



Formação Médica
para o Brasil

onde estamos e
para onde vamos?

Um olhar comprometido
com a responsabilidade
social no século XXI



abem
associação
brasileira de
educação
médica

Relatório Oficina Regional **NORTE**

7ª Oficina Regional - Belém
RELATORIA - PLENÁRIAS e
TRABALHO EM GRUPOS



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



Relatório Oficina Regional

NORTE

Projeto REVER

Formação Médica para o Brasil

7ª Oficina Regional - Belém

13 e 14 de agosto de 2024

RELATORIA - PLENÁRIAS E TRABALHO EM GRUPOS

(Congrega as escolas da Acre, Amapá, Amazonas,
Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins)



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.

42 p. : il.

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

Título para indexação:
Regional Workshop Report NORTH

Sumário

Objetivos	5
DIA 1 - 13/08/2024	
Atividade 1 - Mesa de Abertura.....	6
Atividade 2 - Apresentação do Projeto Formação Médica.....	7
Atividade 3 - Apresentação do Relatório da Oficina Nacional.....	8
Atividade 4 - Reconhecimento dos Participantes e apresentação da equipe pedagógica.....	8
Atividade 5 - Apresentação dos Objetivos da Oficina.....	9
Atividade 6 - Trabalho de Grupos.....	9
Atividade 7 - Síntese de Alinhamento do Processo de Construção Histórica.....	14
Atividade 8 - Trabalho em Grupo.....	14
Atividade 9 - Plenária para Elaboração da Síntese.....	21

Atividade 10 - Avaliação.....	23
---	----

DIA 2 – 14/08/2024

Atividade 1 - Princípios de Avaliação de Programas Educacionais.....	23
--	----

Atividade 2 - Café Mundial – Critérios de Qualidade.....	24
--	----

Atividade 3 - Avaliação e Encerramento	35
--	----

Registros Fotográficos	38
-------------------------------------	-----------

Lista de nomes dos participantes da Oficina Regional NORTE 7ª Oficina Regional Belém	40
--	-----------

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 13 e 14/08/2024, com a participação de 71 pessoas, entre docentes, discentes, gestores e representantes de entidades médicas.

Equipe pedagógica: Alessandra Ribeiro, Rodrigo Silveira e Sylvia Batista

Equipe Coordenadores: Liliana Santos

Equipe de Relatoria: Emanuela Almeida, Maria Doralice de Sousa

DIA 1 – 13/08/2024

ATIVIDADE 1 - MESA DE ABERTURA

Regina Carneiro - Coordenadora Regional Norte da ABEM

Naiana Paleta – Coordenadora Discente Regional Norte da ABEM

Tereza Cristina de Brito Azevedo – Representante do Conselho Regional de Medicina do Pará

Carla Cristina - Representante do Conselho Regional de Medicina do Amazonas

Flavia Linhares - Ministério da Saúde – SGTES

Luciana Brandão Carreira – Diretoria Regional da ABEM

Nas falas foram dadas as boas-vindas aos convidados. Destacou-se a importância do evento na Regional Norte diante das diferenças regionais do Brasil, a complexidade da educação médica e da construção das competências para profissionais

bem formados, a necessidade de reavaliação da formação médica frente aos novos desafios, a importância do diálogo e da esperança na construção de uma educação médica com compromisso com a realidade social.

ATIVIDADE 2 - APRESENTAÇÃO DO PROJETO FORMAÇÃO MÉDICA

O projeto foi apresentado por Liliana Santos, que contextualizou de forma geral o projeto, ressaltando a importância do apoio das instituições que o tornaram viável, também sinalizou para a importância de considerar os desafios apresentados. A seguir nomeou as instituições, gestores, assim como as parcerias firmadas, como a OPAS e Governo Federal.

Apresentou os objetivos do projeto, com destaque para a produção dos subsídios: para a elaboração das novas DCN; produzir informações sobre os docentes em medicina; contabilizar a demografia médica, compreender a relação profissional-habitante como mecanismo que ajude a dimensionar; compreender as escolas, onde estão, as relações estabelecidas; estabelecer parâmetros regulatórios - dialogar com os instrumentos de avaliação de cursos; relação qualidade-necessidade (técnico e humano) - avanços tecnológicos e as iniquidades sociais.

Destacou a compreensão do PPC, não como documento cartorial, mas como orientador e espelho de todas as relações como se dá o protagonismo, qual o discurso proferido - traduz a intenção para produzir gesto consistente na formação médica.

Sinalizou a relação entre as diferentes etapas e aspectos do projeto com o contexto e processo de formação incluindo a avaliação dos cursos, relações público-privadas, economia médica. De forma didática deu ciência aos presentes do desenho do projeto, contextualizando a Oficina no processo, e relacionando as contribuições na revisão das diretrizes para a melhoria da condição da formação e da saúde do país.

ATIVIDADE 5 – APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA

Foram apresentados os objetivos da oficina no primeiro e segundo dia e orientada a próxima dinâmica do trabalho em grupos sobre os conhecimentos prévios sobre o processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Objetivo geral do primeiro dia:

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

Estratégias didáticas:

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

ATIVIDADE 6 – TRABALHO DE GRUPOS

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

Os participantes da oficina foram distribuídos em 02 salas, identificadas pelas cores Verde e Rosa, 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:

Sala Verde

O que sabemos sobre?

Mesa 1: O que sabemos sobre LDB e o Currículo mínimo com ênfase na construção das DCN?

Foi colocado inicialmente pelo grupo que a LDB contempla necessidades específicas de cada etapa – para alcançar os objetivos relacionados ao processo educacional (ensino fundamental, médio e superior), e que a historicamente, a primeira LDB foi publicada em 1961.

Fazendo a correlação com a cronologia das DCN, foi colocado que a primeira DCN foi de 1998, e que na Medicina foi em 2001.

Na discussão houve a lembrança de que os antecedentes das DCN são os PCNs - Parâmetros Curriculares Nacionais, e que datavam de 1957, e que a LDB e o currículo mínimo formaram as bases para as DCN.

Ao final foi consensuado que as LDB são leis regulamentadoras de processo de ensino-aprendizagem e que o currículo mínimo revelava o que se esperava dos egressos de medicina.

Sobre as DCN destacou-se que passaram por um processo de evolução desde os seus precursores, os Parâmetros Curriculares Nacionais. Que as primeiras DCN surgiram em 1998. A primeira DCN do Curso de Medicina, formalmente organizada com tal iniciou em 2001, como princípios básicos que norteiam a organização, as competências gerais e específicas, o perfil do egresso esperado dos cursos de graduação.

Mesa 2: O que sabemos sobre CINAEM com ênfase na construção das DCN?

O grupo assinalou que a CINAEM foi a Comissão Interinstitucional de Avaliação de Educação Médica que trabalhou na década 90 e sua produção foi precursora das DCN. A CINAEM foi responsável pelo processo de avaliação das escolas médicas, trazendo como proposta as novas diretrizes e a importância do processo de avaliação de qualidade dos cursos. Ressaltaram a importância da produção da CINAEM como balizadora para as faculdades de medicina e as DCN.

Mesa 3: O que sabemos sobre o processo de construção das DCN 2001?

O grupo destacou que o processo de discussão foi demorado, pautado na construção técnica e científica, porém buscando um olhar médico humanizado, com implementação de mudanças curriculares evidenciado pelo aumento de carga horária de práticas e internatos. Já voltando para olhar centrado no aluno, buscava-se iniciar um processo de ensino aprendizagem com integração a práticas em serviço construído baseado os princípios do SUS. Previu-se a necessidade de monitoramento e acompanhamento das escolas e dos estudantes com avaliações necessárias contínuas. Houve implementação de avaliação em aprendizagem formativa e somativa.

Mesa 4: O que sabemos sobre o processo de construção das DCN 2014?

O grupo colocou que o processo de construção das DCN 2014 foi construído a partir da DCN 2001. Indicou aumento da carga horária da urgência e emergência, obrigatoriedade da inclusão da saúde mental, reafirmação de um currículo integrado (Metodologias ativas) e ensino centrado no aluno em um nível crescente de complexidade. Trabalhou a partir da articulação entre os conhecimentos, habilidades e atitudes nas três áreas: atenção, gestão e educação em saúde.

A partir dessa primeira elaboração, o grupo fez recomendações de alguns pontos para um novo processo de construção e novo texto das DCN, como: uso de inteligência artificial, treinamento para subespecialidades, ter olhar para residências de Medicina da Família e Comunidade e Urgência e Emergência, saber a real necessidade da sua região, olhar para o mercado da medicina, plano de carreira para medicina da família, saúde em catástrofes naturais, saúde indígena e acompanhamento psicopedagógico do aluno indígena.

Sala Rosa

O que sabemos sobre?

Mesa 1: O que sabemos sobre LDB e o Currículo mínimo com ênfase na construção das DCN?

O grupo destacou que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, possibilitou pela primeira vez, a flexibilização do currículo e a superação da grade curricular para abranger as particularidades regionais, sociais, culturais etc., com ênfase no atendimento humanizado e integral. O currículo mínimo engessava o ensino em grade curricular.

Ressaltou que houve influência da legislação atualizada na época 1988 - SUS - Constituição Brasileira. E que a historicidade é importante para analisar como acontece a LDB na Educação Médica. Precisa-se entender o contexto em que estamos imersos para interpretar a realidade. Houve crítica ao conceito de educação como profissionalista, formando um médico puramente assistencialista (Conceito Ditadura Militar).

Mesa 2: O que sabemos sobre CINAEM com ênfase na construção das DCN?

O grupo colocou que a CINAEM foi a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, sendo uma iniciativa da DENEM, ABEM e outras instituições médicas para debater sobre a formação médica que acontecia de maneira dissociada do SUS, recém-criado. Durou por 10 anos, na década de 90, se extinguiu com a ausência de consenso entre o CFM e as outras instituições envolvidas. Teve 3 fases - 1ª fase: 76 escolas de adesão voluntária, sendo realizado um levantamento de dados; 2ª fase: análise de dados; 3ª fase: definir o perfil do médico desejado e qual o modelo de escola médica que formaria esse trabalhador. A 4ª fase seria a implementação, que não chegou a ser instituída.

A CINAEM embasou a DCN de 2001 com ênfase na formação de um médico para SUS. Colocou-se que em 1999 CINAEM utilizou o teste de progresso para diagnóstico das escolas médicas. Lembrou-se também que apesar de ter influenciado

bastante, muito do que foi debatido pela CINAEM foi retirado na construção das DCN de 2001.

Mesa 3: O que sabemos sobre Processo de construção das DCN 2001?

Em sua apresentação, o grupo colocou que a Diretriz Curricular Nacional para os cursos de Medicina de 2001 foi a primeira diretriz elaborada para apresentar um currículo e carga horária mínima para a formação de um profissional médico generalista. Destacou que surgiu em um contexto em que havia menos escolas médicas, com hegemonia das escolas públicas, com consultas públicas a docentes, diretores de faculdades médicas e movimento estudantil, alinhados à implantação do SUS e Lei Orgânica de Saúde.

Destacou que as principais recomendações com a DCN são a adequação dos cursos para a formação centrada no SUS, de um profissional generalista baseado nas quatro grandes áreas (clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, pediatria), integrando os conteúdos regionais. Tem as primeiras citações sobre o ensino baseado em metodologias ativas e a integração curricular, porém ainda separado em disciplinas. Define também a ampliação da carga horária do internato médico por dois anos, sem a sua obrigatoriedade até aquele momento.

Com as DCN, foi cobrada a adequação dos cursos em todo território nacional, que até as DCN de 2014 não ocorre. Quando aprovada, definiu também que a autorização de novos cursos de medicina seriam a partir do Conselho Nacional de Educação, e influência para construção de DCN de outros cursos, como enfermagem, odontologia, psicologia, farmácia.

Ao final, pontuaram que apresenta poucas mudanças entre as DCN de 2001 e 2014, e que apesar da DCN ser uma normatização, a implantação foi um processo conturbado por todas as entidades.

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

O grupo colocou que a construção foi atravessada pelo processo resultante do CINAEM, que gerou a DCN 2001. Em 2014, entretanto, não houve participação/representação das IES. Ressaltou que o texto das DCN de 2001 não era tão detalhado, sendo revisto nas de 2014 por necessidade das escolas médicas, no contexto da Lei dos Mais Médicos. As DCN de 2014 avançam no novo olhar do currículo, trazendo demandas e lacunas da MS.

ATIVIDADE 7 – SÍNTESE DE ALINHAMENTO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

Foi feita a apresentação com a linha do tempo e a síntese das discussões da atividade em grupo pela manhã, ressaltando os tempos iniciais dos cursos de medicina no Brasil e a evolução da educação médica, com destaque para a criação da Abem em 1962, a Lei da Reforma Universitária, as LDBs, a CINAEM e o processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais. Foi destacado o valor e a importância da ABEM nos processos de discussão coletiva. Destacou a importância de se debater e ocupar os espaços deliberativos.

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 verde e sala rosa). Nas salas estiveram presentes as mesmas pessoas que trabalharam no turno da manhã e foram novamente divididas em quatro grupos que trabalharam com uma questão orientadora para cada mesa para discutir as Diretrizes Curriculares de 2014. As questões foram:

Mesa 1: O que tem e precisa ser MANTIDO nas DCN 2014?

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

Mesa 3: O que tem e precisa ser RETIRADO das DCN 2014?

Mesa 4: O que não tem e precisa ser INCLUÍDO das DCN 2014?

Nas mesas 1, 2 e 4, nos últimos minutos antes de cada rodízio, os participantes colocaram marcações nos itens mais importantes e desafiadores para implantação curricular na prática cotidiana.

Abaixo se encontram os itens que foram relacionados em cada mesa das duas salas.

Sala Verde

MESA 01: O QUE TEM E PRECISA SER MANTIDO?

Entre parênteses o número de destaques como pontos importantes e desafiadores.

Perfil do egresso. (1)

Carga Horária: mantida 7200 em 6 anos. (1)

Proporção entre ciclo básico e internato. Internato 30% de Urgência e Emergência. (2)

Distribuição de proporção internato, com mesma divisão de carga horária para as áreas (manter Atenção Primária, Emergência e Saúde Mental).

Proporção de cargas horárias teóricas e práticas do internato: 20% e 80%, respectivamente.

Uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. (5)

Acompanhamento e avaliação do processo de ensino e aprendizagem, de forma contínua. (2)

Carga Horária máxima do internato – manter 40h semanais.

Garantia de carga horária da Atenção Primária.

Supervisão dos preceptores do internato pelos docentes da IES (4).

Interprofissionalidade e a abordagem de temas transversais.

Ética na medicina

MESA 02: O QUE TEM E PRECISA SER APRIMORADO?

Seção I: Art 5º Étnico-racial – Atualização ortográfica e ser mais bem descrita (quais são essas populações?). Houve discordância: Se detalharem demais, alguns grupos podem não ser contemplados por não ter sido citados.

Equidade de acordo com princípios do SUS.

Subseção I: Atenção às necessidades individuais de saúde. Aprimorar termos referentes às “práticas culturais de cura e doença” – Práticas Integrativas e Complementares e Método Clínico Centrado na Pessoa (1)

Subseção II: Análise das Necessidades de Saúdes de Grupos de Pessoas e as Condições de Vida de Saúde e de Comunidades – Adicionar necessidades de saúde regionais.

Artigo 29, III: Descrever poderia ser desenvolvida a dimensão humanística, adicionar habilidades e competências nas Soft Skills.

Buscar uma escrita mais sintética, objetiva e concisa, evitando detalhamentos excessivos e vieses que favorecem desigualdades regionais (3)

Conexão SUS-Ensino: Fortalecimento da relação entre os entes municipais e estaduais no fornecimento do campo de prática para as IES.

No capítulo que aborda a Saúde Mental do Estudante, fortalecer a garantia das condições de permanência dos estudantes de populações específicas, considerando aspectos psicológicos e pedagógicos (2)

Formação Continuada de Docentes (4)

Adicionar competências relacionadas às habilidades e competências em relação à equidade na relação com os estudantes.

Qualificar os docentes médicos para a docência com as metodologias ativas (2)

Internato: ampliar práticas com a população dos campos, águas

e florestas; ampliar práticas em Saúde LGBTQIA+, saúde de PPL e populações de rua (1).

Seção I, Capítulo II: Saúde Coletiva - Ampliar com Medicina de Família e Comunidade e Saúde Planetária (2).

Seção II- Atualizações sobre Novas TICs - Detalhar sobre quais são estas TICs.

Capítulo III, Artigo 23, Inciso 7: Obrigoriedade da formação do acadêmico em temas transversais (LIBRAS, Tecnologias e Ferramentas de Acessibilidade) (1)

MESA 03: O QUE TEM E PRECISA SER RETIRADO?

Capítulo 1, seção 3, art 7, inciso Língua franca estrangeira;

Capítulo 2, seção 1, art 9, inciso 2 saúde coletiva

Capítulo 3, art 24, parágrafo 10, carga horária máxima

Capítulo 3, art 37, vagas de residência

Tirar tudo que tem data pré-determinado

MESA 04: O QUE NÃO TEM E PRECISA SER INCLUÍDO?

Saúde Planetária (Mudanças climáticas, infecto-zoonoses, otorrino, saúde mental). (1)

Segurança do profissional médico no ambiente de trabalho.

Introdução da interculturalidade no ensino médico. (2)

Ampliar espaços de discussão interdisciplinar sobre violência contra mulheres, crianças e idosos. (2)

Fortalecer a educação interprofissional

Dominar um outro idioma (inglês) ofertar essa disciplina

Diretrizes para uso da inteligência artificial no currículo médico (critérios e regulamentos);

Responsabilidade do local de trabalho;

Saúde nos Campos, águas e florestas;

Docente e preceptor ser especialista na atenção primária - Médico da Família e Comunidade); (2)

Incluir os exames de avaliação do egresso nas DCNs (Enare, teste de progresso);

Medicina de desastres;

Cuidados com os mortos;

Saúde mental dos alunos (Tutoria e Mentoria) acompanhar o aluno do começo até o final;

Avaliação do segurança do paciente;

Gestão de carreira e administração privada;

Políticas de inclusão para os PCD;

Qualificação docente (Métodos pedagógicos)

Grupo Rosa

MESA 1: O QUE TEM E PRECISA SER MANTIDO

Áreas de Atenção à saúde e gestão em saúde e educação em saúde.

Garantia da diversidade na formação.

Autonomia e responsabilidade social.

Interprofissionalidade.

Conceito de competências.

Secção de competência em gestão em saúde, o que faltaria é um olhar mais específico da gestão.

Internato horizontal e aumento da Carga Horária do internato, além da porcentagem já definida.

Estratificação de que cada escola médica voltado para cada perfil de cenário, tendo complementação de outras localidades.

Aumento das atividades em cenários de atenção primária e U.E.

Aumento da carga horária do internato, em um semestre a mais.

MESA 2: O QUE TEM E PRECISA SER APRIMORADO

Detalhamento maior sobre o Perfil do Egresso: Como chegar nesse perfil esperado.

Detalhamento do Internato Médico.

Ampliação da carga horária para a formação do médico generalista em Atenção Primária em Saúde e Medicina de Emergência.

Conceituar bem o que é Atenção Básica, Atenção Primária em Saúde, Saúde Coletiva, Gestão em Saúde, Medicina de Família e Comunidade.

Centralidade do papel das escolas médicas na formação em Saúde Mental – da população, dos alunos e dos docentes.

Aprimoramento da integração entre os diferentes conteúdos e saberes (interdisciplinaridade e transdisciplinaridade).

Base na Medicina Baseada em Evidência.

Qualificação e valorização docente (formação, capacitação e progressão de carreira): Docentes e Preceptoria.

Definição do papel do Preceptor: atribuições, tipo de vínculo, formação em preceptoria.

Aprimoramento do trabalho interprofissional, com a inclusão do matriciamento como estratégia.

Cuidado voltado para gestão do cuidado incluindo o termo Rede de Atenção em Saúde.

Qualificação dos processos avaliativos em todo o processo.

Prioridade da integração ensino, serviço e comunidade.

Transversalidade de temáticas como: medicina baseada em evidência, prevenção quaternária, método centrado na pessoa, cuidados paliativos.

MESA 3: O QUE TEM E PRECISA SER RETIRADO

Propõe-se modificar a redação e instituir intervalos percentuais das cargas horárias nas grandes áreas.

Atualizar os parágrafos 7, 8 e 9 sobre autorização para estágios fora da unidade da federação da IES pelo Colegiado.

Retirar o artigo 37 que versa sobre a Residência Médica.

MESA 04: O QUE NÃO TEM E PRECISA SER INCLUÍDO

Perfil do docente.

Descrição do preceptor/docente (diferença entre docente e preceptor) / habilidades e atitudes.

Separar o que é preceptor-médico e médico-preceptor.

Educação continuada.

Capacitação dos docentes/preceptores (a graduação não forma professores para a medicina – diferença entre bacharelado e licenciatura).

Atenção as populações tradicionais (água, florestas e campos), populações vulneráveis e negligenciadas, migrantes e refugiados, indígenas e quilombolas, a população; LGBTQIAPN+, espiritualidade, PCDs.

Detalhar os tipos de populações abrangidas.

Estabelecer quem é o preceptor que queremos para a nossa escola médica - Definir qual o papel do preceptor.

Remuneração do preceptor.

Estabelecer as bases para o vínculo entre preceptor e escola médica (bases trabalhistas, salariais, jurídicas).

Quantidade de leitos.

A gestão própria do serviço (administração do serviço), compreensão do sistema por parte dos discentes.

Regionalidade (cursos ribeirinhos devem incluir assuntos ribeirinhos e afins).

Plano de desenvolvimento docente (tem que ter plano de carreira, tanto para públicas, mas principalmente para as privadas).

Qualificar os gestores dos cursos de graduação (assegurar a formação dos gestores do curso).

Espaços ou dispositivo de promoção e de prevenção da saúde, pensando no discente, no docente, no gestor, no colaborador (em toda a comunidade acadêmica). psicológico, psiquiátrico, psicopedagogo.

Inserir o aluno em cenários de gestão do serviço. Competências para a gestão.

Intersetorialidade.

ATIVIDADE 9 - PLENÁRIA PARA ELABORAÇÃO DA SÍNTESE

Para a plenária foram sorteadas as mesas para a apresentação de uma sala, sendo complementada pela mesma de mesmo tema da outra sala.

Os seguintes pontos foram elencados na discussão:

DCN voltada ao desenvolvimento dos alunos para dentro do SUS - mas algumas faculdades não têm acesso ao SUS. Existem dificuldades de encontrar esse espaço no SUS. É preciso viabilizar a forma de como fazer isso.

Universidades públicas estão perdendo campos de práticas para as escolas privadas no Amazonas - com 5 faculdades hoje em Manaus não tem campo de prática para todos os alunos. Este fato se apresenta como contradição para as orientações legais, uma vez que tanto a Constituição quanto a lei 8080/90 já determinam o SUS como ordenador do ensino e as unidades

públicas como qualificadas para as atividades práticas.

Necessidade de atualizar termos e detalhar mais.

Destacar a medicina de família nas DCN.

Destacou-se mecanismos de valorização e qualificação do corpo docente e da preceptoria.

Necessidade de cenário de prática preparado para receber os estudantes.

Houve preocupação sobre a rigidez das cargas horárias de APS e urgências e emergências.

Definir melhor o que é competência e o que é ato profissional.

Necessidade de contextualização das DCN o mundo do trabalho.

Problemas com preceptoria - médicos sendo proibidos pela justiça de atuar como preceptor no horário de trabalho.

Houve debate sobre terminologia ligada à Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade.

Proposta de se retirar o termo língua franca e ver como garantir. Importante a multiculturalidade linguística, observar se é possível incluir as necessidades regionais.

Representante de comitê de ética fala da evolução do processo de construção e o fato das diretrizes serem resoluções, levando em consideração a Resolução 466, considera importante a criação de um capítulo inicial preambular ou no final um Glossário que possibilite um entendimento único sobre os termos/conceitos utilizados.

Houve questionamento do formato dos concursos para ingresso como docente; chama atenção a quantidade de professores que não participam das discussões sobre formações (ABEM, congressos regionais); muitos professores não conhecem as metodologias ativas.

Importância de se fortalecer o SUS dentro da formação e buscar a valorização, para que os egressos queiram trabalhar nessa área.

dele e diferente de todos os outros colegas. Fez também uma reflexão sobre a característica do curso como um espaço repleto de disputas e concorrências, algo que ele odeia na medicina. No final da fala fez a uma apresentação com um canto típico de sua comunidade, tocando o Maracá, emocionando a todos os presentes.

Logo em seguida foram projetadas as nuvens de palavras do início e do final do dia anterior no sentido de resgatar o sentimento que moveu os participantes no primeiro dia de oficina e fazer a ligação com as atividades do segundo dia. O objetivo do segundo dia de oficina foi identificar e debater sobre critérios e indicadores de qualidade relevantes para a avaliação e regulação das escolas médicas no Brasil.

Para o início da produção sobre critérios e indicadores de avaliação da educação médica foi feita uma exposição dialogada sobre os princípios de avaliação de programas educacionais na Escola Médica, como um sistema que aborda diferentes dimensões, que possibilita um olhar interno e externo. Ao final foram novamente divididos os participantes em duas salas: Verde e Rosa.

ATIVIDADE 2 – CAFÉ MUNDIAL – CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Para a atividade de identificação de indicadores e critérios foi utilizado novamente a metodologia do Café Mundial adaptado, com duas pessoas fixas em cada mesa, sendo que as demais circulam por todas as mesas em rodízio. Para a atividade foi utilizada a seguinte questão:

QUAIS OS CRITÉRIOS DE QUALIDADE DA EDUCAÇÃO MÉDICA QUE O GRUPO CONSIDERA ESSENCIAIS PARA AVALIAR:

- Responsabilidade social
- Cenários de práticas/integração ensino serviço
- Cuidado com discente

- Internato
- Infraestrutura
- Projeto pedagógico/orientação curricular
- Corpo de educadores: docentes e preceptores
- Avaliação do estudante

Sala Verde

Mesa 1: Responsabilidade social

Os seguintes itens foram apresentados enquanto critérios de qualidade para avaliação:

Avaliação pela Comissão Própria de Avaliação (CPA) anual ou semestral: profissionais da sociedade civil que ajudam a avaliar e produzir relatórios que auxiliam a produzir melhorias sociais.

Indissociação ente ensino, pesquisa e extensão.

Curricularização da extensão - Orientada e baseada na comunidade

Projetos de extensão que levem em consideração as demandas e necessidades daquela comunidade, através de programas continuados, feedbacks contínuos, diagnóstico e intervenção.

Políticas de inclusão de estudantes na Instituição.

Construção dialógica e coletiva de indicadores e de instrumentos de avaliação que considerem a responsabilidade social - retorno das respostas das avaliações para as comunidades em interação com a Instituição - processos de intervenção de melhoria dos indicadores compartilhados com as comunidades.

SUS como escola.

Atenção Primária, interação entre a equipe multidisciplinar, mostrando a importância social dessa integração para a comunidade.

Territorialização/diagnóstico, planejamento, ações devolução para a comunidade.

Inclusão para populações em situação de vulnerabilidade: recursos para melhorar os atendimentos de pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência, pessoas surdas, população ribeirinha, população indígena, quilombola etc.

Levar para a comunidade a relação entre a educação médica e as demandas da comunidade.

Atendimento médico - feedbacks do paciente pós-atendimento. O que se pode aprimorar? A escola médica está indo até a comunidade?

Retorno social à comunidade: Quantidade de egressos que está trabalhando no SUS,

No currículo do curso precisa conter o ensino das Políticas e Princípios do SUS para os conhecimentos dos próprios Direitos.

Programas de incentivo à ciência, valorizando e trazendo retorno para a sociedade.

Políticas Públicas de Permanência: acompanhamento e critérios - moradia estudantil/creches, acesso à alimentação, acesso a transporte para os locais de prática, acompanhamento da saúde mental.

Fortalecimento do COAPES.

Fortalecimento de parcerias com instituições públicas e privadas

Na plenária foram destacados os seguintes pontos:

Tripé: ensino, pesquisa e extensão.

Garantia de continuidade dos projetos.

Utilizar informações da Comissão Própria de Avaliação.

Utilização do instrumento 'ISET'.

Iniciativas de vivência como 'Ver SUS' - inserção precoce nos territórios e diferentes realidades.

Mesa 2: Cenários de Práticas/ Integração ensino serviço

Os seguintes itens foram apresentados enquanto critérios de qualidade para avaliação:

Presença de hospital universitário e/ou de ensino que priorize receber os discentes da instituição.

Metodologia ativa na avaliação (competências, habilidades, atitudes).

Determinação de coeficiente de preceptores/leitos/alunos nos cenários de prática.

Manutenção dos convênios com as Secretarias Municipais e Estaduais.

Adoção de programas de Qualificação e Especialização de preceptoría para médicos que não são do quadro docente (APS) incluindo melhoria das condições trabalhistas (planos de carreira, ampliação de remuneração, formação continuada e clareza da contratação).

Integração do estudante com o ambiente (recursos humanos, territorialização e continuidade do cuidado).

Adoção estruturada e continuada de critérios e instrumentos para avaliar a satisfação dos sujeitos envolvidos: docentes, preceptores, discentes, servidores e usuários.

Adoção de projetos de pesquisa e extensão nos cenários de prática

Estabelecimento de metas de qualidade e reavaliação das metas periodicamente relacionadas aos serviços de saúde (critérios qualitativos e quantitativos, ampliação da ESF e satisfação dos pacientes evidenciada pelo aumento da demanda e do retorno da continuidade do cuidado).

Avaliação contínua dos cenários com os indicadores de saúde (utilizando os Sistemas de Informação).

Estrutura Física dos espaços

Na plenária foram destacados os seguintes pontos:

Unidades devem se relacionar com o ambiente.

Necessidade de ter um espaço específico destinado à prática.

Necessidade de estabelecer proporção entre estudantes, espaço e professores.

Plano de carreira de preceptoria.

Integrar o estudante com a comunidade e ambiente.

Indicador relativo ao COAPES como modelo de convênio gerando indicadores para compreender melhorias e avanços nos distritos.

Diagnóstico situacional sobre cenários de prática na região Norte.

Definição do papel do hospital de ensino na formação - como articula com rede assistencial.

Formação de preceptores ofertados às secretarias municipais e estaduais como contrapartida de universidades públicas.

Mesa 3: Cuidado com discente

Os seguintes itens foram apresentados enquanto critérios de qualidade para avaliação:

Centro de assistência para pessoas com deficiência PCD - Reformular critérios de definição de PCD e neurodivergência.

Universidade precisa ter uma central de avaliação para verificar a acessibilidade do bloco de medicina, avaliar documentação PCD e destrinchar as modificações estruturais e tecnológicas necessárias.

Mentoria individualizada para nivelamento dos alunos PCD.

Regularização do tempo de prova a mais para alunos com neurodivergência e com deficiência (ex: cegueira).

Mecanismos de adaptação do curso de medicina para pessoas totalmente cegas.

Regularização do apoio psicológico ao discente.

Implementação de Núcleo de apoio psicopedagógico.

Cursos preparatórios, para que o docente possa estar apto para utilizar recursos didáticos, equipamentos assistencialistas e tecnologias acessíveis.

Criação de Ebook, com instruções para docentes (Levando em consideração os níveis de adaptação necessária e individualizada para cada aluno)

Implementação de plano de ação individualizado e adaptado para o aluno neurodivergência ou deficiência.

Planos da Universidade e os docentes para alunos que não adquiriram competências necessárias para se formarem em medicina. Acompanhamento permanente dos acadêmicos, como entram, como cursam, como saem. Definir critérios avaliativos, cognitivos e não cognitivos para verificar habilidades e competências.

Incentivo de participação de alunos em eventos esportivos, culturais e sociais - liberação para intermed, congressos.

Espaço de convivência.

Creche gratuita, casa do estudante, sala de apoio a amamentação.

Na plenária foram destacados os seguintes pontos:

Foco em discentes com demandas sociais, neurodivergência, adoecimento mental, acessibilidade.

Adaptação das habilidades ensinadas para os estudantes com necessidades físicas específicas.

Apoio aos professores para lidar com estudantes com necessidades físicas ou cognitivas específicas.

Elaboração de câmara técnica para tratar de experiências no assunto da neurodivergência nos cursos de medicina.

Mesa 4: Internato

Os seguintes itens foram apresentados enquanto critérios de qualidade para avaliação:

Para o aluno interno são importantes os seguintes critérios: atitude, assiduidade, pontualidade, responsabilidade, proatividade, profissionalismo acadêmico, relacionamento interpessoal (com equipe e paciente), ética, habilidades, conhecimento técnico, comunicação (com paciente/preceptor), aplicabilidade do conhecimento, anamnese, exame físico, raciocínio clínico (diagnóstico e tratamento).

Para os Cenários de Prática são importantes os seguintes critérios: diversidade de cenários (baixa, média e alta complexidade e regionalizados), quantidade de cenários, proporção aluno/preceptor, proporção aluno/leito e paciente, proporção teórica (20%), pedagógico - discussão de casos em todas as áreas; sessões clínicas (discussão anátomo-clínicas em cada módulo/discussão de artigos), diversidade métodos avaliativos.

Para os Preceptores são importantes os seguintes critérios: perfil dos preceptores, valorização do preceptor (plano de carreira), capacitação do preceptor, supervisão docente do grupo de preceptores, avaliação do preceptor pela instituição (como essa orientação está acontecendo dentro dos cenários de práticas), avaliação dos alunos pelos preceptores, avaliação dos alunos, avaliação dos processos.

Na plenária foram destacados os seguintes pontos:

Importância de espaços para discussão e sessões clínicas.

Realização de avaliações tipo OSCE.

Sugestão de avaliação de atitudes desde os primeiros semestres e não apenas quando o estudante entrar no internato.

Auxílio e formação aos professores e preceptores para avaliação.

Diversidade de métodos avaliativos.

Sala Rosa

Mesa 1: Infraestrutura

Os seguintes itens foram apresentados enquanto critérios de qualidade para avaliação:

Acessibilidade independente do ingresso de estudantes PCDs, para que não seja realizado a partir do ingresso desse estudante no espaço.

Salas de aulas que sejam coerentes com modelo pedagógico adotado pela instituição, com a demonstração da efetividade dessa correlação.

Laboratórios de acordo com a necessidade posta pelo método pedagógico acordado na instituição.

Biblioteca, sendo uma biblioteca virtual completa (com livros e periódicos) e uma biblioteca física complementar, contendo espaços para estudos individuais e em grupos.

Espaços físicos de convivência (área de desconpressão), com áreas para realizar refeições, presença de armários e banheiros equipados com chuveiros, para discentes e docentes.

Espaços reservados para amamentação, presença de fraldários dentro dos espaços da IES, para pessoas que gestam (docentes e discentes).

Salas de professores.

Espaço físico para os Centros/Diretórios Acadêmicos.

Universalidade do acesso às tecnologias como forma de democratizar o conhecimento, dando garantia de que aquilo que é utilizado como método.

Espaços físicos para Núcleos de Apoio Psicossocial e Pedagógico.

Ambientes adequados para todo processo ensino-aprendizagem (prática, ensino, estudo) e descanso para os estudantes dentro dos cenários de prática.

Na plenária foram destacados os seguintes pontos:

Salas adequadas para as atividades de acordo com o projeto.

Biblioteca com acervo digital e físico.

Existência de salas de Webpalestras.

Espaços de convivência (banheiro com sala de banho, copa, área de lazer e repouso, fraldário e espaço de alimentação).

Ambientes externos de cenários de práticas.

Espaços com acessibilidade.

Creche para filhos de professoras – parcerias com municípios.

Provimento da alimentação.

Existência de laboratórios adequados.

Mesa 2: Projeto pedagógico/orientação curricular

Os seguintes itens foram apresentados enquanto critérios de qualidade para avaliação:

Curricularização da extensão - atividades de Extensão articulada com o perfil do egresso.

Pesquisas - medicina baseada em evidências - letramento científico.

Monitoramento do ensino por avaliações internas e externas como mecanismos indutivos para aprimoramento do currículo

Currículo integrado e transversal (Integração dos conteúdos e das clínicas), com interprofissionalidade.

Metodologia da construção do projeto pedagógico curricular (Demonstrar a singularidade do PPC em relação da realidade local) - regionalidade e responsabilidade social.

Processo avaliativo dentro do PPC.

Metodologias de ensino e aprendizagem que valorizem a autonomia do aprendiz.

Habilidades e atitudes da semiologia médica ao longo do curso.

Carga horária do curso de medicina.

Atualização das Referências.

Internato Médico.

Na plenária foram destacados os seguintes pontos:

Incluir avaliação 360°.

Incluir conhecimentos, habilidades e atitudes, destacando a matriz de competência.

Analisar a curricularização da extensão - comprometida com a comunidade e socialmente referenciada.

Indicadores de responsabilidade social - OPAS - sugere que a relatoria pesquise o conteúdo nessa fonte de modo a poder se referir com embasamento técnico.

Mesa 3: Corpo docente

Os seguintes itens foram apresentados enquanto critérios de qualidade para avaliação:

Para docentes são importantes os seguintes critérios: titulação, produção científica, tempo de magistério superior, regime de trabalho, formação docente em educação na saúde, política de admissão e promoção (plano de cargos e carreira), avaliação discente com feedback, plano de desenvolvimento docente, programa de mérito acadêmico, corpo docente capacitado e sensibilizado a trabalhar diversidade, inclusão e acessibilidade, apropriação das metodologias ativas.

Para Preceptores são importantes os seguintes critérios: vínculo com a IES, participação nas atividades de formação pedagógica, avaliação discente com feedback, espaço protegido de reflexão sobre a prática, apropriação do PPC do curso, tempo de experiência na área de atuação.

Na plenária foram destacados os seguintes pontos:

Avaliação com *feedback*.

Tempo de experiência na área de atuação.

Mérito acadêmico.

Apoio à saúde mental dos professores.

Valorização do corpo docente.

Mesa 4: Avaliação do estudante

Os seguintes itens foram apresentados enquanto critérios de qualidade para avaliação:

Conhecimento teórico e prático (formulação de provas).

Conhecimento crítico (para filtrar as informações adequadas).

Utilização de critérios como: técnica, humanização, comprometimento, ética, atitudes e comportamento (vestimenta, pontualidade, proatividade, relações interpessoais (com colegas, equipes, docentes e preceptores), comunicação (comunicação não-violenta; alça-fechada; protocolo SPIKES...)) - também envolve a segurança em passar para o paciente as informações e segurança no que se faz, soft-skills, liderança

Modalidades de avaliação como: avaliação seriada, avaliação por competências (conceitos; formativa), avaliação prática (OSCE), teste de progresso.

Utilização de ferramentas com descritores e critérios bem estabelecidos.

Garantia de *feedback* individual efetivo (para validação das ferramentas de avaliação).

Avaliação de registro (preenchimento de prontuários e afins).

Garantia de que toda ferramenta de avaliação esteja bem descrita no Projeto Pedagógico do Curso.

Utilização de critérios de profissionalismo médico.

Avaliação programática (não se pode mais se basear apenas em uma avaliação para o aluno).

Desenvolvimento discente e docente.

Na plenária foram destacados os seguintes pontos:

Todos tenham ciência dos critérios de avaliação - participação estudantil - processo de meta avaliação.

Habilidade de comunicação.

Feedback interativo.

Desenvolvimento docente e discente para avaliação - comunidade de prática.

Utilizar a avaliação programática - trocar os números pelas palavras, gerando narrativas.

Avaliação formativa e somativa não excludentes – utilizar avaliação formativa em todos os tipos de avaliação.

Olhar diferenciado para o internato - necessidade de avaliar a empatia e da habilidade da comunicação do feedback - estudar como fazer o feedback (necessária a formação docente e discente sobre o assunto).

Avaliação deve estar clara no projeto pedagógico.

Desenvolvimento da cultura avaliativa.

Avaliação em espiral.

Não permitir punição ao questionar ou pedir a revisão da nota.

ATIVIDADE 3 – AVALIAÇÃO E ENCERRAMENTO

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.

Nuvens de Palavra – O que Conheci, Pensei, Construí, Senti

Conheci



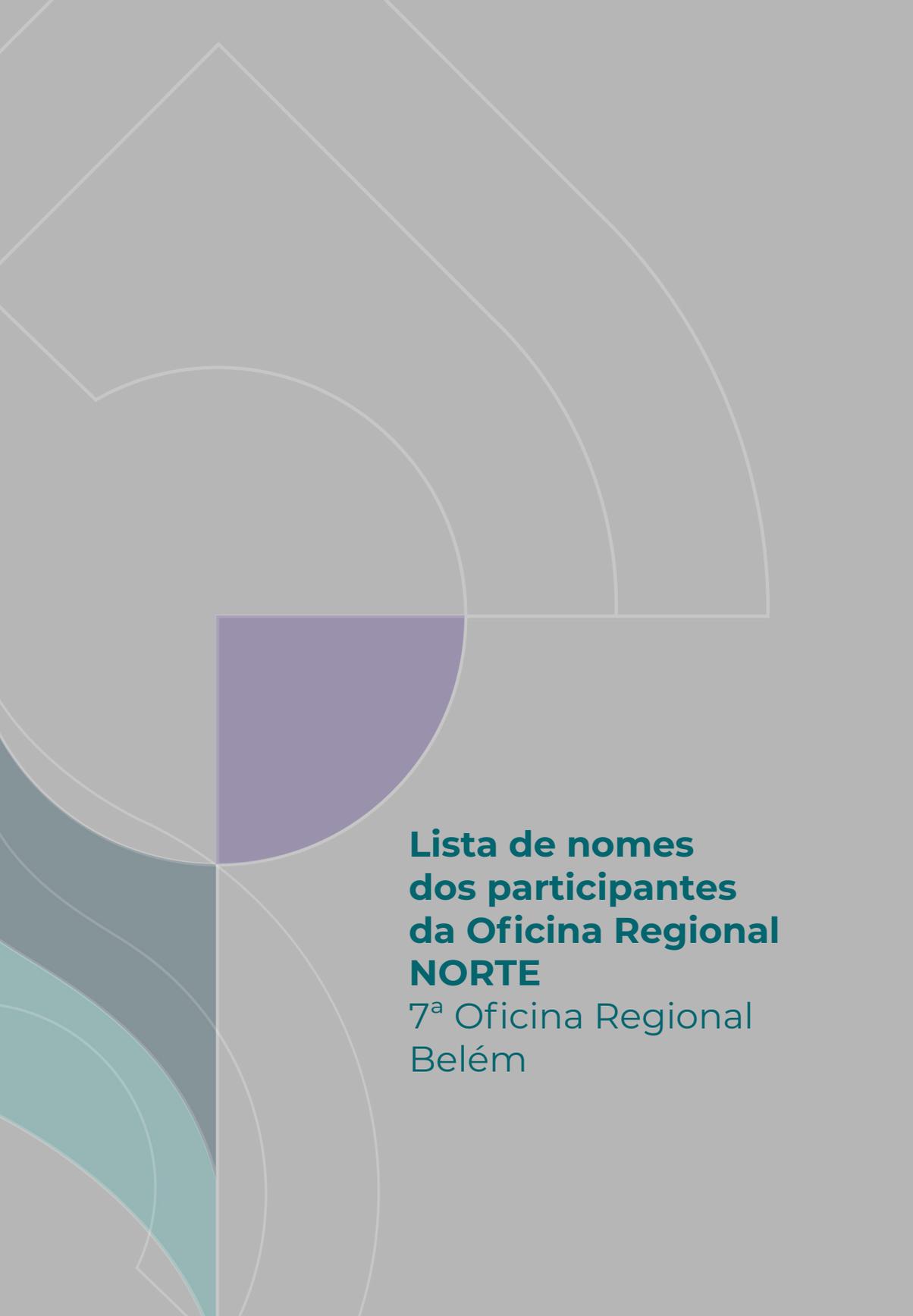
Pensei



REGISTROS FOTOGRÁFICOS







**Lista de nomes
dos participantes
da Oficina Regional
NORTE**

7ª Oficina Regional
Belém

Nome:	Categoria	Instituição
1. ALESSANDRA CARLA DE A. RIBEIRO	PROJETO	ABEM
2. DANIELLE GOMES BATISTA	PROJETO	ABEM
3. DJERLLY MARQUES DE ARAÚJO	PROJETO	ABEM
4. EMANUELA DE ALMEIDA OLIVEIRA	PROJETO	ABEM
5. LILIANA SANTOS	PROJETO	ABEM
6. MARCELO FERNANDES CAPILHEIRA	PROJETO	ABEM
7. MARIA DORALICE DE SOUZA	PROJETO	ABEM
8. RODRIGO PINHEIRO SILVEIRA	PROJETO	ABEM
9. SLYVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	PROJETO	ABEM
10. ADALBERTO T. VON PAUMGARTTEN FILHO	GESTOR	CESUPA
11. ADELMO AIRES NEGRE	DOCENTE	UFT
12. ALINE ARAÚJO CÂMARA	DOCENTE	UNINORTE
13. ALYNNE SANTANA LEÔNIDA TORRES	GESTOR	USL - PORTO VELHO
14. ANA EMÍLIA VITA CARVALHO	DOCENTE	CESUPA
15. ANA LUCIA ESCOBAR	DOCENTE	UNIR
16. ANA MACKARTNEY DE SOUZA MARINHO	DOCENTE	UNIPAC
17. ANA VITÓRIA S. DE DEUS M. DE MACEDO	DISCENTE	UFRR
18. AURIMERY GOMES CHERMONT	DOCENTE	UFPA - BELÉM
19. BRUNA HELLEN BARBOSA MUTZ	DISCENTE	ABEM - UNIVIX
20. CAIO BRITO BOTELHO	DOCENTE	UEPA
21. CAIO HENRIQUE SILVA DA SILVA	DISCENTE	UEPA
22. CAIO VINÍCIUS BOTELHO BRITO	DOCENTE	UEPA
23. CAMILA DA SILVA DANTAS	DOCENTE	ESTÁCIO DE CASTANHAL
24. CARLA ANDRÉA AVELAR PIRES	DOCENTE	UFPA
25. CHARLES VILLACORTA	DOCENTE	UNIFAMAZ
26. CHARLOTE AGUIAR BUFFI BRIGILIA	GESTOR	UFRR
27. CLARICE VIÚDES DE ABREU	DISCENTE	DELEGADA ED. -UFAC
28. CYBELLE CRISTINA PEREIRA	DOCENTE	CESUPA
29. DIRCEU BENEDICTO FERREIRA	DOCENTE	UFAM
30. EDIANA VASCONCELOS DA SILVA	DOCENTE	UFNT
31. ELIA SOUZA PARANHOS	GESTOR	CESUPA
32. FABIO GOMES GONÇALVES	DISCENTE	UNIJIPA
33. FELIPE AZEVEDO	NÃO INF.	UNIR
34. FERNANDO HOLANDA VASCONCELOS	DOCENTE	UFNT
35. FILIPE SOUZA DE AZEVEDO	DOCENTE	UFR
36. FLAVIA LINHARES	MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
37. GABRIELLE MENDES LIMA	DOCENTE	UFRR
38. GUSTAVO QUEIROZ SANTOS DOS ANJOS	DISCENTE	UNIRG
39. HELIANA NUNES FEIJÓ LEITE	DOCENTE	UFAM
40. HIAGO SOARES TEIXEIRA	DISCENTE	UEPA
41. JANAINA DE OLIVEIRA E CASTRO	DISCENTE	UFAM
42. JOÃO VITOR DA SILVA FRANÇA	DISCENTE	UNINORTE
43. JOHNNATA SILVA DOS SANTOS	GESTOR	UEA
44. JOSÉ ANTÔNIO CORDERO DA SILVA	CRM PA	CRM PA
45. JULIANA DA COSTA LIMA	DISCENTE	UNIFAMAZ DELEGADA
46. KARLA CRISTINA PETRUCCELLI	DOCENTE	UFA
47. LARISSA BORDALO DE F. PINTO	GEST. SAÚDE	SBMFC - SES-MA
48. LETICIA LUANA ALVES FERREIRA	DISCENTE	USL - PORTO VELHO
49. LUCAS AZEVEDO DA ROCHA	DISCENTE	UFPA - BELÉM
50. LUCIANA BRANDÃO CARREIRA	DOCENTE	ABEM - UEP
51. LUIS FERNANDO MATOS BASTIANINI	DOCENTE	FAMEJIPA
52. LUIZ FELIPE SANTIAGO BITTENCOURT	CRM PA	CRM PA
53. MAIRA TIYOMI SACATA TONGU NAZIMA	DOCENTE	UNIFAP
54. MARIA DA CONCEIÇÃO RIBEIRO SIMÕES	DOCENTE	USL - PORTO VELHO
55. MARIBEL NAZARÉ DOS S. SMITH NEVES	DOCENTE	UNIFAP
56. MARINA RODRIGUES P. DO NASCIMENTO	DISCENTE	CESUPA
57. MATHEUS SOUSA TOMBORELLI SAIA	DISCENTE	FAMEJIPA

Nome:	Categoria	Instituição
58. MILENA COELHO FERNANDES CALDATO	DOCENTE	CESUPA
59. MÔNICA OLIVEIRA SILVA BARBOSA	DISCENTE	UFNT
60. NAIANA PALHETA DE MORAES	DISCENTE	ABEM - UFP
61. NAILTON GOMES DA SILVA	DISCENTE	C. U. P. ANT. CARLOS
62. NAPOLEAO BRAU GUIMARAES	GESTOR	UEPA
63. NARA ALVES DE ALMEIDA LINS	DOCENTE	UFPA/COREME-PA
64. NARA MACEDO BOTELHO	DOCENTE	UNIFAMAZ
65. OSVALDO DE SOUSA LEAL JÚNIOR	DOCENTE	UFAC
66. PEDRO LUCAS SILVA BATISTA	DISCENTE	UFT
67. PLÍNIO JOSÉ CAVALCANTE MONTEIRO	GESTOR	UFAM
68. PRISCILA FERREIRA BARBOSA	DOCENTE	UNIRG
69. RAYSSA FRANKILAINÉ SILVA DE OLIVEIRA	GESTOR	UNIJIPA
70. FRANCISCA REGINA OLIVEIRA CARNEIRO	DOCENTE	UEP
71. RENATO LOBATO DA COSTA NUNES	DISCENTE	UNIFAP
72. ROSÂNGELA DO S. PERREIRA RIBEIRO	DOCENTE	C. U. P. ANT. CARLO
73. RUSLEYD MARIA MAGALHÃES DE ABREU	GESTOR	UFAC
74. RUY GUILHERME SILVEIRA DE SOUZA	DOCENTE	UFRR
75. SANDRA MOTA RODRIGUES	GESTOR	UNIFAP
76. SILVAN FRANCISCO DA SILVA	DOCENTE	ESTÁCIO DE CASTANHAL
77. SIMONE REGINA SOUZA DA SILVA CONDE	DOCENTE	UFPA
78. SYLVIA CHRISTINE PINTO MARTINS	DOCENTE	UNIJIPA
79. TEREZA CRISTINA DE BRITO AZEVEDO	CRM PA	CRM PA
80. VINICIUS ORTIGOSA NOGUEIRA	DISCENTE	UNIR
81. VINICIUS PIETRO JESUS LARONGA	DISCENTE	UNIR
82. KARLA CRISTINA PETRUCCELLI	CRM AM	CRM AM
83. TEREZA CRISTINA DE BRITO AZEVEDO	CRM PA	CRM PA



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO