIRES	DISCENTE	FAMERP
49. LAYSA ANDRADE RADTKE	DISCENTE	FCM/SJC – HUMANITAS
50. LEANDRO ODONE BERTELLI	DOCENTE	DEL. EDUCADOR
51. LORENZO SALVESTRINI NAPOLI	DISCENTE	COORD. DISCENTE
52. LUCAS LEITE	DOCENTE	UNIFESP
53. LUCAS POSSEBON	DOCENTE	UNIFIPA
54. LUCIANA MARIA DE ANDRADE RIBEIRO	DISCENTE	DEL. EDUCANDO
55. LUCIANO ALVES MATIAS DA SILVEIRA	GESTOR	UFTM
56. MARCELA PELLEGRINI PEÇANHA	DOCENTE	PUCSP-SOROCABA
57. MARCELO CASTRO CESAR	GESTOR	UFSCAR

Nome:	Categoria	Instituição
58. MARCOS AURELIO MARAGONI	DOCENTE	DEL. EDUCADOR
59. MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA	DOCENTE	VICE COORD. DOCENTE
60. MARIA HELENA SENGER	DOCENTE	PUC SP
61. MARIA VITÓRIA PEREIRA DA SILVA	DISCENTE	DENEM
62. MARIA WANY LOUZADA STRUFALDI	DOCENTE	UNIFESP
63. MARÍLIA JESUS BATISTA DE BRITO MOTA	DOCENTE	FMJ
64. MARINA BATISTELA	DISCENTE	UNIFIPA
65. MARLENE MORAES ROSA CHINELATO	DOCENTE	DEL. EDUCADOR
66. MATHEUS DE A. FERNANDES CAMARGO	DISCENTE	UNIFESP
67. MIRLENE SOARES PINHO CERNACH	DOCENTE	UNIMES
68. NATHÁLIA DE MORAES LEBEIS NERY	DOCENTE	SLMANDIC ARARAS
69. NATHÁLIA STÉFANI WEBEL RAMOS	DISCENTE	UNESP BOTUCATU
70. PATRÍCIA MORETTI REHDER	DOCENTE	FCM-UNICAMP
71. PATRÍCIA PEREIRA ALFREDO	GESTOR	UNIP ALPHAVILLE
72. PAULO CEZAR DE OLIVEIRA JUNIOR	DISCENTE	UAM SP
73. PEDRO HENRIQUE FERNANDES GIMENES	DISCENTE	FMABC
74. RAFAEL A. DE OLIVEIRA PEREIRA	DISCENTE	UNIMES
75. RAFAEL FANTINI	DISCENTE	C. U. DE VOTUPORANGA
76. REGINA VIVIANE MUNEKATA	DOCENTE	FMABC
77. RENATO RISSI	DOCENTE	UNIFIPA
78. RINALDO HENRIQUE AGUIAR DA SILVA	DOCENTE	FCM/SJC-HUMANITAS
79. ROBERTO ANTONIO DE ARAUJO COSTA	DOCENTE	UNESP
80. ROGÉRIO DUTRA BANDOS	DOCENTE	COORD. DOCENTE
81. SAMIRA YARAK	DOCENTE	UNIFESP
82. SIMONE APPENZELLER	DOCENTE	DEL. EDUCADOR
83. SIMONE HOLZER DE MORAES	GESTOR	FMABC
84. TAISA MORETE	DOCENTE	UNIFUNEC
85. TAISE JORDÃO ZANZARINI	GESTOR	UNIFUNEC
86. UGO CARAMORI	DOCENTE	DIRETOR REGIONAL
87. VALTER YASUSHI HONJI	GESTOR	UNIP SOROCABA
88. VERÔNICA APARECIDA DA SILVA	DISCENTE	ESTÁCIO DE R. PRETO
89. VINÍCIUS FINISGUERRA VIANNA	DISCENTE	FCMSCSP
90. VITÓRIA CERQUEIRA VIEIRA	DISCENTE	UNICAMP
91. WAGNER MONEDA TELINI	DOCENTE	C. U. DE VOTUPORANGA
92. WEVERSON FERREIRA TAVARES	DISCENTE	UNIVERSIDADE BRASIL
93. YNGRID DIEGUEZ FERREIRA	DOCENTE	FCMSCSP
94. ANDRÉ PINTO LEMOS DE FARIA	DOCENTE	UNIFAX
95. ARISTIDES AUGUSTO PALHARES NETO	PROJETO	ABEM
96. HARISSON BRENO SOUZA ROSA	DISCENTE	U. PAULISTA
97. ELIZA AZEVEDO		U. PAULISTA
98. JAQUELINE TEIXEIRA CARAMORI		FMB-UNESP
99. ELINE ETHEL FONSECA LIMA	MS	SGTES/MS
100. BRUNA HELLEN BARBOSA MUTZ	DISCENTE	ABEM
101. GABRIEL ANTONIO CABRIOTT DUMBRA	DISCENTE	FACERES
102. FELIPE COLOMBELLI PACCA	DOCENTE	FACERES
103. PEDRO LUIZ T.DE ARRUDA LOURENÇO	DOCENTE	UNESP BOTUCATU
104. SALVIANO AUGUSTO DE ALMEIDA MARIZ	COSEMS	COSEMS SE
105. ESTEVÃO TOFFOLI RODRIGUES	ABEM	ABEM
106. WILAN VICENTE REIS TEIXEIRA	DISCENTE	U. PAULISTA
107. FLÁVIO FERNANDES PACETTA	DOCENTE	UNIFAJ



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO