



**Formação Médica
para o Brasil**

**onde estamos e
para onde vamos?**

Um olhar comprometido
com a responsabilidade
social no século XXI



Relatório
Oficina Regional
MINAS GERAIS

5ª Oficina Regional - Belo Horizonte
RELATORIA - PLENÁRIAS e
TRABALHO EM GRUPOS



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Relatório Oficina Regional

MINAS GERAIS

Projeto REVER

Formação Médica para o Brasil

5ª Oficina Regional - Belo Horizonte
01 e 02 de agosto de 2024

RELATORIA - PLENÁRIAS e TRABALHO EM GRUPOS



Expediente

LISTA DE AUTORES

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

Jornalista responsável:

Raíssa de Deus Genro - MTB 14.822/RS

Projeto Gráfico, ilustrações e capa:

Eduardo Grisoni

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

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

62 p. : il.

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

Título para indexação:
Regional Workshop Report MINAS GERAIS

Sumário

Objetivos	5
DIA 1 - 01/08/2024	
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.....	7
Atividade 5 - Apresentação dos Objetivos da Oficina.....	8
Atividade 6 - Trabalho de Grupos.....	8
Atividade 7 - Síntese de Alinhamento do Processo de Construção Histórica.....	16
Atividade 8 - Trabalho em Grupo.....	17
Atividade 9 - Plenária para Elaboração da Síntese.....	29
Atividade 10 - Avaliação.....	35
DIA 2 – 02/08/2024	
Atividade 1 - “Briefing” Sobre Princípios de Avaliação de Programas Educacionais.....	36

Atividade 2 -	
Café Mundial – Critérios de Qualidade.....	37
Atividade 3 -	
Plenária com Discussões dos Critérios de Qualidade	51
Atividade 4 -	
Avaliação.....	56
Elementos de Percepção do Relator/Impressões.....	56
Registros Fotográficos	58
Lista de nomes dos participantes da	
Oficina Regional MINAS GERAIS	
5ª Oficina Regional Belo Horizonte	60



Objetivos

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

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

A Oficina aconteceu nos dias 01 e 02/08/2024 e teve a participação de 94 (noventa e quatro) pessoas entre docentes, discentes, gestores e representantes de entidades médicas.

Equipe pedagógica: Rodrigo Silveira e Oscarina Ezequiel

Equipe Coordenadores: Denise Herdy e Liliana Santos

Equipe de Relatoria: Maria Doralice Sousa e Lenira Ribeiro

DIA 1 - 01/08/2024

ATIVIDADE 1 - MESA DE ABERTURA

Alessandra Ribeiro – ABEM Minas Gerais

Larissa Gomes Marangne – Delegada discente ABEM Regional Minas

Emile Cordeiro – Representante da SGTES/MS

Tarcísio Afonso Nunes – CRM Minas

Denise Herdy – ABEM Nacional

A atividade inicial de composição da mesa de abertura contou com a participação de representantes das instituições acima relacionadas. O coordenador 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. A mesa de abertura não contou com a presença do representante do MEC por conflito de agendas, mas a parceria foi reforçada pelos integrantes da mesa.

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.

ATIVIDADE 3 - APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA OFICINA NACIONAL

Realizou-se a explanação do relatório da Oficina de lançamento do projeto, que aconteceu em Brasília, em dezembro de 2023, com a participação de 123 pessoas, entre docentes, discentes, gestores, representantes de entidades ligadas à educação médica, Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Falou das metodologias utilizadas na Oficina (Café Mundial e Rota do Sol) e o diagnóstico levantado que deu subsídios para construção das oficinas regionais.

Neste momento foi aberto para esclarecimento de dúvidas na plenária e surgiram perguntas sobre a visão da ABEM em relação a possibilidade de existência de um teste de ordem, e sobre a proposta de reformulação das DCN pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Resposta foi dada pela representante da ABEM e a plenária elogiou a atuação da Associação, agradeceu pelo trabalho realizado, valorizando o espaço de debate sobre a educação médica, deixando evidente que se sentem muito bem representados pela ABEM.

ATIVIDADE 4 - RECONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES

A ferramenta *Mentimeter* foi utilizada para a apresentação e caracterização dos participantes, identificando nomes, estado

de origem, pessoas que estavam na Oficina Nacional de lançamento do projeto, qual Regional ABEM de vinculação, se escola pública, privada ou entidade representativa da categoria, e se gestor, educador ou educando.

ATIVIDADE 5 – APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA

Em seguida 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) do Dia 1:

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

Estratégias didáticas do Dia 1:

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

ATIVIDADE 6 – TRABALHO DE GRUPOS

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

Estratégia didática: O que sabemos sobre...

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

O que sabemos sobre...

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

Mesa 2: CINAEM com ênfase na construção das DCN;

Mesa 3: Processo de construção das DCN 2001;

Mesa 4: Processo de construção das DCN 2014;

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

Sala Amarela

Mesa 01

Nas discussões sobre LDB e currículo mínimo, foi percebido que o grupo trouxe contribuições dentro do que entendiam sobre o tema, partilhando conhecimentos e esclarecendo dúvidas de alguns integrantes.

O currículo mínimo foi abordado, pelos participantes, enquanto uma lista de conteúdos que não consistiam em diretrizes.

Mesa 02

Inicialmente os participantes fizeram consultas na internet sobre CINAEM e em seguida passaram a discutir sobre o tema.

Mesa 03

Algumas pessoas do grupo mostraram conhecimento sobre as DCN 2001 e iniciaram as discussões, compartilhando seus conhecimentos com os demais.

Mesa 04

As DCN 2014 foram abordadas com mais facilidade por algumas pessoas do grupo, enquanto outras precisaram consultar na internet e participar das discussões.

De forma geral, os grupos se envolveram na realização da atividade e demonstraram interesse nas discussões. Ao final foi realizada uma sistematização breve dos temas trabalhados nas mesas, com esclarecimento das dúvidas que foram colocadas nos post-its, provocando o debate e complementação das informações pelos integrantes dos grupos, informando que no início da tarde seriam retomados os temas no momento da plenária.

Produção dos grupos:

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

O grupo trouxe que LDB é a lei de embasamento e direcionamento para toda a educação (básica e superior), com o mínimo de requisitos. Já as DCN 2014 dão o direcionamento para o ensino médico, com temas como a estruturação dos internatos.

Observações no Post-Its: Dúvidas: LDB e currículo mínimo não seria em relação às DCN 2001?

LDB é anterior à década de 60. A nova veio em 1996

Currículo mínimo lista os conteúdos

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

CINAEM Comissão Nacional de Avaliação do Ensino Médico?

CINAEM participou na criação das DCN 2001 como representante

do diagnóstico das escolas médicas do Brasil, além das avaliações do ensino por meio da análise do perfil do corpo docente, dos projetos pedagógicos e processo de formação médica.

O CINAEM apesar de propor uma ferramenta importante de avaliação do ensino médico, teve limitações na sua aplicabilidade, considerando o processo formador médico que se sucedeu após a divulgação das DCN.

Observações no Post-Its: Importância da CINAEM e da participação coletiva

Mesa 3- O QUE SABEMOS SOBRE? Processo de construção das DCN 2001

Processo construído de forma coletiva, com maior participação trazendo a relevância dos movimentos sociais, como por exemplo os movimentos sanitaristas e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal.

Os participantes referiram que as diretrizes para os cursos de medicina influenciaram outros cursos da área da saúde que datam da mesma época.

Observações no Post-Its: Explicar melhor sobre a diferença entre a de 2001 e 2014. Foram entidades diferentes que colaboraram e estiveram à frente?

Mesa 4- O QUE SABEMOS SOBRE...Processo de construção das DCN 2014?

O processo de elaboração ocorreu de forma rápida e sem a devida discussão, com tempo recorde.

Sobre o conteúdo:

- Fortalezas: privilegia a Atenção Primária a Saúde (APS) e a urgência e emergência, com 30% do internato com predomínio da APS; ênfase na Medicina como atividade humana e histórica;
- Fragilidades: inserção do internato de Saúde Coletiva sem explicitar as competências e atividades práticas;

Confusão com termo básico: competências, habilidades, desempenho, APS, atenção primária;

Falta de definição do percentual do ensino no mundo real/ ensino prático;

Falta de objetividade em relação às competências.

Observações no Post-Its: Qual é o tempo razoável para fazer a revisão das DCN? Há um canal para sugestões de forma contínua?

Houve relação da DCN 2014 com o projeto Mais Médicos?

Importância de qualificar a gestão.

Importância de focar na inclusão e acessibilidade ambiental e pedagógica.

Desenvolvimento do docente.

Saúde Coletiva com conteúdo conhecido e pode ser aplicado e ter importância para a formação médica.

Sala Azul

De forma geral, destacam-se algumas contribuições considerando a questão orientadora O que sabemos sobre...e os diferentes momentos históricos de construção das DCNs.

Produção dos grupos

Consideram que as DCNs 2014 tiveram um processo de construção muito rápido e com pouca representatividade Regional e Nacional, enquanto as DCNs de 2001 uma construção mais coletiva. As DCNs 2001 levaram a uma maior reestruturação do curso e transformação da educação médica, constituindo para um dos participantes um movimento político para promover uma autonomia e outro salienta que deve se tomar cuidado ao colocar a construção das DCN como um movimento político.

Referem que em 2014 chegou uma diretriz pronta, de texto denso e extenso e já om o parecer do CNE, sem apresentação

prévia. Observando uma tentativa de fortalecer a atenção social e as ciências sociais, que foram importantes, mas com pouco caminho sobre as partes técnicas, o que ensinar em si. O fato de ter sido construída sem coletividade causa impacto negativo na aplicação das DCN. Por outro lado, a de 2001 era menor, bem aberta, com bem menos direcionamento, com pontos importantes de inserção dos estudantes no SUS e na APS.

Alguns participantes disseram desconhecer o processo de criação das DCNs e fizeram no momento pesquisas sobre os diferentes momentos de construção histórica.

Referem que o processo deve ser construído em conjunto e que se faz necessário pensar nas questões da residência médica, sendo necessário envolver a comissão de residência médica.

Observações no Post-Its:

DCNs 2001: A ABEM conduziu discussões no Brasil todo, sendo enviadas ao CNE, e assinadas pelo MEC.

Citava a inserção dos cursos no serviço de APS, mas houve uma grande mudança no contexto da educação médica. Já trazia também conceitos de atenção integral, inserção do SUS e na APS, mas era mais aberta, sem muitas orientações nesse sentido.

DCNs 2014: Processo construído de forma unilateral, sem participação coletiva dos maiores interessados na educação médica do país. Assim, houve impacto negativo para os gestores e docentes que aplicariam as DCN nas faculdades bem como no resultado direto do conteúdo apresentado, que não representam as necessidades dos discentes e pacientes do SUS. Ademais, a forma como foi construída dificultou a aplicação das DCN.

Foi feita de forma unilateral, sem ampla participação da ABEM. Apesar de ter pontos muito positivos, ter tido discussão anterior teria facilitado sua aplicação dessas. Um dos participantes cita a necessidade de maior descrição das competências curriculares.

Em 2014, houve a intenção por parte do Ministério de trazer mudanças importantes, foram chamados especialistas para fazer parte, mas sem ampla participação.

Por fim, referem preocupação com o desafio na implantação das novas DCN e um docente cita a relação das DCN com os PPC e a necessidade da avaliação do curso ser realizada não somente baseada nos PPCs, mas que haja evidências claras de operacionalização.

Sala Verde

De forma geral os participantes se empenharam nas discussões e buscaram por vezes por conceitos no ambiente virtual, sendo estimulados a manterem a discussão no grupo para construção coletiva.

Produção dos grupos

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

Propiciou a definição do ano letivo e de horas aulas se remetem a LDB e onde se remete a carga horária dos cursos, trazendo a necessidade de disponibilização dos calendários e publicação do plano de ensino.

Um dos participantes explica o termo LDB e relata sobre o ano de 1996, quando houve uma expansão da educação superior devido a autonomia universitária e o crescimento do número de escolas médicas, com maior preocupação com a qualidade de educação

Relata que LDB é institucional e questionam se há alguma relação dela com o aumento da abertura de escolas médicas. Para outros foi benéfica, por exemplo pela diferenciação que deram para faculdade, universidade, centro universitário.

Na discussão, o grupo reconheceu a importância da LDB no sentido de representar um certo limite para a livre expansão das escolas médicas, além de representar iniciativa para liderança do estado com relação à educação.

Mesa 2: O QUE SABEMOS SOBRE... CINAEM?

A CINAEM foi considerada como um movimento originado na ABEM, que era como se fosse um provão sobre todos os cursos de medicina, para tentar entender como estava a formação pois já existia uma preocupação sobre a quantidade de escolas e a qualidade de ensino. Seus resultados fomentaram as discussões para as DCNS de 2001, tendo a ABEM protagonizado essas diretrizes, pois teve uma preocupação com a formação do médico de acordo com as necessidades do país.

O gruposalientou durante a discussão a importância da CINAEM no sentido de criar condições para a criação das diretrizes de 2001 e ressaltou o papel da comissão na problematização da tendência da educação médica ser tratada como negócio.

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

Os participantes referiram sobre o processo de construção das DCNs 2001:

- Processo coletivo com consulta pública
- Necessidade de associar o SUS a formação dos profissionais de saúde
- Início do SUS 1990 - alavancou o processo
- Surgiu em substituição aos currículos mínimos
- 1997/2000 – fim dos currículos mínimos
- Havia inicialmente uma diretriz comum para os cursos da saúde

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

Os participantes referiram sobre o processo de construção das DCNs 2014:

Passou por consulta pública (?)

- Processo de decisão e elaboração fechado e pouco amplo

- Houve um debate que a ABEM não concordou inteiramente com a construção da DCNs
- Foi um processo muito rápido
- Passou a abordar o assunto de saúde mental
- Necessidade do conceito da competência
- Associação com o Programa Mais Médico e abertura de novas escolas médicas
- Entre as principais mudanças está o estágio obrigatório pelo SUS
- A viabilidade das mudanças em um prazo tão curto não foi devidamente avaliada
- Aplicação do teste de progresso e exame seriado

Na discussão, os presentes sinalizaram que a LDB, CINAEM e DCNs representam etapas para constituição do processo de educação de forma geral, e que também se constituem em orientações à formação médica sobre as quais deveriam se embasar os processos formativos. Nesse sentido, o currículo mínimo foi reconhecido como tentativa de estabelecer conteúdos uniformes para a formação, a CINAEM foi qualificada como matriz para as DCNs e as DCNs foram analisadas considerando o processo de criação e desdobramentos.

ATIVIDADE 7 – SÍNTESE DE ALINHAMENTO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

No retorno do almoço, realizou-se a plenária com apresentação dos tópicos trabalhados nos grupos no período da manhã e discussão com os participantes de todas as salas. Foi realizada apresentação das origens do curso de medicina, construção das DCN, Lei da Reforma Universitária, LDB, CINAEM, Currículo mínimo, DCN 2001 e DCN 2014, entre outros. Ao abrir a fala, a plenária questionou se houve contribuição internacional na construção das diretrizes e foi abordado o apoio e avanço nas pesquisas no aporte de conhecimentos e financiamento de

outros países e outras instituições. Em relação às DCN 2001, a plenária contribuiu dizendo que foi traçado o perfil de egresso desejado, uma mudança de paradigma e uma construção coletiva com participação da Rede Unida, CINAEM, ABEM.

Sobre as DCN 2014 foi falado sobre as transformações no SUS, ampliação do foco para a visão integral, histórico-humanista, centrada nas três grandes áreas.

De forma geral a participação da plenária foi boa e as pessoas se mostraram interessadas e gratas pela oportunidade de contribuir para as discussões sobre DCN e critérios de avaliação na formação médica, ressaltando o importante papel da ABEM nessa construção.

Em seguida foi explicada a metodologia do Café Mundial adaptado a ser feito pelos grupos, distribuídos novamente nas salas, com quatro mesas em cada sala.

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

A atividade Café Mundial adaptado foi realizada no período da tarde e os participantes da Oficina foram distribuídos novamente em três salas (sala Verde, sala Amarela e sala Azul), mantendo os mesmos grupos por sala. 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 Verde

Mesa 1: O que TEM e precisa ser MANTIDO

Ensino baseado em competências.

Estudante no cenário de práticas desde o início do curso.

Perfil do egresso voltado para o médico generalista.

Formação permanente da equipe nos serviços.

Ao ler observam que o perfil do egresso mostra que apenas não foi implementado, porque parece bem atual nas DCN 2014.

Mesa 2: O que TEM e precisa ser APRIMORADO nas DCN 2014

Formato com texto mais objetivo.

Incluir métodos de avaliação coerentes com os objetivos do processo de aprendizagem.

Priorizar a importância da integração curricular.

Criar um núcleo formador de docentes, promovendo o desenvolvimento docente contínuo: educação continuada e permanente.

Fortalecer o conceito de saúde única (meio ambiente, comunidade).

Compor o NDE com profissionais com formação em educação.

Curricularização da extensão em processo dialógico com a comunidade.

Organizar o internato por grandes áreas.

Estabelecer as competências e seus atributos conhecimento, habilidades e atitudes, bem como os critérios de ingresso nas residências (buscando reduzir o foco dos estudantes no currículo oculto)

Incluir atividade prática desde o início do curso e não apenas a partir do internato, colocando percentual na proporção de aula prática do primeiro ao oitavo semestre.

Fortalecer a formação do preceptor.

Implementar a discussão do COAPES.

Incluir o feedback no texto das DCN.

Promover acessibilidade em todos os níveis e não apenas para deficiência física.

Promover a acessibilidade na prática, pois existem cotas para entrar e nas avaliações a pessoa não consegue continuar.

Implementar as línguas dos povos nativos, Libras.

Fortalecer o ensino e práticas nos três eixos.

Institucionalizar a avaliação programática e garantir o percentual de avaliação prática.

Abordar transversalmente as questões religiosas, espiritualidade, étnico raciais e de gênero.

Mesa 03: O que TEM e precisa SER RETIRADO

Retirar valores numéricos e percentuais que engessam os estágios curriculares e não contemplam as diferenças e contextos regionais

Retirar a organização das áreas do internato por áreas do conhecimento e colocar um internato por linhas de cuidado.

Retirar termos confusos, prolixos, com dupla interpretação e sem objetividade.

Retirar a parte que fala da constituição do NDE. Constituição mais flexível.

Retirar artigo 37, 38 e 39

Retirar artigo 36 visto que não foi implementado. Substituir por outro método (teste de progresso?)

Artigo 24 – retirar percentuais inciso 9.

Mesa 04: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO

Adendo sobre Cuidados Paliativos (reforçar comunicação de más notícias)

Legislação sobre a Curricularização da Extensão

Acompanhamento dos indicadores de avaliação do quanto a formação está impactando na sociedade local

Avaliação se os estudantes estão saindo capacitados do curso

Ter como referências APCs pactuadas junto a gestão local do SUS a gestão regional com participação popular

Formação pedagógicas dos preceptores

Reforçar a representação discente na formação do projeto pedagógico de curso

Reforçar a saúde mental do estudante de medicina durante o curso

Construção de políticas públicas de atenção e cuidado à saúde mental e física do estudante e professor

Desenvolvimento das competências longitudinais

Maior esclarecimento sobre o que precisa oferecer sobre a formação de uma língua estrangeira

Inserir uma regulamentação sobre telemedicina e inteligência artificial (IA)

Regulamentar um processo de produção científica

Especificar formação e valorização da preceptoria

Regulamentação de alunos com necessidades especiais física e mentais

Incluir o aprendizado sobre geriatria

Incluir temas para formação que o profissional esteja apto a atender de forma específica todas as minorias

Sala Azul

Mesa 1: O que TEM e precisa MANTIDO

Determinação social saúde-doença, segurança do paciente, boas práticas, atuação nos SUS, competência técnica e ética, atenção gestão e educação.

Dois anos de internato com percentual definido de atuação em APS e urgência

Formação docente.

Inserção dos alunos desde os primeiros períodos de curso.

Aspectos complementares de perfil e flexibilidade individual para atender as demandas e expectativas de cada região.

Após a rodada dos grupos nas mesas, âncora coordenador apresenta considerações para o grupo 4 sobre o que tem e precisa ser mantido. Participante pondera sobre tempo de internato das outras especialidades. Grupo discute sobre tempo de duração do internato e possíveis campos de atuação. Grupo discute viabilidade de paridade de vagas de residência. Grupo 4 discute qual item é o mais desafiador. Marcam como desafiador: determinação social saúde-doença, inserção dos alunos desde os primeiros períodos de curso e 2 anos de internato com percentual definido de atuação em APS e urgência com 2 marcações.

Grupo 3 pondera sobre a utilização do termo competência descritivo pelo grupo 1. Participante relata importante: formação em 3 pilares (atenção à saúde, gestão e educação). O participante acrescenta indissociabilidade ao ensino, pesquisa e extensão. Grupo discute Curricularização da extensão. Após discussão, o grupo marca em cartaz itens considerados mais importantes.

Grupo 2 participante pondera sobre a importância da medicina baseada em evidência nos 3 eixos assistência, ensino e gestão bem como manter a formação nos 3 níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária). Após discussão grupo define itens primordiais.

Grupo 1 retorna a mesa inicial. Discute itens acrescentados pelos outros grupos. Discute a síntese que irá para a plenária dos temas que já existem na DCNs 2014.

Após discussão de todos os grupos os itens marcados como primordiais para serem mantidos foram:

1. Utilização de metodologias ativas e critérios para avaliação e acompanhamento do processo de ensino.
2. APS desde os primeiros períodos.
3. Determinação social do processo saúde doença
4. Medicina baseada em evidências.

Mesa 2: O que TEM e precisa ser APRIMORADO

Continuar a proposta da APS e urgência/emergência, e aprimorar a escrita do que já foi feito.

Manter o que está previsto em relação a integralidade e cuidado humanitário, aprofundando o que for necessário.

Alterar alguns conteúdos e inserção na APS desde os primeiros períodos, de forma mais organizada.

Manter a centralidade da determinação social do processo saúde doença, evidenciando o não avanço quando tratado em modelo biopsicossocial. Outro participante, reforça a necessidade de um aprimoramento para o desenvolvimento do conceito da determinação do processo saúde doença

Aprender transversalmente sobre a legislação de saúde e sobre gestão, trouxe como exemplo livros franceses que trazem antes do próprio conteúdo a legislação do país sobre a temática, falando sobre aborto, violências e outros mais. Reforça a forma superficial do que é ensinado sobre os conselhos de saúde.

Refere a necessidade de aprimorar o ensino da língua estrangeira e um aprimoramento dessa normativa, quanto à obrigatoriedade da língua estrangeira, modificando para o ensino de línguas nacionais como a linguagem de sinais – libras, e reforça sobre as línguas originárias do Brasil e variedades

regionais. Outro reforça a necessidade de aprimoramento das línguas nacionais, não concordando com a retirada das DCNs.

Aprimorar o uso das metodologias ativas.

Desenvolvimento docente com formação contínua.

Capacitação do ensino baseado em evidências.

Necessidade de maior clareza no ensino da gestão, sobretudo pela inexistência na formação.

Um dos participantes relata um incômodo sobre a formulação atual das residências médicas e seu impacto nos processos seletivos de residência. Propõe um aprimoramento da relação da graduação com a pós-graduação, estimulando uma participação do estudante com o que de fato é importante para a formação. Outro reforça a participação estudantil nessa discussão.

Aprimoramento sobre as tecnologias atuais (TICs), trazendo isso na parte ética, desde o ingresso nas universidades; propondo uma maior reflexão.

Necessidade de aprimorar as conexões sobre os conteúdos e as competências, que devem ser mais bem descritas.

Necessidade do SUS se preparar para receber o aluno, aprimorando a maneira a aproximar os campos de prática do ensino, além da capacitação do médico preceptor. Outro participante discorda de deixar nas DCNs essa proposta, haja vista que a diretriz é enquadrada para as escolas e instituições de ensino e não para os cenários do serviço. Mas consideram que é preciso refletir sobre a falta de estrutura, investimento e sobre as obrigatoriedades impostas a instituição frente aos locais de práticas existentes que são deficitários.

Propõe que o artigo 24 não tenha percentual pré-definido, retirando o limite como aprimoramento.

Necessidade de aprimoramento na discussão da extensão, incluindo a curricularização da extensão.

Mesa 3: O que TEM e precisa SER RETIRADO

A questão do artigo 37, deve ser retirada ou adequada, por não ser possível concretizar a proposta. Chama a atenção de uma das participantes uma contradição do artigo 37, pois o artigo “obriga” a entrada na residência, sendo que as DCNs deveriam ser pautadas na formação do generalista. Um outro participante discorda por considerar que deve sim priorizar a formação com a residência. A mesa pontua que sobram vagas de residência, principalmente a depender da especialidade. As escolas devem dar algum tipo de suporte para que os egressos da instituição busquem a formação com a residência médica. Proposta de reescrita do artigo 37, sugerindo apoio, fomento, estímulo ou algo semelhante para a residência médica.

Retirar no artigo 24, parágrafo 9, a porcentagem de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação. Outro participante coloca outra perspectiva em relação ao artigo 24 parágrafo 9, pensando na porcentagem de estudantes autorizados a realizar estágio fora da unidade da federação

Retirar o artigo de obrigatoriedade da língua estrangeira. Enquanto alguns participantes concordam em adequar o artigo 7, referente à língua estrangeira, como por exemplo colocar Libras.

Outra participante não concorda com a retirada do artigo 24 e artigo 7

Necessidade de uma adequação no texto, analisando os termos que estão “caducados”.

Retirar o artigo 38 por estar desatualizado.

Dois participantes pontuam a ineficiência do ENADE.

Alguns participantes pontuam sobre o artigo 34, devido às dificuldades de fazer uma avaliação nacional, posto as individualidades de cada instituição

Um dos participantes propõe a retirada das 3 Áreas de formação

Mesa 4: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO

Precisa incluir tecnologia, IA e saúde ambiental, saúde planetária e saúde do idoso.

Necessidade de se pensar a flexibilização curricular para o estudante.

Inclusão de uma matriz de competências e sua avaliação

Necessidade de discussão das questões de saúde mental do estudante, autocuidado e do futuro médico. Coloca-se como necessária a abordagem de forma estruturada e longitudinal.

Pensar também, nas DCN, na questão da formação pedagógica dos professores, discentes e preceptores, com relevância para a avaliação de estudantes e docente.

Foi sugerido por um participante a possibilidade de aulas teóricas remotas.

Há uma preocupação com a APS, com necessidade de um departamento ou equivalente, pois se não houver uma estrutura que dê evidência às questões da APS, não vai se formar um ensino de APS forte nas IES.

Necessidade de se falar da determinação social do processo saúde-doença de forma detalhada.

É colocado sobre a necessidade de se ensinar sobre legislações específicas em saúde e documentos médicos, direitos em saúde, direitos das pessoas com deficiência, por exemplo, de forma curricular e transversal ao longo do curso.

Flexibilidade para o tempo de internato, abrigando a possibilidade de haver cursos que tenham mais tempo de internato.

Além disso, é colocado sobre a necessidade de se incluir a possibilidade de escolha de percursos curriculares diferenciados de acordo com as vontades dos estudantes, sem que se perca a formação integral de médico generalista.

Modernização do ensino médico, com relação às novas tecnologias, relacionadas

Curricularização da extensão deve ser incluída de forma bem estabelecida, de forma descritiva.

Sala Amarela

Mesa 1: O que TEM e precisa MANTIDO

Definição dos internatos (Saúde coletiva, saúde mental), obrigação de internato de urgência e emergência e de atenção primária. Inserção oportuna (NÃO PRECOCE) do estudante na prática (prioritariamente) SUS.

Reforço na formação cultural, humanístico, ética e na formação centrada no Direitos Humanos.

Manter o uso das metodologias ativas sendo no ensino, pesquisa e extensão.

A divisão das 3 dimensões gestão, atenção, educação em saúde.

Manter ensino baseado em competências e avaliação critério referenciada, baseada nas competências.

Reforço da manutenção da porcentagem de 35%.

Necessidade da formação multicultural para atender populações vulneráveis.

Necessidade de manter inserção local para atender a demanda da população do interior.

Reforço da extensão como ferramenta de possibilidade de formação da rede local.

A capacitação de departamentos e coordenações para propostas inovadoras de ensino/avaliação.

Manutenção do perfil o generalista

Mesa 2: O que TEM e precisa SER APRIMORADO

Definir objetivamente conceitos básicos. Exemplos: Competências, Habilidades, desempenho.

Diferenciar:Saúdecoletiva,Gestãoemsaúde,empreendedorismo (caracterizando suas competências).

Garantir percentualmente a formação prática no mundo real/simulado, devidamente supervisionado por educador, considerando a segurança do paciente (1º ao 8º) – 5 pessoas consideraram imprescindível e importante este tópico.

Ampliar as estratégias de desenvolvimento docente. Exemplos: capacitação em metodologias, processos de avaliação, como acompanhar a tutoria e mentoria. Regulamentar capacitações contínuas. – 2 pessoas destacaram.

Ofertar de maneira sistemática Libras e língua estrangeira (Aqui houve divergências, alguns querem Libras obrigatória, outros não, alguns avaliam que não tem que dominar língua franca). – 1 destaque.

Abordar de forma transversal as relações religiosas/espiritualidade, étnico-raciais e gênero -2 destaques.

Rediscutir a implementação do COAPES e outras relações de ensino-serviço. Um dos participantes consideram como a única alternativa para lidar com a mercantilização da educação, evitando que os estudantes precisem se deslocar tanto entre os municípios - 2 destaques.

Melhorar o processo de avaliação dos estudantes (por competências), com avaliação programática, cognitiva, atitudinal, habilidades, todos com feedback; - 4 destaques

Institucionalizar a avaliação programática – 2 destaques.

Fortalecer e institucionalizar a relação da preceptoria com a instituição. Pontuaram uma situação do sindicato que não permite que preceptor avalie – 3 destaques.

Mesa 3: O que TEM e precisa SER RETIRADO

Remoção do Parágrafo 8 do artigo 23: remoção da proposta de domínio de pelo menos uma língua estrangeira e tecnologias de comunicação. Outros participantes reforçaram a importância de se exigir o domínio da língua inglesa, considerando a necessidade de avanço do progresso científico do país e aquisição de habilidades comunicativas.

Remoção do Parágrafo 7 do artigo 24: a carga horária de estágio fora da instituição onde o discente estuda necessariamente deve ser em outra unidade da federação.

Salientaram que o artigo 24 estabelece que seja no máximo 25% fora do estado da federação, impedindo a fuga dos cenários de prática do qual o estudante se encontra matriculado. Outro grupo reforçam a remoção do trecho em vermelho: O colegiado do curso de graduação em medicina poderá autorizar a realização de até 25 % da carga horária total estabelecida para o estágio fora da unidade da federação que se localiza a IES.

Remoção do artigo 38, parágrafo único, que diz: nos cursos iniciados antes de 2014, às adequações curriculares deverão ser implementadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Remoção do artigo 37, parágrafo único, que diz que os programas de residência médica oferecem anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação de medicina do ano anterior.

Remoção do Artigo 26 “[...] Articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.”

Remoção do Artigo 36, que institui a avaliação específica do estudante do curso de graduação em medicina a cada 2 anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implementada no prazo de 2 anos a contar da publicação desta resolução.

O debate se estende em relação a implementação da curricularização da extensão, sobretudo em relação a carga horária necessária para cumprir a carga horária mínima necessária e a grande quantidade de alunos em algumas escolas.

Mesa 4: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO

Deve ser incluído: Curricularização da extensão, qualificação/capacitação para assumir cargo de gestão, inclusão obrigatória de núcleo pedagógico para desenvolvimento docente e de Telemedicina/Telessaúde, biossegurança e segurança do paciente na matriz curricular.

Determinação de carga horária mínima para saúde mental, geriatria e cuidados paliativos.

Ofertar ações de cuidado à saúde mental da comunidade acadêmica (docente, discente, etc).

Políticas de inclusão dos PCDs (discentes e docentes)

Estimular a qualificação dos gestores (educação continuada)

Promoção de educação médica antirracista

Definir e qualificar a supervisão dos preceptores do serviço pelo docente

Profissionalizar a carreira de preceptor

Teste de Progresso ABEM (TP-ABEM) como obrigatório para avaliação anual de escolas médicas, no lugar do ANASEM

ATIVIDADE 9 - PLENÁRIA PARA ELABORAÇÃO DA SÍNTESE

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

Sorteio Mesa 4 Sala Verde: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO

Após a apresentação, os demais componentes complementam com a produção da mesa 4 das outras salas. A plenária trouxe um contraponto dos cuidados paliativos e saúde do idoso, dizendo que o cuidado paliativo não deveria aparecer nas DCN. Referiram sentir falta de competências empreendedoras. A Curricularização da extensão precisa aparecer nas DCN, pois dará uma direção: “está tudo solto”. A extensão está presente e é caracterizada como extensão.

Foram citados outros dois pontos: Formação/coordenador do curso, assegurando a existência do processo de formação, e estratégias de acompanhamento de estudantes neurodivergentes.

“Não basta a formação do coordenador, é necessário capacitar também os substitutos, a equipe de coordenação e de forma contínua.” *Criar cultura para sensibilizar a gestão.*

Acessibilidade metodológica, incluindo principalmente os alunos neurodivergentes.

Desenvolvimento de estratégias/enfoque forte e operacional/cuidar dos estudantes/acompanhamento. Precisa garantir que o aluno continue no curso e isso precisa estar nas DCN.

Definir estratégias de acompanhamento psicoemocional do acadêmico, de forma operacional.

As DCN precisam ser sumárias, apenas com informações essenciais. As escolas não podem ficar iguais.

Não pode ser prolixa, mas deve ser muito bem escrita;=.

Sorteio Mesa 3: Sala Verde O que TEM e precisa SER RETIRADO

O representante do grupo trouxe que pouca coisa deveria ser retirada, e na verdade aprimorada.

Artigo 33, referente a composição do NDE (docentes), retirar a exigência de formação *stricto sensu*, sugerindo colocar apenas formação em saúde.

Artigos 37/38/39 referentes a datas/prazos: retirar completamente.

Artigo 23, referente a obrigatoriedade de domínio de língua estrangeira, retirando a palavra domínio; substituir por fomentar.

Retirar a organização das áreas do internato e substituir por linhas de cuidado.

Retirar todos os valores numéricos, percentuais, pois engessa e dificulta o cumprimento, de forma a facilitar o trabalho da gestão de acordo com as especificidades regionais.

Retirar trechos prolixos, confusos que dificultam a interpretação do texto.

Artigo 36 referente à avaliação, visto que não foi implementado: retirar e substituir por outro método.

Contribuições da plenária:

Sugestão de reestruturar o parágrafo referente ao domínio de língua estrangeira e novas tecnologias.

Assistência como extensão, substituindo por extensão popular sem ser assistencialista.

Houve muita contradição em relação a tirar a língua estrangeira.

É difícil pensar em retirada sem pensar em aprimoramento. Pensando em internato com caixinhas divididas nas áreas de conhecimento. Oportunidade para repensar a construção do internato, organização dos estágios, trauma é uma grande linha de cuidado (dividido em emergência vermelha, amarela, etc.).

Importante ter clareza das DCN, precisa ser enxuta e permitir a criatividade de acordo com a realidade. Diretriz não projeto pedagógico nem instrumento de avaliação do curso. Os números engessam e são artificiais. A APS aparece ao longo de toda a formação do estudante.

Discordância: Trouxe a importância de manter os números, estão orgânicos, a proporção para APS e urgência e emergência. A política pública é que modela a formação, e não o inverso. O internato não pode ser feito todo fora porque a política tem que fixar.

Sugestão de colocar um intervalo: 25 a 35%, não engessar tanto.

Crítica sobre a exigência do domínio da língua estrangeira, para acessar artigos científicos em inglês. Não temos acesso a literatura nacional. Devemos mudar a perspectiva e a ordem de prioridade;

Cuidar para não deixar a DCN muito enxuta e cair na subjetividade das IES, podendo gerar uma formação defasada e/ou genérica (Não existe espaço vazio). Ter objetividade na sinalização do que é essencial.

Sorteio Mesa 2 Sala Verde: O que TEM e precisa SER APRIMORADO

Formato mais sintético, tornando o texto um pouco mais objetivo.

Observação de um dos participantes: DCN 2001 trata competências de forma diferente da DCN 2014.

Métodos de avaliação coerentes com os objetivos do processo de aprendizagem.

Negritar a importância da integração curricular.

Curricularização da extensão e não pode chamar de extensão qualquer coisa, precisa ser dialogada com a comunidade.

Organizar o internato por grandes áreas.

Esclarecer melhor as competências; elucidando os critérios de gestão, adequando os critérios de ingresso nas residências (muito foco dos estudantes no currículo oculto).

Plano de capacitação e desenvolvimento docente. Aprimorar a Educação continuada dos docentes. Criar um núcleo formador de docentes, por o NDE não forma docentes.

Deixar claro nas DCN: O que é competência, o que é habilidade e o que é atitude.

Diferenciar competências de gestão, saúde coletiva e empreendedorismo.

Fortalecer o conceito de saúde única (meio ambiente, comunidade).

Aprimorar nas DCNs como estamos preparando os estudantes para promover equidade.

NDE com profissionais com formação em educação.

Colocar percentual na proporção de aula prática do primeiro ao oitavo semestre;

Fortalecer a formação do preceptor.

Retomar a discussão do COAPES.

Incluir o termo *feedback* no texto das DCNs.

Elucidar o que deve ser ensinado de gestão nos cursos de medicina.

Línguas dos povos nativos, Libras, educação continuada dos docentes.

Fortalecer o ensino e práticas nos três eixos.

Institucionalizar a avaliação programática/ garantir o percentual de avaliação prática.

Abordar transversalmente as questões religiosas, espiritualidade, étnico raciais e de gênero.

Acessibilidade em todos os níveis e não apenas para deficiência física. Como cobrar dos professores? Existem cotas para entrar e nas avaliações a pessoa não consegue continuar.

Incluir atividade prática desde o início do curso e não apenas a partir do internato.

Sugestão da plenária para ABEM atuar em parceria com as universidades para capacitação dos preceptores.

Sorteio Mesa 1 Sala Amarela: O que TEM e precisa SER MANTIDO

Ensino baseado em competências.

Estudante no cenário de práticas desde o início do curso. Acesso dos alunos à APS desde os primeiros períodos

Perfil do egresso voltado para o médico generalista.

Formação permanente da equipe nos serviços.

Ao ler o artigo sobre o perfil do egresso mostra que apenas não foi implementado, porque parece bem atual nas DCN 2014.

Utilização de metodologias ativas e critérios e avaliação de qualidade.

Determinação social do processo saúde doença;

Indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão

Competências técnicas e éticas na atenção à saúde como essencial na formação do médico;

Educação interprofissional; desenvolvimento docente; enfoque na APS e urgência, como desafios em função da carência de cenários e dificuldade de ensino no ambiente de simulação.

Contribuições da plenária:

Foi colocado que é necessário ter cuidado em relação a utilização das metodologias ativas. Precisa ser muito bem aplicado e poucas pessoas sabem utilizar.

O perfil do estudante que chega ao ensino superior, vindo da rede pública ou privada, convivendo com o modelo de educação verticalizada. Não é ensinado ao aluno ter autonomia do próprio estudo, ensinado a aprender, como reconhecer uma boa fonte de conhecimento. Precisa ser executada ou nem o aluno vai querer, nem o professor vai se apropriar da metodologia. O médico não é formado para ensino, apenas para colocar em prática o que aprendeu.

Ressalta-se que o uso de metodologias ativas é apropriado a partir da definição dos objetivos de aprendizagem, no currículo por competências. Tomar cuidado com a intencionalidade, por que escolher? Onde quer chegar? Necessário capacitação dos profissionais e elaboração de forma coletiva. Aprender junto. Importante a defesa delas. Buscar evidências científicas nos processos educacionais. Pontuou-se a importância da utilização da preparação dos docentes para assegurar o domínio e adequação do uso de acordo com os objetivos de aprendizagem.

A importância da formação continuada do quadro de docentes. Pensar na concepção pedagógica, concepção crítico-reflexiva, pensando nesse perfil de egresso que se quer ter.

DIA 2 – 02/08/2024

ATIVIDADE 1 – PRINCÍPIOS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS EDUCACIONAIS

O objetivo do segundo dia de oficina foi refletir e discutir sobre, e explicitar critérios e indicadores de qualidade relevantes para a regulação das escolas médicas no Brasil.

O acolhimento dos participantes foi realizado utilizando as nuvens de palavras construídas no início e ao final do primeiro dia de oficina, trazendo os objetivos da oficina e os objetivos do segundo dia da oficina. Em seguida fez uma explanação dialogada sobre os princípios de Avaliação de Programas Educacionais, com foco na escola médica, convidando os participantes a reflexão, sobre os pontos que remetem à avaliação processual e sistemática (cuidar continuamente), fazendo um link com o que foi discutido nas atividades do dia anterior. Avaliação para aprendizagem e não, da aprendizagem.

Ao abrir espaço para esclarecimento de dúvidas na plenária, foi feita a pergunta sobre a Portaria do MEC/INEP que propõe a revisão das DCN e se a ABEM está fazendo parte do processo. Realizou-se a contextualização da proposta e possibilidade da participação da ABEM na análise de um possível instrumento.

As pessoas foram orientadas para início da atividade a ser realizada pelos grupos na mesma composição do anterior, em salas por cores e número de mesas.

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

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 – 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 Amarela

Mesa 1: Responsabilidade Social

Considerando a responsabilidade social da escola de medicina, nas quatro rodadas foi apontado a importância de:

Avaliação de programas de extensão que atendam a comunidade e seus impactos na saúde da sociedade em questão.

Programas de assistência, e inclusão estudantil, ações afirmativas, acessibilidade pedagógica para atender as necessidades individuais e espaços de convivência e lazer.

Inserção dos alunos na educação continuada dos demais profissionais de saúde da equipe.

Formação dos estudantes inserida no cenário de saúde local.

Planejamento em conjunto e contínuo assistenciais entre gestores do município, instituição e comunidades (PARCERIA). Núcleo de integração e COAPES, avaliando as contrapartidas desse último em relação aos critérios de responsabilidade social.

Participação da escola na melhoria da assistência na saúde local principalmente em épocas de crises como pandemias.

Sustentabilidade ambiental (dejetos de laboratório)

Representação estudantil em ações voltadas para a comunidade. CA e atléticas.

Ampliação de ações como PET saúde, programas de vivência no sus, pois nem todas as instituições de ensino realizam.

Participação nos programas municipais, estaduais e federais de forma intersetorial, interprofissional com vistas às necessidades de saúde da população tais como: Plano Municipal pela Primeira Infância (PMPI), Mais Médicos...

Projetos de pesquisa em parceria com o município/ região envolvendo as demandas do serviço.

Participação efetiva da comunidade civil, trabalhadores do SUS e gestão no PPC.

Mesa 2: Cenários de prática/Integração ensino serviço

Inicialmente, pensaram de início, na contratualização para organizar a integração ensino-serviço feita pelo Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde – COAPES, uma vez que está legitimado pela Portaria Interministerial 1.127 (06 de agosto de 2015).sendo importante:

- Presença do COAPES assinado com evidências de funcionamento dos mesmos como atas de reunião, de distribuição discentes/docentes nos cenários e contrapartidas explicitadas (Documentadas)

Então, partiram para o critério de relação preceptor-discentes nos serviços:

- Evidência de número de preceptores qualificados e em número adequado ao processo ensino-aprendizagem. Na APS, idealmente, 04 e máximo de 06 (na sala 1:1:3 paciente-preceptor-discente). Com proporções similares no setor secundário e terciário. Por fim, em condições adequadas para os discentes nos cenários de prática
- Ambiente de aprendizagem com evidência de acolhimento e interação (Ex: Alimentação e Água)

Nas rodadas seguintes discutiram se o termo atual seria “integração ensino serviço e comunidade”; que o PRODEPS já regulamenta a proporção preceptor-discentes e que os números atuais são incompatíveis com todos os cenários existentes (ex: 1:10) e que, de fato, as condições para acadêmicos são precárias (ex: água e alimentação; relação preceptores-discentes; relação serviço-discentes).

Levantou-se, portanto, novas análises para a relação serviço-preceptor-discente, integração do preceptor do serviço à formação pedagógica do curso e responsabilização das IES acerca da formação dos preceptores.

Compreendem a necessidade de reformas no PRODEPS (que fomenta as atividades de preceptoria). Ademais, foi comentado que o PRODEPS, como estava inicialmente desenhado, mudou para atender a necessidade educacional (há uma proporção base, mas é possível adequar essa proporção). Também foi comentado sobre o custo dos alunos nos serviços.

Comentou-se que o COAPES não está atualmente em vigor, que seria necessário substituir o termo para Núcleos de integração-gestão-educação e serviços, mostrando a IES evidências de funcionamento dos mesmos como atas de reunião, de distribuição discentes/docentes nos cenários e contrapartidas explicitadas (documentadas)

Na última rodada, o grupo pontuou que, em diversos municípios o COAPES está em vigência, mas há divergências quanto ao valor do COAPES para o MEC e da universalidade dos Núcleos de Integração-Gestão-Educação e Serviços. Comentou-se também que a proporção preceptor-discente vigente atualmente é 1:6. Pontuou-se ainda que a problemática da alimentação de

discentes nos serviços depende de normas as quais o gestor está submetido, mesma coisa em relação ao item 4 (normas relacionadas aos preceptores).

Acréscimo final da necessidade de instituição de Projetos (Extensão/Pesquisa) envolvendo a gestão do SUS e dos trabalhadores da saúde

Mesa 3: Cuidados com o discente

As discussões dos grupos trouxeram a importância das evidências de implementação de núcleo/serviço psicopedagógico ao discente, bem articulado com os docentes da instituição, tais como:

- Um programa de mentoria, com docentes preparados para mentoria por turma, que acompanha do 1º ao 12º período.
- Evidência de um serviço específico de acolhimento à população negra, LGBTQIA+, indígena e demais diversidades.
- Ter protocolos para tomada de decisão que envolvem violências e assédio no mundo real e virtual.
- Evidência de profissionais com formação para acessibilidade metodológica dos estudantes neuro divergentes (Ex. TEA, TDAH e saúde mental) e PCDs (físicos, visuais, auditivos e outros).
- Evidência de ambiente educacional saudável: segurança alimentar (no campus e no campo de prático, relações horizontais entre discentes, docentes, técnicos e gestão), condições de transporte, moradia e permanência estudantil.
- Incentivo a atividades de esporte e cultura.
- Garantia de participação de estudantes nos conselhos da instituição.
- Acolhimento permanente aos estudantes bolsistas (Prouni, FIES, institucional)/ cotista/ entrada tardia e estrangeiros.

- Implementação de um programa que desenvolve ações que abordem saúde mental, relações abusivas, assédio moral e sexuais e outras violências, com monitoramento de ações realizadas.
- Recepção e adaptação de novos ingressantes.
- Áreas de convivência estudantil e espaço de desconpressão;

Mesa 4: Internato

Os debates pontuaram os principais critérios de qualidade da educação médica no internato:

- Metodologias aplicadas no ensino prático (Preceptor minuto, SNAPPS, OSLER, Regras de Peyton em ambientes simulados).
- Carga horária prática do internato, proporcional ao total do curso.
- Sistematização da carga horária teórica, simulação e profissionalização.
- Definição das áreas de conhecimento (ou estruturação do internato por linhas de cuidado) e coerência com os cenários de atuação.
- Avaliação do aluno, incluindo Avaliação 360 (avaliação pelo aluno, serviço, comunidade e preceptoria).
- Cultura de implementação de feedback (presença de oficinas de feedback para docentes e discentes)
- Contribuição do internato para o sistema de saúde por meio da avaliação de indicadores e pesquisa com gestores.
- Capacitação continuada dos preceptores pelo serviço com contrapartida do COAPES
- Serviços de apoio e permanência estudantil
- Relação de alunos por leitos e por preceptores

- Avaliação de preceptoria, levando em consideração as particularidade das universidades federais, estaduais e privadas. Nesse cenário, discutiu-se a dificuldade de se garantir a qualidade da formação dos preceptores do serviço público, considerando o papel educador do SUS em contramão do modelo de contratação do profissional, no qual esses profissionais não são remunerados por tal função. Salientou-se a importância de se remunerar o profissional assistencialista pela função de preceptoria e capacitação continuada pelas instituições públicas. Além disso, o grupo se estendeu quanto às dificuldades de contratação e remuneração desses profissionais, por exemplo, com as possibilidades de remuneração por meio de bolsas ou contratações para exercício de preceptoria no contraturno.

Sala Azul

Mesa 1: Infraestrutura

Os grupos discutiram para a Infraestrutura sobre a importância de:

Laboratórios próprios da IES (anatomia, histologia, microbiologia) com equipamentos e profissionais capacitados para as técnicas propostas.

Laboratórios de habilidades/simulação.

Acessibilidade.

Salas adaptadas para metodologias ativas (pequenos grupos) e acesso tecnológico.

Rede de internet de qualidade.

Biblioteca com acesso a periódicos e acervo atualizado. Necessidade de acessibilidade a biblioteca virtual, manutenção de acervo físico e virtual, número de livros/aluno.

Sala para docentes.

Sala de coordenação.

Espaço de convivência.

Salas de estudos.

Espaço de decompressão para o aluno com foco em saúde mental. Um dos participantes salienta sobre ambiente para prática de atividade física.

Banheiros.

Refeitórios equipados por exemplo com microondas.

Restaurante universitário.

Espaço para diretório acadêmico.

Moradia para alunos em situação de vulnerabilidade. As discussões seguem no sentido avaliar a possibilidade da moradia para instituições particulares.

Ambulatórios próprios para inserção dos alunos nos primeiros períodos.

Transporte institucional

Observação: importância em todos os espaços de conforto ambiental (climático e sonoro). Acrescentam

Mesa 2: Projeto pedagógico

Os grupos consideram como relevante em relação ao Projeto Pedagógico de Curso (PPC):

Qualificação dos médicos na APS com foco na resolutividade e pela importância da Medicina de Família e Comunidade um dos participantes sugere desenvolvimento de um departamento específico para APS.

Essencial o curso estar integrado com a rede. Graduação com formação de generalista que auxilie na resolutividade da APS.

Inserção oportuna do aluno na rede de saúde.

Integração entre básico e clínico. Necessidade de um ensino em

espiral com correlação entre o básico e clínico, com integração longitudinal e transversal. Possibilidade de construção por eixo do PPC. Necessidade de levar em consideração as diferenças locais e regionais.

Construir ementas baseada em competências, deixando claro os desempenhos esperados e os domínios conhecimento, habilidade e atitude.

Desenvolvimento docentes para a construção de avaliação coerente. Critério de avaliação bem estipulado e segmentado conforme resposta, devolvendo aos alunos o entendimento acerca da questão. Necessidade de um preparo contínuo dos docentes para as especificidades dos alunos PCD, inclusão como um processo pré-definido e a necessidade de manifestação contrária ao capacitismo

Garantia de instrumentos para avaliação dos estudantes, numa avaliação sistematizada. Reforçam o teste de progresso como objeto de análise adequado. Um dos participantes relata que o TRI auxilia na construção da avaliação e julgamento para estudo e educação. Enquanto outro participante entende que não é possível realizar TRI dentro do teste do progresso de forma sistemática. Na questão da avaliação a escola precisa verificar o que entra na avaliação como essencial e ver enquanto coordenação o que pode ser feito para solucionar os 40% não obtidos pelo aluno 60%. Relevância da cultura de feedback nas instituições. Aumento da complexidade das avaliações.

Importante participação de alunos egressos(alunos) dos diferentes momentos do curso na avaliação do programa.

Aumento progressivo da carga horária prática em relação a teoria.

Necessidade de institucionalização da pesquisa, haja vista a perda do protagonismo de produção científica

Clareza das políticas de permanência ao aluno, com amparo financeiro

Projeto pedagógico construído com ampla participação das instâncias da faculdade – de forma colaborativa

Mesa 3: Corpo de educadores: docentes e preceptores

Os seguintes critérios foram considerados importantes:

Titulação dos docentes, levando em consideração suas atividades de pesquisa, extensão e capacitação docente. Um participante discorda da valorização do envolvimento do docente em relação a pesquisa, pois tem que partir do perfil do docente o envolvimento em pesquisa

Inserção do docente na prática assistencial. Experiência prática na matéria/área que o docente atua.

Desenvolvimento docente com educação continuada, constituindo um critério a participação dos docentes nestas atividades ofertada pela IES ou outros serviços.

Capacitação para uso das metodologias ativas e flexibilização em seu uso. Proposta de revisão das metodologias utilizadas pelos docente a partir da avaliação do discente, e, conseqüente, levantamento das necessidades de desenvolvimento/me docente feita pela IES.

Importância da relação ética e empatia dos docentes com os pares, alunos e pacientes.

Incentivo ao docente/preceptor (desde remuneração a incentivo a titulação). Políticas de valorização da IES para o docente em atividades extraclasse (pesquisa, extensão, etc).

Mesa 4: Avaliação do estudante

Em relação a avaliação do estudante, destacam-se:

Manutenção da avaliação de competências utilizando múltiplos instrumentos de avaliação, de maneira a promover uma equidade entre os alunos em suas avaliações. Tipos de avaliações comentadas pela mesa: OSCE, Mini Cex, Preceptor minuto, APA – avaliação formativa, EPAS como instrumentos de avaliação, avaliação 360.

Definir de forma detalhada as competências que o aluno deve alcançar. Iniciar com objetivos de aprendizagem claros, para que os discentes consigam entender o que será esperado deles.

A avaliação das competências deve ser longitudinal, de maneira progressiva, considerando as especificidades da população com deficiência.

Importância da cultura do feedback: docente para discente/ coordenação para docente. Feedback de todas as avaliações.

Registrar as avaliações (em meio de filmagem ou de portfólio, por exemplo) para que possa ser repassado um histórico do estudante para que os docentes e a coordenação consigam acompanhar o desenvolvimento dos alunos individualmente. Percebeu-se a importância que os docentes tenham acesso a mecanismos e instrumentos padronizados, quando possível.

Reconhecimento dos alunos com suas dificuldades e peculiaridades, considerando:

- Adequação estrutural para PCDs: criar novos instrumentos de avaliação, levando em conta a equidade para grupos específicos PCDs conforme suas necessidades e deficiências.
- Atualmente os professores usam da própria criatividade na competência para avaliar.
- Definir as competências esperadas que os estudantes com deficiência devem completar, antes de discutir sobre a avaliação do estudante.

Acompanhamento pedagógico adequado dos alunos.

Promover a participação e a avaliação da participação no Teste do Progresso.

- Criação de um plano de melhoria para as lacunas a partir do TPI.

Instrumentalizar o professor para que haja critérios claros de avaliação.

Estimular a autoavaliação do estudante.

- Acompanhamento da situação psicológica/emocional;
- Utilização do portfólio.

Projeto de mentoria, incluindo as diversas esferas de diversidade.

Mudar o perfil das avaliações de residência médica: sejam avaliados por competências.

Sala Verde

Mesa 1: Responsabilidade social

Os principais critérios de qualidade destacados foram:

Acesso e permanência estudantil.

Extensão Universitária Popular.

Transversalidade e alinhamento com políticas públicas de garantia de direitos humanos.

Comunidade universitária (todos dentro da instituição).

Políticas de ações afirmativas, com enfoque na comunidade acadêmica.

Comissões de heteroidentificação.

Política educacional para saúde mental com um fluxo efetivo, evitando apenas o assistencialismo. Com foco em prevenção de agravos e promoção da saúde.

Formação docente e educação permanente destes como multiplicador dentro do cenário social- prático.

Mesa 2: Cenários de prática/integração ensino-serviço

Os principais critérios de qualidade destacados foram:

Exigência de convênios: pensando na qualidade e quantidade dos espaços de assistência em saúde.

Clareza das competências esperadas à serem compreendidas e executadas pelos discentes como pontos norteadores do processo ensino-aprendizagem.

Definição de carga horária de atividades práticas, considerando as competências a serem desenvolvidas.

Estrutura dos espaços físicos visados à simulação, compreendendo todos seus aspectos: sala para feedbacks, discussões e integração de conhecimento e a possibilidade de um hospital-escola como critério de qualidade.

PPC construído coletivamente. Integração do Staff/preceptor com o processo de ensino como parte relevante em todas as etapas do planejamento e execução.

Integrar a assistência em saúde das equipes dos cenários com o serviço de ensino, atuando em contrapartida com o fornecimento de educação continuada.

Necessidade de avaliar o impacto do ensino e dos ensinados na ponta da assistência.

Limites objetivos da quantidade de alunos em cenários práticos visando a aprendizagem do aluno e segurança do paciente.

Fixação da aprendizagem nos serviços, visando evitar a relação utilitarista com o serviço assistencial.

Integração com a comunidade e inserção plena dos serviços com as sociedades onde eles se estabelecem.

Valorização docente e do preceptor, extinção da ideia do “duplo vínculo”. Indissociabilidade da figura assistencial e acadêmica nos serviços de preceptoría.

Sensibilização dos gestores em saúde.

Mesa 3: Cuidados com o discente

Foram destacados como critérios de qualidade em relação aos cuidados com o discente:

Importância de ter um órgão/instância multidisciplinar para abordar o cuidado com o discente.

Importância do cuidado não só com a saúde mental, como também a saúde física, sendo necessário refletir sobre a dificuldade dos discentes em encaixar o cuidado mental e

físico diante de uma grade curricular extensa que não abre espaços para tempo livre de qualidade. Ademais, o tempo livre do estudante é voltado para atividades extracurriculares, sendo necessário ensinar os discentes o valor do cuidado, além de formar os docentes para cuidar desses estudantes. Outro participante referiu ser importante que o discente conheça estratégias para reduzir a ansiedade do estudante.

Necessidade de abordagem nos vários espaços, incluindo DA, de temas sobre suicídio/ideação suicida, entre outros.

Importância do desenvolvimento de projetos de mentorias nas escolas médicas, que aproximem o estudante do docente, gerando segurança e apoio ao estudante durante todo o processo educacional.

Desenvolvimento nas instituições uma cultura colaborativa entre alunos e estudantes visando reduzir tratamentos autoritários e humilhantes, reduzindo a prática de trotes abusivos e a importância de ressignificar essa cultura.

Projetos que estimulem a prática de esporte e do autocuidado pelos estudantes, tendo a instituição papel de tornar essa rede acessível ao aluno.

Importância de um espaço de escuta humanizada e acolhimento do aluno, espaço este institucionalizado e não em uma matéria ou algo isolado, propiciando atenção total ao aluno e buscando que estes desenvolvam o autoconhecimento. Buscar assim gerar um sentimento de pertencimento ao aluno para que ele não tenha a sensação de isolamento durante a graduação.

Escola deve buscar reduzir competitividade gerada entre os discentes. Um dos participantes aborda sobre a competição gerada na faculdade em que é docente, na qual os alunos com maiores índices de desempenhos escolhem os seus cenários do internato, gerando uma competição nociva e uma ansiedade descontrolada;

Importância de acessibilidade pedagógica com estudantes que possuem algum tipo de deficiência.

Combate ao assédio/opressão no espaço estudantil.

Reflexões sobre a necessidade de 100% de frequência no internato sem levar em conta situações especiais vividas pelos estudantes, como problemas de doenças e óbitos na família.

Criação de uma cultura que se contraponha a naturalização do sofrimento médico como algo necessário e intrínseco.

Necessidade de apoiar e integrar o aluno em participações coletivas extracurriculares não associadas ao currículo médico.

Problemática do desenvolvimento do aluno atrelado à falta, sendo importante a ausência de punição do estudante diante de faltas justificadas. Contratransferência dos professores com alunos, que, de certa forma, pune o aluno faltante sem ao menos entender os motivos pessoais da falta. A normalização da punição acaba sendo algo cíclico, reduzindo o sofrimento do estudante

Combate ao assédio e violências institucionais feitas através do currículo oculto. As ouvidorias não garantem desdobramento da situação. A importância de ter uma instituição que acolha, fomenta políticas e valorize as denúncias feitas pelos discentes. Ademais, a necessidade de cuidar dos estudantes e garantir proteção diante da denúncia, para que a violência não vire algo cíclico.

Programa de qualidade de vida, para fomentar a espiritualidade e bem-estar mental e psíquico. Refletir sobre o quanto os médicos estão sendo cuidados para que continuem com o referencial médico humanista visto pela sociedade.

Desenvolvimento de ações que busquem tratar do desrespeito por parte da faculdade com atividades que não são, necessariamente, institucionais, como atividades religiosas previstas por lei.

Criação de creche universitária.

Cuidados voltados para a população trans e travesti e o cenário diversificado do espaço estudantil.

Bolsa de permanência e outras ações da pró-reitoria de assistência.

Representatividade do discente nos diversos espaços.

Mesa 04: Internato

Destacam-se como critérios de qualidade para o internato:

Qualidade dos cenários de atuação.

Qualidade e valorização dos preceptores.

Integração das grandes áreas com a urgência e emergência e com a atenção primária. Organização dos estágios por linha de cuidado.

Internato deve atender as necessidades de saúde da população local. Definição das competências de avaliação de serviço

Participação ativa dos internos no serviço.

Aprendizagem baseada em casos clínicos e diretrizes clínicas baseadas em evidência.

Programa de estudo e contextualização teórico-prática bem definido (Estratégia de Ensino em Serviço). Percentual de carga horária predominantemente prática.

Critério de avaliação por competências. Avaliação por meio das EPAS. Feedback aluno, preceptores, coordenação de curso

Tempo de pré-estudo protegido

Valorização da qualidade e segurança do ensino/ aprendizado

Hospital escola

ATIVIDADE 3 - PLENÁRIA COM DISCUSSÃO DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Sorteio Mesa 4: Internato

Não houve consenso na discussão sobre a melhor forma de divisão do internato, cenário de atuação, por área de conhecimento (grandes áreas) ou por linhas de cuidado (organização da rede de atenção à saúde).

Importância da avaliação 360 e aplicação de *feedback*. Utilização de mais de uma forma de avaliação. Construir estratégias de

ensino de feedback com realização de oficinas. Foi levantada a importância da cultura de feedback para docentes e discentes.

EPAs na graduação a partir de um currículo baseado em competências, com olhar diferenciado e pensando numa formação generalista. EPAs customizadas, para nortear sem padronizar.

Serviço de apoio e permanência de estudantes.

Discutido como avaliar a qualidade do processo de preceptoria, principalmente na escola pública.

Proporcionar carga horária com equivalência ao total do curso.

Ter sistematização da carga horária teórica

Possibilitar serviço de apoio e permanência para os discentes

Sorteio Mesa 1: Responsabilidade social

Trabalhar o perfil do egresso de acordo com a realidade local, envolvendo toda a comunidade acadêmica, para além de docentes, discentes e gestores, com um PPC validado pela comunidade.

Melhoria da assistência à saúde local, indicadores de saúde e educação. Incluir indicadores de saúde no planejamento

Sustentabilidade ambiental.

Ações afirmativas.

Formar médicos para a transformação social.

Atividades necessitam ser integradas as políticas.

Sorteio Mesa 4: Avaliação do estudante

Definir competências a serem avaliadas.

Não planejar avaliação descolada do planejamento ensino aprendizagem.

Ter coerência entre avaliação e concepção pedagógica.

Avaliação como forma de melhorar.

Individualização das formas avaliativas, de acordo às necessidades de aprendizagem de cada um.

Sistema de gestão do processo avaliativo.

Recomendação de um sistema que facilite o acompanhamento e desenvolvimento de competências do aluno.

Diversificar os instrumentos avaliativos para as pessoas que são diversas/ integrar os alunos dentro de suas capacidades/ neuro divergentes e PCD.

Melhorar a comunicação interna, fluxo de informação/ inclusão no curso.

Entender a avaliação como recurso para melhoria do processo de aprendizagem.

Possibilitar avaliações que considerem as características dos estudantes.

Promover a avaliação processual e por competências.

Diversificar os instrumentos de avaliação.

Possibilitar ao estudante que compreenda/tenha conhecimento dos critérios para a sua avaliação.

Sorteio Mesa 2: Projeto pedagógico

Integração da instituição com a rede

Plano de desenvolvimento docente.

Relacionar as necessidades de saúde.

Apresentar foco na APS sem perda dos outros níveis.

Apresentar instrumentos adequados para a avaliação das propostas

Centrar na integração das disciplinas

Incluir as variáveis locais

Conter plano de permanência dos estudantes

Sorteio Mesa 3: Cuidados com o discente

Mentoria do início ao final do curso, com carga horária protegida, buscando o cuidado com a saúde mental.

Acessibilidade metodológica para estudantes neurodivergentes, com profissionais habilitados atuando nestes núcleos de apoio.

Ambiente educacional saudável, segurança alimentar no campus e nos campos de prática.

Garantia de representação estudantil nos Conselhos.

Pensar no acolhimento desde a chegada do estudante e não esperar surgir uma demanda, doença.

Docentes sensibilizados e formados com responsabilidade da instituição.

Tolerância zero para violência com não existência de trotes, trote não serve para pessoa que quer cuidar do outro. Promover a cultura de paz e acolhimento, levando a uma relação de cuidado. A gestão precisa dar condições aos estudantes fazerem eventos na semana de recepção de novos alunos

Indicar cuidados para a população indígena, preta e LGBTQIA+

Possuir protocolos para tomada de decisão em caso de desrespeito, violência.

Promover relação horizontal entre os integrantes da comunidade acadêmica e comunidade.

Sorteio Mesa 2: Cenários de prática

Integração ensino-serviço-comunidade.

Sensibilização das equipes interdisciplinares, buscando que tenham clareza dos objetivos.

Evitar a lógica utilitarista do cenário de prática. Estabelecer limites para o uso dos espaços

Definir critérios para seleção e capacitação de preceptores.

Regulamentação da integração ensino-serviço;

COAPES qualificado, contrato assinado e acompanhamento gerando uma boa relação entre escola e cenários de prática.

Buscar reduzir dificuldades de acesso a cenários de prática.

Buscar políticas de desenvolvimento de preceptores.

Valorização da integração com a comunidade

Sorteio Mesa 3: Corpo de educadores: docentes e preceptores

Proporção de preceptores por aluno.

Formação pedagógica em horário protegido.

Política pública de valorização do preceptor. Alguns locais não permitem que o preceptor receba pagamento, precisa estabelecer normas padronizadas. Bons salários para atrair bons profissionais.

Desenhar a estrutura pensando no campo de prática: há recursos e há possibilidade de ser feito, depende do movimento do corpo universitário.

Definição das atribuições da preceptoria.

Formação para temas atuais, incluindo questões associadas às diversidades.

Sorteio Mesa 1: Infraestrutura

Permanência estudantil.

Banheiros acessíveis a todos (pessoas trans.) /fraldários.

Acesso aos cenários de práticas.

Assegurar o deslocamento e segurança alimentar para alunos em vulnerabilidade.

Promoção de espaços para lazer.

Adequação de todos os espaços para a acessibilidade.

Estrutura e material adequado para as atividades.

Considerar as diferenças de acesso na proposição das atividades

ATIVIDADE 4 - AVALIAÇÃO

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

Pensando nos dois dias de Oficina nos diga:

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

ELEMENTOS DE PERCEPÇÃO DO RELATOR / IMPRESSÕES

A oficina da Regional Minas Gerais transcorreu bem e contou com a participação ativa dos convidados que demonstraram interesse pelas atividades propostas, elogiaram as metodologias utilizadas, sem dificuldades de compreensão das orientações fornecidas pela equipe pedagógica e sempre valorizando a oportunidade de colaborar com as discussões sobre as análises das DCN e dos critérios e indicadores de qualidade para a regulação das escolas médicas no Brasil.

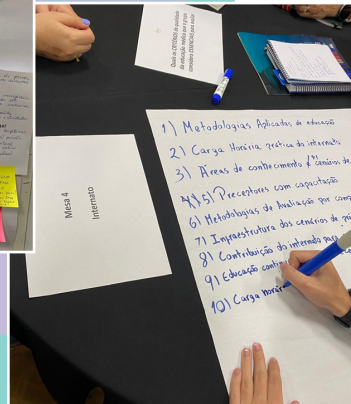
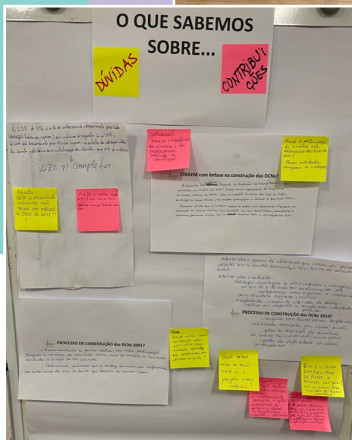
Na atividade inicial onde se buscou identificar os conhecimentos prévios sobre alguns temas que antecederam e se relacionam com as Diretrizes Curriculares, grande parte dos integrantes da oficina demonstrou algum nível de conhecimento e a equipe pedagógica trouxe elementos teóricos que ajudaram na sistematização para discussão e construção do produto da regional.


Entre os temas que geraram consenso está a curricularização da extensão, a inclusão de competências, formação continuada de docentes, diversificação das metodologias de avaliação, implementação de feedback ao longo da formação,

desenvolvimento de estratégias de cuidado dos discentes com a atenção à saúde mental e redução de sobrecargas, entre outras. Não foi observado consenso ao se falar em distribuição de carga horária, estágios de internato e utilização de metodologias ativas na formação. As discussões aconteceram de forma respeitosa, diante de algumas divergências de opiniões. As equipes pedagógica e de coordenação conduziram os trabalhos de forma assertiva, promovendo espaços para compartilhamento de opiniões/contribuições dos participantes e assegurando o bom andamento das atividades nos dois dias de oficina e reunindo ao final para discutir a necessidade de ajustes para implementação nas próximas oficinas. A metodologia utilizada se mostrou adequada levando ao alcance do objetivo proposto.

REGISTROS FOTOGRÁFICOS







**Lista de nomes
dos participantes
da Oficina Regional
MINAS GERAIS**
5ª Oficina Regional
Belo Horizonte

Nome:	Categoria	Instituição
1. ADHEMAR DIAS DE FIGUEIREDO NETO	GESTOR	UFJF
2. ADYMILA SALIM MOREIRA DE REZENDE	GESTOR	UNIFAMINAS
3. AGATHA AMANDA NOGUEIRA SOTHS	DISCENTE	IMEPAC
4. ALESSANDRA CARLA DE A. RIBEIRO	ABEM	ABEM
5. ALEXANDRE SAMPAIO MOURA	DOCENTE	SCBH
6. ANA CAROLINA BRETAS	DOCENTE	UNI-BH
7. ANA CAROLINA ROCHA E SILVA	DISCENTE	UFVJM
8. ANA CAROLINA SARQUIS SALGADO	DOCENTE	FELUMA
9. ANDRÉ LUIZ SOUZA GOMES	DISCENTE	UFJF
10. ANDRESSA KÊNIA DE A. RODRIGUES	DISCENTE	UFOP
11. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA	DOCENTE	UNIFIPMOC
12. ARTHUR DE FREITAS COSTA	DISCENTE	Vice-coord. Discente
13. BÁRBARA NOVAIS PRADO MACHADO	DISCENTE	Delegada Educanda
14. BRENDA VIEIRA PINHEIRO	ABEM	ABEM
15. BRUNA HELLEN BARBOSA MUTZ	DISCENTE	ABEM
16. BRUNA SANTOS ARAÚJO	DISCENTE	DENEM
17. CAMILA COSTA DE MORAIS	DISCENTE	UEMG
18. CAMILA DE LIMA	DISCENTE	UFVJM
19. CAMILA VIEIRA SOUSA	GESTOR	UNI-BH
20. CAROLINA COSTA LOPES	DISCENTE	UFTM
21. CRISTIANE CAVALCANTE PINTO RUIZ		ABEM
22. CRISTIANE JUNQUEIRA DE CARVALHO	GESTOR	UFV
23. CRISTINA GONÇALVES ALVIM	DOCENTE	Delegado Educador
24. CRISTINA MARIA GANNNS CHAVES DIAS	DOCENTE	Delegada Educadora
25. DANIEL NEGREIROS LIMA	DISCENTE	Coordenador Discente
26. DANIELLE CARVALHO SANT'ANA	GESTOR	UFLA
27. DARA HASTENREITER HUBNER	DISCENTE	UFJF
28. DEIVID WILLIAM DA FONSECA BATISTÃO	GESTOR	UFU
29. DENISE HERDY AFONSO	ABEM	ABEM
30. DJERLLY MARQUES DE ARAÚJO	ABEM	ABEM
31. DOUGLAS VINICIUS REIS PEREIRA	DOCENTE	Coord. Docente ABEM
32. ELIANE MARIA GARCEZ O. DA FONSECA	DOCENTE	EMSM
33. ELINE ETHEL FONSECA LIMA	MS	SGTES/MS
34. EMILLE SAMPAIO CORDEIRO	MS	SGTES/MS
35. ERIKA MARIA LIMA BANDEIRA	ABEM	ABEM
36. FABIANA DE ANDRADE CAMPOS	DOCENTE	PUC MG
37. FERNANDA DANIELA DORNELAS NUNES	GESTOR	UEMG
38. FILIPE MOREIRA DE ANDRADE	GESTOR	UNIFAGOC
39. FLAVIO TAKEMI KATAOKA	GESTOR	UNIVÉRTIX
40. GABRIELA KAREN DIAS MARTINS	DISCENTE	FCMS
41. GERALDO CUNHA CURY	DOCENTE	UFMG
42. GUILHERME SOUZA ROCHA	DISCENTE	Delegado Educando
43. GUSTAVO MEIRELLES RIBEIRO	DOCENTE	UFOP
44. HENRIQUE LEONARDO GUERRA	DOCENTE	PUC MG BETIM
45. HUENDEL COSTA LIRA DE CARVALHO	DISCENTE	UFJF
46. IVANA CARDOSO DE MELO	DOCENTE	IMEPAC ARAGUARI
47. IZABELA VIEIRA BOTELHO	DOCENTE	UFV
48. JAQUELINE MARQUES DE LARA BARATA	DOCENTE	PUC MG CONTAGEM
49. JÚLIA MARQUES PRETO	DISCENTE	UFU
50. JULIANA CAMARGO DE MELO PENNA	DOCENTE	UNIFAMINAS
51. KARINE ZANINE	DOCENTE	UFJF
52. LARISSA GOMES MARANGNE	DISCENTE	Delegada Educanda
53. LAUDINEI DE CARVALHO GOMES	DISCENTE	UNIVÉRTIX
54. LAURA BECHARA	DOCENTE	FCMS JF
55. LAYLA DUTRA MARINHO CABRAL	DOCENTE	UNIVALE
56. LETÍCIA RODRIGUES VIEIRA REIS SÁ	DISCENTE	UNIFAMINAS
57. LILIANE SENA PINHEIRO	GESTOR	UFVJM

Nome:	Categoria	Instituição
58. LORENA FIALHO BORGES ARAUJO	DOCENTE	FFAME
59. LUCIANA LATORRE GALVES	DOCENTE	FASEH
60. LUCIANA SILVA MELO	GESTOR	UNIMONTES
61. LUDMILA ANDRADE CHAVES PENA	DISCENTE	PUC MG
62. LUÍS GUILHERME PARREIRA PELUSO	DISCENTE	Delegado Educando
63. MARCELA ROCHA REIS	DOCENTE	FAMINAS BH
64. MARCIA TORRESAN DELAMAIN	GESTOR	FCM MG
65. MARCOS PAULO DE SOUSA	GESTOR	IMEPAC
66. MARCUS PHELIPE CAIRES AMORIM	DISCENTE	UFV
67. MARIA CATARINA NOVAIS TARONI	DISCENTE	FASEH
68. MARIA DORALICE DE SOUZA	PROJETO	ABEM
69. MARIA FERNANDA RIBEIRO CARRIJO	DISCENTE	Delegada Educanda
70. MARIA GABRIELA PARENTI BICALHO	DOCENTE	UFJF
71. MARINA DE ABREU CORRADI CRUZ	GESTOR	PUC MG
72. MIKAELA CRISTINA CAMPOS	DISCENTE	UFSJ
73. MONICA COUTO G. SEJANES DA ROCHA	DOCENTE	Coordenadora Docente
74. MÔNICA MARIA DE ALMEIDA	DOCENTE	UNIVALE
75. NAIANA PALHETA MORAES	DISCENTE	ABEM
76. NATÁLIA TOMICH PAIVA MIRANDA	DOCENTE	UNIVÉRTIX
77. NATHÁLIA JULIE SOARES RESENDE	DISCENTE	Delegada Educanda
78. NATHAN MENDES SOUZA	GESTOR	FASEH
79. OSCARINA DA SILVA EZEQUIEL	ABEM	ABEM
80. OTACÍLIO VITOR CARDOSO SILVA	DISCENTE	UNIFENAS
81. PEDRO FONSECA ANDRADE	DISCENTE	UNI-BH
82. PEDRO HENRIQUE MENEZES FERREIRA	GESTOR	FAMINAS BH
83. RAIMUNDO NONATO BECHARA	GESTOR	FCMS JF
84. RAPHAELA BARROS FERREIRA	DISCENTE	UNIVALE
85. RODRIGO PINHEIRO SILVEIRA	PROJETO	ABEM
86. RODRIGO SANTOS LIMA	DISCENTE	UNIPTAN
87. ROSA MALENA DELBONE	ABEM	SCBH
88. SAMARA DE ALMEIDA PEREIRA	DISCENTE	DENEM
89. SANDRA HELENA CERRATO TIBIRIÇÁ	DOCENTE	Delegada Educadora
90. SÍLVIO CÉSAR ZEPPONE	GESTOR	PUC MG
91. STHEFANY DE PAULA GOMES	DISCENTE	Coordenador Discente
92. TÂNIA MARIA DA SILVA MENDONÇA	GESTOR	UFU
93. TARCIZO AFONSO NUNES	CRM	CRM-MG
94. TATIANE MIRANDA	DOCENTE	Delegada Educadora



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO