



Formação Médica
para o Brasil

onde estamos e
para onde vamos?

Um olhar comprometido
com a responsabilidade
social no século XXI



Relatório Oficina Regional SUL I

8ª Oficina Regional - Porto Alegre
RELATORIA - PLENÁRIAS e
TRABALHO EM GRUPOS



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



Relatório Oficina Regional

SUL I

Projeto REVER

Formação Médica para o Brasil

8ª Oficina Regional - Porto Alegre
15 e 16 de agosto de 2024

RELATORIA - PLENÁRIAS e TRABALHO EM GRUPOS
(Congrega as escolas do Rio Grande do Sul)



Expediente

LISTA DE AUTORES

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

Jornalista responsável:

Raíssa de Deus Genro - MTB 14.822/RS

Projeto Gráfico, ilustrações e capa:

Eduardo Grisoni

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

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

66 p. : il.

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

Título para indexação:
Regional Workshop Report SUL I

Sumário

Objetivos	5
DIA 1 - 15/08/2024	
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.....	8
Atividade 6 - Trabalho de Grupos.....	9
Atividade 7 - Síntese de Alinhamento do Processo de Construção Histórica.....	17
Atividade 8 - Trabalho em Grupo.....	18
Atividade 9 - Plenária para Elaboração da Síntese.....	31

Atividade 10 - Avaliação.....	35
---	----

DIA 2 – 16/08/2024

Atividade 1 - "Briefing" sobre Princípios de Avaliação de Programas Educaçãois.....	36
--	----

Atividade 2 - Café Mundial – Critérios de Qualidade.....	37
--	----

Atividade 3 - Plenária com Discussão dos Critérios de Qualidade.....	51
--	----

Atividade 4 - Avaliação.....	60
--	----

Atividade de Encerramento	60
--	----

Elementos De Percepção Do Relator / Impressões	61
---	----

Registros Fotográficos	62
-------------------------------------	----

Lista de nomes dos participantes da Oficina Regional SUL I 8ª Oficina Regional Porto Alegre	64
---	----



Objetivos

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

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

A oficina aconteceu nos dias 15 e 16/08/2024, em Porto Alegre, e teve a participação de 71 (setenta e uma) pessoas, entre docentes, discentes, gestores e representantes de entidades médicas.

Equipe pedagógica: Oscarina Ezequiel e Valdes Roberto Bollela

Equipe Coordenadores: Sandro Schreiber e Marcelo Capilheira

Equipe de Relatoria: Raissa Genro e Lenira Ribeiro

DIA 1 – 15/08/2024

ATIVIDADE 1 - MESA DE ABERTURA

Sandro Schreiber – ABEM Nacional

Francisco Jorge Arsego de Oliveira – ABEM – Representação Regional

Carolina Fouchy Schons - Representante Discente Regional Sul I

Alisson Lisboa – Representante SGTES/MS

Cacildo Delabay (Presidente do COSEMS)

Após a composição da mesa de abertura, o representante da ABEM Regional deu as boas-vindas e lembrou colegas do FAIMER (Fundação para o Avanço da Educação e Pesquisa Médica Internacional) destacando o olhar cuidadoso sobre a população.

A representante discente, deu as boas-vindas, em especial aos estudantes, destacando o foco no bem-estar da população. O presidente do COSEMS fez uma reflexão sobre o momento

da catástrofe vivenciada recentemente no estado, com 373 (trezentos e setenta e três) unidades de saúde afetadas pelas enchentes, com grande prejuízo à saúde da população e destacou a importância da formação médica para atendimento e suporte às pessoas mais vulneráveis, e falou do número de profissionais de saúde no estado.

O representante da SGTES, médico de família e comunidade, parabenizou a ABEM pela realização das oficinas, fez referência às edições do COBEM (Congresso Brasileiro de Educação Médica) e trouxe a importância de avaliar e ver o que precisamos avançar nas DCN. Falou sobre o interesse do Ministério da Saúde na escuta dos estudantes, docentes e gestores para uma construção coletiva e capilarizada.

O presidente ABEM nacional agradeceu a todos e todas, ressaltando as dificuldades enfrentadas em um momento difícil no calendário de docentes, discentes e gestores, em virtude das greves e enchentes. Falou sobre a Lei 8080 que diz que o SUS é formado por recursos médicos e ressaltou que a ABEM é resultado do movimento que acontece nas regionais, construído de forma coletiva.

ATIVIDADE 2 - APRESENTAÇÃO DO PROJETO FORMAÇÃO MÉDICA

O presidente da ABEM nacional, Prof. Sandro Schreiber, apresentou o 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. Fez um panorama das questões negligenciadas no ensino em saúde e o objetivo de discutir questões que possam subsidiar a construção de políticas públicas de saúde. Importância de conhecer, no contexto atual no Brasil, o número de docentes e preceptores e qual é esse número necessário. Destacou o sistema universal de saúde, em um país como o Brasil, que é grande em extensão e população, as ambiguidades do sistema público e privado e profissionais

que atendem aos dois sistemas, refletindo na necessidade de médicos. Onde estamos em relação aos parâmetros regulatórios e em relação aos projetos pedagógicos? Em seguida, descreveu os grupos de trabalho para cada frente do projeto e sua estrutura de governança.

ATIVIDADE 3 - APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA OFICINA NACIONAL

A atividade iniciou com a apresentação do relatório da oficina nacional 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, Ministério da Educação e OPAS. Explicou-se as metodologias utilizadas na oficina (Café Mundial e Rota do Sol) e o diagnóstico levantado, deixando claro a necessidade de olhar para a formação médica e que deu subsídios para construção das oficinas regionais.

ATIVIDADE 4 - RECONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES

Utilizada a ferramenta “*Mentimeter*” para identificação dos participantes da oficina, nomes, Estado de origem, categoria que representa, se escola pública ou privada. Com as respostas à pergunta sobre o que cada um estava trazendo para a oficina, foi construída a nuvem de palavras com destaque para as palavras: Troca, Interesse, Curiosidade e Colaboração.

ATIVIDADE 5 - APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA

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

Objetivo geral da(s) atividade(s):

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

Estratégias didáticas:

- O que sabemos sobre...
- World Café adaptado;
- Sistematização com *flipchart*;
- Apresentações dialogadas com “slides”

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 duas salas, identificadas por cores (verde e azul), e nestas em quatro mesas com representantes das categorias de docentes, discentes, gestores e entidades médicas, para discutir e elaborar uma síntese a partir das seguintes questões provocadoras:

O que sabemos sobre...

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

Mesa 2: CINAEM com ênfase na construção das DCNs

Mesa 3: Processo de construção das DCNs 2001

Mesa 4: Processo de construção das DCNs 2014

SALA AZUL

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

Acreditamos que a LDB regulamenta a educação em geral e os requisitos mínimos para ingresso no ensino superior.

O currículo mínimo nos parece a obrigatoriedade de cumprir a carga horária mínima de disciplinas e estágios específicos na graduação de medicina.

A construção das DCN deve estar amparada na LDB e no CURRÍCULO MÍNIMO.

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

CINAEM iniciou por volta de 90-92 (década de 90) com o apoio da DENEM/ABEM/CFM que iniciaram as discussões sobre as diretrizes e mudança no ensino médico, em que tentou trazer pontos em que centraliza-se pontos em comum no ensino médico e melhora no ensino com o âmbito de unificar ideias e transpor para medicina de atenção primária saindo da especialização intra-hospitalar para o tratamento com vistas a atender as necessidades da população não só em âmbito de alta complexidade, mas sim na baixa complexidade atendendo em UBS, UPA que mostrava a incoerência da formação médica e a necessidade da saúde pública brasileira.

O CINAEM foi o pontapé inicial para a discussão das diretrizes curriculares das escolas médicas.

-Fora discutido também durante a mesa sobre os recursos da PROMED e a importância desta verba para melhoria do ensino médico para capacitação de metodologias ativas de ensino, laboratórios de habilidade, dentre outras

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

Processo de construção das DCN 2001.

Valorização da atividade multiprofissional dentro da Atenção a Saúde.

Articular ideias dos movimentos de mudança que atravessam a Reforma Sanitária e Criação do SUS

O poder público passa a orientar a formação profissional.

DCN 2001 articulou ideias dos movimentos de mudança que atravessam a Reforma Sanitária

Representa interface com o CNS/CIRHRT

Avaliar a relevância social e sanitária dos cursos.

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

O processo de construção não fica evidente durante a discussão do grupo, percebe-se em comparação a construção de 2001, que o processo de 2014 foi mais centralizado, desconhecemos quais atores foram envolvidos neste processo.

Foi relatado o reforço em áreas de atenção primária, emergência, saúde coletiva e saúde mental. Ainda, destacou-se que maior enfoque no uso de metodologias ativas e gestão em saúde. Essas mudanças devem ter ocorrido com o impulsionamento do programa mais médicos, provavelmente o enfoque na formação generalista tenha sido fruto das políticas públicas e expansão das escolas médicas.

Discussões durante a apresentação dos grupos:

Quanto ao currículo mínimo

Currículo mínimo levou a uma matriz curricular engessada.

Proposta de não formas especialista, pois todos tinham que fazer o mesmo.

Traz até hoje a consequência residual da lógica disciplinar.

Muito se mantém até hoje, pois muitos professores se formaram no currículo mínimo e perpetuam este modelo.

Continua funcionando em muitos cursos.

Crítica quando a proposta de ser homogêneo apesar das diferentes instituições.

Quanto a CINAEM

Particpei e foi maravilhoso o movimento, buscando transformar a educação médica

Participação de outras entidades de classe

Proposta de buscar formar médicos para as necessidades de saúde

Influenciou diretamente as DCN 2001, aparece na fala de dois participantes

“Fui representante da DENEM” – para além da democratização, permitia um olhar específico, com protagonismo dos estudantes

Momento forte do movimento estudantil – DENEM, essa fala aparece umas 3 vezes (diferentes participantes)

Quanto as DCN 2001

Aprender a aprender é proposta fortemente nas DCN

Importância de se avaliar longe do paradigma

PROMED e PROSAÚDE – levou a múltiplas possibilidades de produções nas instituições incluindo livros

Quanto as DCN 2014

Maior valorização da APS

Aparecimento da gestão como área levando a necessidade dos currículos se adequarem desenvolvendo atividades

Era um momento em que era preciso “precisar” coisas necessárias

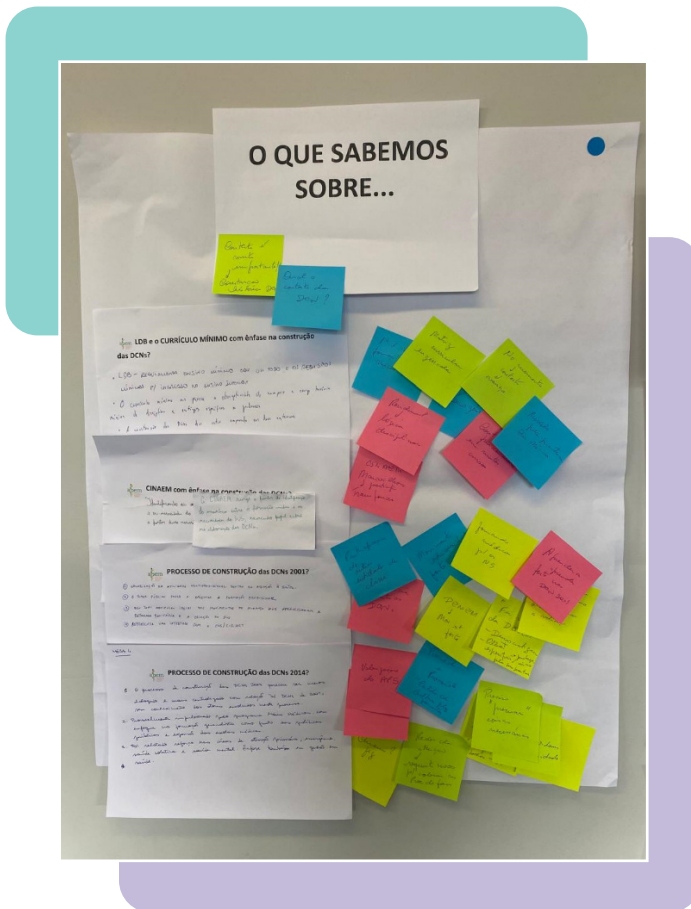
Exemplo: homens trans. engravidam e isso traz necessidade de reflexão e mudanças no ensino

Aumento de valorização da APS e Urgência/Emergência

Surge na perspectiva de interiorização das escolas – proposta no Mais Médios

Redes de atenção são requisitos que precisam ser colocadas no processo de formação

Registro Fotográfico grupo azul (manhã de 15/08)



SALA VERDE

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

LDB – rompe o currículo mínimo, para dar lugar para a construção das diretrizes curriculares

Entrada do setor privado no ensino (1996)

DCN para a medicina: 2001, 2014

Antes da LDB a primeira incentivadora para ter diretrizes curriculares e não um currículo mínimo engessados

LDB permite a construção de referências e uma variação dos conteúdos

Os currículos mínimos garantia disciplinas, conteúdos e carga horários mas não permitia a regionalização (perfil epidemiológico e prática profissional).

Currículo mínimo: objetivos de aprendizagem e DCN: apresenta as competências

As federais em referência as privadas e comunitárias são menos exigidas em relação das DCN.

Norma geral que orienta a formação do ensino nos diferentes níveis.

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

Tentativa de organizar os processos avaliativos nas diversas escolas médicas, como uma das forças motrizes para as DCN (+/- 1980)

Estiveram representatividades médicas (Meduc, MS, CFM...)

Os cursos de medicina tinham que trabalhar com a definição do perfil médico (não apenas conteúdo médico, mas construção de um perfil profissional).

Observação: AMRIGS tinha um exame de qualificação (prova de conhecimento) vinculado a AMB, porém, mas não era válido.

Sabemos que a sigla CINAEM significa Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. A comissão teve início na década de 1990 e funcionou até 2000 e teve como intuito a construção de um perfil médico deixando de lado apenas o institucional (conteudista) e dar espaço a uma formação de um perfil profissional.

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

Foi uma Mudança de paradigma Flexneriano, para uma construção do ensino, baseado em relatórios de pesquisa e problemas sociais, focada em atender à comunidade.

A DCN 2001 teve por objetivo descentralizar o ensino de um modelo basicamente hospitalocêntrico e pautado em especialidades médicas, para um ensino que fosse realizado próximo à comunidade e com foco nas principais demandas da comunidade. Em 2001, teve várias entidades que foram consultadas para elaborar as diretrizes, a impressão dos colegas é que as diretrizes foram promulgadas com mais tempo e discussão.

As bases das diretrizes de 2001 veio do relatório da Unesco que norteou o ensino (Aprender, Ter, conviver e fazer), e o ministério da saúde organizou a educação para o nosso país, de uma forma a atender e integrar a comunidade no processo.

Ressaltou-se o fato de que conhecemos relativamente pouco sobre a diretriz de 2001, apesar da proximidade histórica.

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

O grupo entende que tenha sido um processo de construção coletiva, instâncias vinculadas ao Ministério da Educação/ Conselho Nacional da Educação, entidades de classe, universidades e sociedade. As discussões acrescentam que a vivência do processo não foi tão colaborativa quanto desejado.

O surgimento das DCN (2014) surge em meio a uma mudança política radical que visava uma correção de percurso do ensino superior/educação médica.

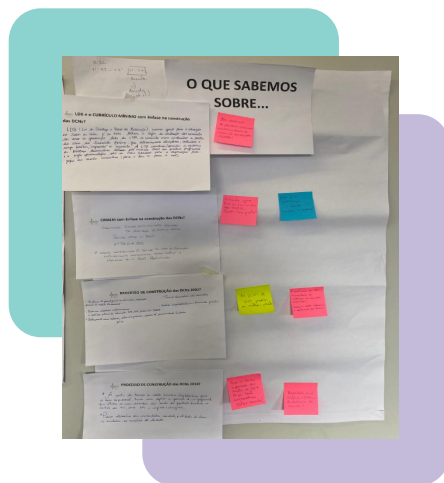
Transformações no espaço de formação, social, estruturas educacionais, políticas, Programa Mais Médicos, formação de profissionais para o fortalecimento do SUS, com ênfase na atenção primária à saúde e urgência e emergência.

Democratização do ensino: LDB. Currículo mínimo (grades/matrizes curriculares estanque, com base em conteúdo) vs. Currículo *core* (SUS+LDB+DCN norteiam uma arquitetura curricular aplicada aos contextos, para o desenvolvimento de competências nas áreas assistência à saúde, educação em saúde e gestão, visando alcançar um perfil do egresso).

- Transição:

- 2001: modelo biomédico Flexner, clínico-científico
- 2014: teoria ecossocial de Krieger, fatores psicossociais, ambientais, biológico.

Registro Fotográfico grupo Verde (manhã de 15/08)





ATIVIDADE 7 – SÍNTESE DE ALINHAMENTO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

Realizou-se uma apresentação para contextualizar sobre a origem da escola médica e o ensino médico, abordando aspectos históricos da construção do ensino médico no país, desde a LDB de 1961 até as DCN de 2014. Destacou o processo desenvolvido na CINAEM e as mudanças conceituais de ensino médico ao longo desse período, bem como o papel da ABEM nesse processo.

Os participantes da oficina destacaram que todos esses movimentos estão buscando melhorias, foram os pilares da educação do século XXI, princípios embutidos no nosso jeito de trabalhar e entender à luz do século XXI. Com a publicação das DCN 2014, evidencia-se que foi construída a partir das transformações no SUS, ampliação do foco na visão integral, centradas em três grandes áreas, ênfase na atenção primária, urgência e emergência, saúde coletiva. Não lembramos de ter participado ativamente na construção.

Após a apresentação e discussão, foi explicada a próxima atividade a ser realizada pelos grupos, novamente em duas salas com quatro mesas cada uma, para analisar as DCN 2014 com contribuições para sua revisão de forma ampla e participativa.



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

A atividade de Café Mundial adaptado foi realizada no período da tarde e os participantes da oficina foram distribuídos em duas salas em função do número de pessoas presentes (sala VERDE e sala AZUL) Na sala VERDE estiveram presentes as mesmas pessoas que trabalharam no turno da manhã e distribuídos em quatro grupos que trabalharam com uma questão orientadora para cada mesa para discutir as Diretrizes Curriculares de 2014. Para recomendações quanto:

O que tem e precisa ser mantido nas DCN 2014

O que tem e precisa ser aprimorado nas DCN 2014

O que tem e precisa sair das DCN 2014

O que não tem e precisa ser incluído das DCN 2014

SALA AZUL

Mesa 1: O que TEM e precisa ser MANTIDO

- Manter os 3 eixos: atenção, educação e gestão.
- Perfil do egresso como generalista – toda a sua descrição
- Fragilidade da formação docente nas IES
- Fragilidade de acesso a populações vulneráveis e negligenciadas
- Atenção individual e coletiva como fortaleza
- Cuidado centrado na pessoa e integralidade do cuidado
- Vagas de medicina ligadas as vagas de residência
- Manter valorização do internato da U/E e APS (30%)
- Manter valorização da saúde coletiva
- Valorização das questões culturais – populações vulneráveis
- Competência cultural
- Aplicabilidade do currículo em suas diferentes questões e definições
- TICs
- 35% do curso em forma de estágio, em dois anos – talvez aumentar para 40% da CH no internato, por ter maior possibilidade de diluição das horas.
- Atuação interdisciplinar e multiprofissional
- Humanização do cuidado

- Manter relação de vagas de egresso x vagas para residência em 1 para 1
- Transversalidade da saúde coletiva ao longo do currículo, especialmente no internato, interligado com áreas de clínica e cirurgia, pediatria e GO e etc.
- Valorização do aprender a aprender

Mesa 2: O que TEM e precisa SER APRIMORADO

- Aprimorar a interdisciplinaridade entre as partes (operacionalizar como implementar e viabilizar para que as diversas áreas da saúde de fato conversem).
- Aprimorar apontando a importância de um estágio em Atenção Primária de Saúde e não um estágio em Saúde Coletiva.
- Aprimorar maneiras de integrar as áreas através da extensão (seminários e causar a interação entre as áreas da saúde, através da extensão trabalhar melhor a interdisciplinaridade) incorporados ao currículo.
- Educação Popular de Saúde Transversal e de Extensão.
- Explicitar de maneira clara o Termo Gestão dentro a DNE de 2014> Gestão de saúde explícita para que se entenda de fato o que é gestão em saúde e não um conceito tão amplo.
- Estimular a autonomia, gestão pessoal, ensino e não só empreendedorismo médico
- Aprimorar a ideia de gestão do papel de liderança do médico (Artigo 6) o grupo relata que é claro a ideia de gestão contudo implementado de forma mais clara.
- Aprimorar a gestão não só a APS mas sim em reforçar a transversalidade em saúde entre os níveis de complexidade.
- Aprimorar de maneira mais clara, explícita a função do preceptor e atribuições do preceptor e sua relação com a instituição de ensino superior e o ensino/docente que está responsável para tal.

- Aprimorar o texto sobre populações vulneráveis para melhor competência de atendimento/atenção dessas pop. Vulneráveis.
- Aprimorar no texto a importância do emergencista e sua formação ser valorizada como preceptor; (formação e economicamente).
- Aprimorar o texto e ampliar o texto de tecnologia em medicina (como telemedicina / inteligência artificial).
- Aprimorar a explicitação de atividades práticas em cuidados paliativos (no aditivo de 2022-2023) em que inserirem o termo dos cuidados paliativos na formação e corpo de ensino das ementas médicas.
- Aprimorar a necessidade de medicina baseada em evidência e leitura crítica e pesquisa.
- Aprimorar o texto sobre o médico como educador e promotor de saúde
- Explicitar a função e capacitação para a preceptoria para que no texto mostre suas funções e eles terem uma formação adequada
- Aprimorar o texto sobre como ajudar na formação de pessoas com deficiências e também a integração dos coletivos na universidade e ela estar integrada à universidade.

Mesa 3: O que TEM e precisa ser RETIRADO

O grupo revisou as DCN 2014 e concluiu que não tiraria nada das atuais diretrizes, mas sim adicionaria, alteraria e complementaria o que já está elaborado. Seria retirado algumas partes específicas de algum dos artigos ou algumas palavras que mudam por completo o sentido do que preconiza o artigo. Portanto, não conseguiram retirar nada 100%. Se tudo o que tiver nas diretrizes for cumprido já se tem um grande avanço na educação médica.

Não há concordância total entre os grupos quanto ao Art. 36: um grupo fala da retirada do artigo 36, que fala da avaliação específica do aluno a cada 2 anos pelo INEP, até porque não está

sendo posto em prática. Outro grupo afirma que não retiraria, mas aprimoraria. Um terceiro grupo fala sobre a inviabilidade prática disso no contexto atual, então retirariam.

- É necessário ter uma forma de avaliação específica do aluno contemplando o todo, inclusive as habilidades práticas.

Há uma certa divergência entre os grupos quanto ao Art 3o.: Um grupo faria retirada do artigo, que preconiza que o egresso tem capacidade de atuar nos diferentes níveis – especialidades, considerando que o curso de medicina não tem uma terminalidade, a educação é permanente. Outro grupo não retiraria, isso significa retirar o perfil do egresso. Um terceiro grupo fala sobre ser um artigo difícil de cumprir, mas que não pode ser retirado.

Os grupos também trouxeram para debate o artigo 37 que preconiza que os Programas de Residência Médica devem, anualmente, ofertar vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior. Abordam a necessidade de alterar o artigo, tornando-o mais prático, levando em consideração a demanda específica da população. Há uma ambiguidade entre o objetivo de formar médicos generalistas e, ao mesmo tempo, ofertar tantas vagas de especialidades.

Discussões na mesa fora do tema específico:

Necessidade de trazer as DCN para a vida do estudante, apresentar e torná-los mais próximos das DCN.

MESA 4: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO

- Questões de saúde ambiental e saúde planetária, e desastres ambientais.

- Abordagem de dificuldades com relação a avaliação de alunos quanto à postura médica e outras habilidades que são consideradas de avaliação subjetiva - Profissionalismo é um tema pouco tratado. Redes sociais podem ser incluídas também na postura médica e profissionalismo.

- Ficar mais explícita a necessidade de avaliações das atividades práticas e exigência de carga horária.
- Constar que é possível a avaliação através de simulações, mas que não é substitutivo da prática - melhor articulação entre simulação e prática.
- Constar mais sobre preceptorias bem formadas, não necessariamente dos docentes da escola.
- Formação articulada com os profissionais do SUS para que se sintam parte da formação dos médicos.
- Fortalecer as ações interdisciplinares na atenção primária, e melhor articulação de atenção primária e especializada.
- Constar recomendações sobre tecnologias de telemedicina e inteligência artificial.
- Incluir mais gestão de carreira, incluindo a prática privada, e questões trabalhistas sobre a prática médica.
- Melhor conhecimento sobre legislação médica e documentos médicos.
- Medicina do trabalho.
- Ênfase na medicina baseada em evidências como paradigma da prática médica.
- Treinamento dos avaliadores para feedbacks de habilidades consideradas subjetivas.
- Equidades de gênero, raça, classe, situações de vulnerabilidade / populações específicas, interculturalidade.
- Prestação de contas - egressos da faculdade - onde estão?
- Limitar o teto de horas em simulação.

SALA VERDE

MESA 01: O que TEM e precisa SER MANTIDO

- Importante manter o foco na questão de grandes áreas, necessitam de formação constante (Cirurgia, saúde coletiva, GO, pediatria, clínica médica) → foco dentro da formação, tanto no internato quanto nos ciclos básico e clínico.
- Atenção para urgência e emergência, saúde primária/família e grandes áreas → grandes situações do SUS.
- Atenção à saúde integral, gestão em saúde e educação em saúde → eixos formadores, devem ser mantidos, ainda que esclarecidos. Mantemos no mesmo eixo? Devemos revisá-los?
- Art 4º → habilidades e articulação, o foco nos três eixos → deve ser mantido como atenção geral, mas devem ser revisados.
- Cuidado centrado na pessoa.
- Gestão, valorização à vida, tomada de decisões.
- DCN confusa na operacionalização.
- Cap 2 → competência da prática médica.
 - Como? Como organizar? Como trazer para a realidade? Competências muito abrangentes, quando necessita-se de gestão em todos os níveis de saúde, temos situações em que o aluno tem contato com determinados assuntos apenas no ciclo clínico, quando já deveria estar no primeiro.
 - Construção de conhecimento em arco?
- Estruturação do internato.
 - Estágios, conteúdos fundamentais.
- Conteúdos curriculares e estruturação pedagógica.

- Mantemos alinhados? Enquanto visão geral da educação médica, temos alinhamento?
- Como trabalhar a ética? Como disciplina ou maneira transversal? Isso fragmenta o domínio do conteúdo curricular? Isso abrange a todos? As áreas devem ser separadas ou unidas?
- Mantemos: a interdisciplinaridade, a estrutura do internato (em 8 eixos), construção crítico social.
- Devemos manter a atenção à saúde mental, não entendida apenas no internato, mas como processo formativo integral no curso.
- Concordam com a mesa anterior, excluir as grandes áreas e grandes eixos seria um retrocesso.
- Internato.
 - Está em dissonância com o que está escrito anteriormente, mantém-se preso, a formação até o quarto ano é de uma forma, no internato há uma quebra do ciclo, não inova, as áreas não conversam, mantêm-se quebrados, sem união ou comunicação entre os conteúdos.
 - Tempo de carga horária está adequado? Separação das áreas e movimento do aluno deve manter-se assim?
 - Estrutura completa do internato não é abordada, “parece outro curso”.
 - Discorda-se do grupo anterior sobre a estrutura do internato ser mantida, de forma compartimentada.
- Vínculo com a comunidade, trazer as demandas e necessidades de fora para dentro do curso.
- Art 27: Respeito a diversidade étnico cultural racial.
- Possibilidade de fazer 25% da carga em outras universidades, possibilitando intercâmbio cultural e de conhecimento.

- Art 24, Parágrafo 10: Jornada de estudo do estudante, para estágio obrigatório de 12h por dia, 40h semanais. Manter o respeito ao que está na lei.
- Dia de folga (lei estadual no RS, não está na diretriz).
- Adicionar eixo de questões humanísticas, não só no contato com o paciente, mas em habilidades culturais e artísticas.
- Manter os 2 primeiros capítulos
- Sobre a carga horária do internato, manter a carga horária, não ser superior a 20% total por estágio.
- Interdisciplinaridade, conhecimento crítico social, respeito a diversidades.
- Manter o vínculo com o COAPS, art.24, obrigatoriedade do serviço de saúde com as instituições formadoras, municípios e instituições vinculados. Porém, regularizado, hoje tem-se confusão.
- Manter as cargas dos tres grandes eixos, mas cumprindo com horas mínimas de cada um deles. Atualmente, não necessita-se de horário mínimo em um dos eixos, e pode-se compensar em um dos outros. Art. 24, par. 3º: Questiona-se a maneira como a porcentagem de horas de cada área é dividida. “Pode ter uma semana de saúde mental e dois meses de urgência e emergência, que a DCN está cumprida.”
 - Carga horária mínima do internato total é 35% do curso, 30% de atenção básica e urgência e emergência. Pode ser 1% de um e 29% do outro.
- Manter o parágrafo 9 do art 24. Limita a quantidade de alunos que pode fazer internato fora da instituição.
- Devemos manter a segmentação dos três grandes eixos? Saúde mental, urgência e emergência e atenção primária devem ser integralizadas, longitudinal. Hoje estão segmentadas, mas são interligadas.

- Cuidados paliativos? Não está discriminado na DCN atual.
- Estrutura do internato: questiona-se a carga teórica, que se sobrepõe ao estágio prático. Como é feito esse período teórico? Rounds? Aula teórica como nos ciclos básico e clínico? Regularizar ou deixar que cada área do internato escolha, dentro da sua própria IES.
- Manter e aprimorar a abordagem do controle social dentro do currículo, participação de movimentos sociais, controle social, legislação. Aprimorar, no Cap II, Subseção I → individualização e visão abrangente do paciente.
- Saúde coletiva em evidência. Deve estar presente em todas as saúde se eixos, é indissociável das grandes áreas e deve ser discutida em tudo.
- A Saúde Coletiva é quem permeia tudo.
 - Não é só na ESF, em todas as áreas de estágio ela já está presente e deve ser destacado.

Conclui-se:

- Mantemos: os eixos formadores (Atenção à saúde, Gestão em saúde e Educação em saúde), as grandes áreas (cirurgia, saúde coletiva, GO, pediatria, clínica médica) + saúde mental + atenção primária + medicina de urgência e emergência, o vínculo com o município e com a população de acordo com suas necessidades, a atenção à diversidade, o intercâmbio cultural e de ensino, jornada máxima de estágio de até 12h por dia, limitação de alunos que podem fazer estágios fora da sua IES.
- O que deve ser mantido, também deve ser aprimorado. Nada é absoluto, e tudo pode ser repensado.

MESA 2: O que TEM e precisa SER APRIMORADO

- Não está tratando a individualidade e particularidade de cada doença crônica em populações específicas como negra, indígena e transexual. Além de abordar conduta empática com

escuta ativa, acolhimento e confiança entre relação médico e paciente.

- Deve-se detalhar a abordagem adequada sobre questões de gênero, raça, saúde prisional, saúde planetária e consultório de rua.

- Definir ações chaves de maneira menos tecnicista e mais focado no usuário (humanizada).

- Os três eixos (atenção, gestão e educação em saúde) precisam ser abordados de forma completa (incluindo os subtipos) e depois passar ao próximo eixo, para leitura ser mais fluida facilitando a interpretação e excluindo a repetição.

- No capítulo II (dos conteúdos curriculares) poderão ser mais divididos em subseção (incluindo internato).

- A avaliação está pouco definida devendo ser aprimorada.

- Conceituar a avaliação e desenvolver sua forma, procedimentos, resultados esperados (competências, habilidades e atitudes), dando ênfase ao internato.

- Criar um capítulo e aprimorar a descrição do internato, aproximando das diretrizes dos primeiros quatro anos.

- A seção III da Educação da Saúde, aborda educação continuada e permanente, mas fica confusa com educação em saúde (com foco no paciente e sua família).

- Conceituar sobre “aprender” na DCNs. Pois, o aluno é cobrado sobre aprender, mas não compreende bem sobre o que significaria essa palavra na prática.

- Descrição detalhada das competências em línguas estrangeiras, dizendo o que o aluno precisa fazer com a língua estrangeira.

- Especificar e melhorar as Tecnologias de Informática e Comunicação (TICs).

- No artigo 24 sobre COAPES deve-se assegurar e garantir as parcerias entre as instituições de ensino (IES) e as Secretaria Municipal de Saúde.

MESA 03: O que TEM e precisa SER RETIRADO

A diretriz de 2014 é estruturada em: ATENÇÃO EM SAÚDE, GESTÃO EM SAÚDE e EDUCAÇÃO EM SAÚDE, o que define uma compartimentalização em três níveis, sugestão de uma estrutura mais global, mais integral. Há ários itens semelhantes em cada categorização, é possível que seja estruturado de uma forma mais contínua.

Documento muito extenso, sugere-se um documento mais objetivo, simples e direto. Retirar itens redundantes.

Buscar uma integralidade das competências.

Artigo 37 os “programas de Residência médica – vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior”

Retirar resoluções que versam sobre a residência médica, pois entende-se que não é adequado dentro das diretrizes da graduação.

Ressalta-se que é necessário reduzir a parte de gestão em saúde, pois hoje há o mesmo peso para gestão e atenção em saúde. Porém atenção à saúde engloba gestão e educação, esses itens deveriam ser integrados à atenção.

Ressaltou-se que é importante que não haja uma terminalidade da formação médica com a graduação, talvez uma indicação ao final do documento das considerações finais mencionando a necessidade de continuidade da formação após a graduação.

Retirar o item 1 do artigo 36. Sugerimos retirar das DCN que as avaliações da graduação farão parte das notas para ingresso em residência médica.

Sugere-se separar graduação de residência médica. As DCN se ocupam exclusivamente de versar sobre a graduação apenas.

MESA 04: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO

Perfil do docente – Educação permanente desejável;

Nortear/definir metodologias ativas para ensino e avaliação;

Curricularização da extensão, alinhadas com a Resolução N° 7 de 18 de dezembro de 2018;

Preocupação com problemas globais emergentes da humanidade;

Estágio curricular obrigatório em área optativa – visando flexibilização, autonomia, suprir lacunas identificadas na formação.

Cuidados paliativos – incorporando a Resolução de 2023;

Avaliação programática;

Previsão de avaliação externa do educando, i.e. Teste de Progresso;

Inserção do aluno desde as séries iniciais na rede intersetorial, não exclusivamente no serviço de saúde;

Matriciamento;

Saúde digital (Telemedicina/tecnologias para a educação e assistência; profissionalismo em redes sociais, mídias sociais, normas de uso; TDICS, LGPD, Inteligência artificial)

Simulação/Segurança do paciente;

Revisão das DCN previstas em janelas de tempo menor;

Documento orientador tipo plano de execução/implementação por etapas;

Formação humanística – maior ênfase na integração;

Eixo condutor/ordenador de formação na atenção primária;

Perfil parcial de competência por ciclos;

Trabalho de conclusão obrigatório.

ATIVIDADE 9 - PLENÁRIA PARA ELABORAÇÃO DA SÍNTESE

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

Aspectos que precisam ser mantidos:

Manter o perfil do egresso.

Atenção individual e coletiva.

Contribuição da mesa da sala verde.

Não quis manter os 30% de cada três áreas.

Papel da saúde coletiva em todas as três áreas (gravação 16:08h).

Jornada de estágio com carga horária máxima de 12 horas.

Limitação de alunos que fazem estágio fora da instituição.

A plenária fez ainda contribuições na apresentação:

Integração ensino-serviço (COAPS “letra morta” tem a lei mas nem sempre funciona)

Na DCN 2014, artigo 34, onde diz que a escola tem responsabilidade no desenvolvimento docente / professor e preceptor, o médico assume o papel de preceptor sem formação para ensinar (sem preparo para dar uma devolutiva). Defesa de algo que se acredita como diferencial nas DCN 2014.

Deveria haver remuneração do preceptor para que ele tenha interesse em atuar como preceptor. Precisa de capacitação e remuneração. Não apenas em forma de Bolsa

É preciso criar mecanismos para colocar em prática (criar fomento para remuneração nas escolas públicas).

Um tema discutido na sociedade de infectologia tem sido

a centralidade da figura do preceptor e a necessidade de valorização e formação.

Como política de Estado para Internato para escolas públicas que não tem escola médica (como está conseguindo fidelizar na atenção básica), relato da experiência na cidade de Passo fundo

Há o relato ainda da experiência com atuação com preceptores. Escolas privadas tem parceria com as instituições e não sabe se repassa os valores para os preceptores;

Aspectos que precisam ser aprimorados nas DCN 2014:

Estrutura de apresentar os setores de gestão, educação, atenção à saúde (3 áreas) precisa ser aprimorado, organizado cada seção de maneira completa. (Imprescindível)

Conceitos novos referente a equidade, descrever cada vez que aparece

Internato tratado de maneira diluída nas orientações gerais e precisa ser aprimorado pelo peso que tem. Descrição do que é aprender a aprender

Educação permanente com interação com a comunidade

Interprofissionalidade e práticas interprofissionais.

Figura do MFC nos estágios de formação

Processo pedagógico na educação popular em saúde (médico como promotor em saúde)

Transversalidade no eixo da gestão em saúde e nas questões da humanização

Explicitar atribuições e funções da preceptoria e relação com instituição de ensino

Aprimorar textos sobre populações vulneráveis

Valorização da leitura crítica e medicina baseada em evidências

Contribuições plenária

Incluir a temática dos paliativos nas DCN de maneira mais formal

Assistência: cenário de práticas são escassos/ universidade articular teoria e prática em todos os níveis

Sorteio

Aspectos que precisam ser incluídos:

Questão ambiental e mudanças climáticas e saúde planetária.

Carga horária em prática com o paciente e organizar o uso de simuladores.

Uso de simuladores não substituir as práticas com os pacientes (limitar o teto da carga horária em simulação).

Aumentar o internato em 1 ano (não houve consenso entre os grupos que passaram na mesa).

Tecnologia, telemedicina e IA.

Melhorar aspectos relativos à preceptoria (capacitação, permanência, qualificação), como imprescindível.

Profissionalismo no uso de redes sociais, aspectos éticos, perfil humanista.

Conhecimento sobre legislação e documentos médicos.

Questão de equidade de gênero, raça classe.

Gestão de crise.

Auto cuidado e saúde mental.

O perfil do docente .

Nortear as metodologias ativas.

Curricularização da extensão.

Cuidados paliativos.

Avaliação programática.

Formação em gestão.

Telemedicina/novas tecnologias/simulação realísticas com IA nas DCN.

Saúde digital como educação obrigatória.

Educação humanística.

Perfil parcial por eixo de aprendizado (ou por ano, ou por ciclo formador).

Contribuições plenária:

Discussão sobre as competências de alunos com necessidades especiais .

Na política de inclusão.

Conteúdos de saúde coletiva às vezes não aparecem. Colocar de forma transversal ao longo do curso e no internato (experiência do internato da UFRJ). Perspectiva da transversalidade da saúde coletiva parece ser interessante.

Oscarina: faz referência a um glossário ao invés de acrescentar muita coisa nas DCN.

Difícil avaliar os temas que vão além de uma disciplina e deve ser apontado nas diretrizes como conteúdos transversais ao longo do curso.

Valdes: o que as escolas fazem sobre a construção da habilidade de ser reflexivo/ajudar a pensar/dar devolutiva. Diretriz como motor para a formação e na vida profissional (o que é ser médico?).

Sugestão de mudança: Os três eixos principais nas DCN, sugestão do quarto eixo para desenvolvimento das humanidades.

Os estudantes esquecem porque escolheram a medicina.

Oscarina (trazer as humanidades no desenvolvimento de competências).

Valdes: se colocar em disciplina, os alunos não gostam/ o ideal

é que apareça de forma transversal/ espaço de reflexão a partir das vivências, abrir espaço para isso.

Educação permanente desejável.

Nortear/definir metodologias ativas para ensino e avaliação.

Curricularização da extensão, alinhadas com a Resolução N° 7 de 18 de dezembro de 2018.

Preocupação com problemas globais emergentes da humanidade.

Estágio curricular obrigatório em área optativa – visando flexibilização, autonomia, suprir lacunas identificadas na formação.

ATIVIDADE 10 - AVALIAÇÃO

Ao final da atividade, a coordenação fez uma reflexão sobre o debate realizado pela plenária e em seguida utilizou a ferramenta Mentimeter para avaliar o dia de trabalho, buscando entender como nos sentimos e trazer a percepção dos participantes através da construção de uma nuvem de palavras. Em seguida foi feito o encerramento e orientações para o segundo dia de oficina.

DIA 2 – 16/08/2024

Início com a abertura das atividades, convidando para olhar o dia de ontem representado pelas nuvens de palavras construídas no início e ao final do dia. Contextualizou-se as percepções a partir das palavras trazidas na nuvem do início e do final do dia, com destaque para as palavras: COLABORAÇÃO, EXPERIÊNCIA E VONTADE na chegada e REFLEXIVO, MOTIVADO E OUVIDO ao final do dia, valorizando o envolvimento de cada participante com seu olhar e compromisso. Trouxe os objetivos do segundo dia da oficina.

ATIVIDADE 1 – “BRIEFING” SOBRE PRINCÍPIOS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS EDUCACIONAIS

Início com a apresentação do objetivo da oficina no segundo dia, refletir e discutir sobre, e explicitar critérios e indicadores de qualidade relevantes para a regulação das escolas médicas no Brasil e feita a introdução do tema do dia, pensar diretrizes e implementação delas dentro das escolas e checar se o que estamos fazendo está dentro do esperado, além de pensar indicadores de qualidade e critérios para parametrizar. Destacou-se a importância de, em primeiro lugar, fazer uma auto avaliação, antes de receber uma avaliação por um olhar externo. Avaliação do estudante deveria ser uma avaliação baseada em competências e ressaltou-se a importância de um olhar externo na avaliação de programas educacionais. Deve-se perceber que a diretriz sozinha não dá conta, é preciso definir alguns critérios de qualidade. Cita-se como exemplo o modelo de Kirkpatrick (pirâmide com os níveis de avaliação). Necessário também qualificar a documentação, como, por exemplo, os planos de ensino que não informam as atividades a serem implementadas, sendo necessário detalhar melhor e enriquecer as informações nos documentos.

Destaque ainda para outros aspectos e sua contribuição para o ensino médico: SIANES, autoavaliação, critérios de avaliação locais, nacionais e internacionais,

Contribuições da plenária

Destaque para a estratégia da ABEM – CAEM ferramenta de auto avaliação do curso;

Reforço à fala sobre o tema abordado (PDI, PPC e Plano de ensino): primeiro avaliar cada item antes de pensar em mudar.

Quando avaliar o estudante, é bom usar o método que pede a opinião (que bom, que tal, que pena, usando a nuvem e vendo muita coisa boa ao se dar oportunidade).

Ao final das discussões, foram apresentadas as instruções para a atividade seguinte, dividindo os participantes em duas salas, conforme divisão do dia anterior (sala azul e sala verde).

ATIVIDADE 2 – CAFÉ MUNDIAL – CRITÉRIOS DE QUALIDADE

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

Tendo as DCNs como referência, quais são os CRITÉRIOS e INDICADORES da qualidade da escola médica em relação a:

- Responsabilidade Social
- Cenários de prática/Integração ensino serviço
- Cuidados com o discente
- Internato
- Infraestrutura
- Projeto Pedagógico
- Corpo de educadores: docentes e preceptores
- Avaliação do estudante

SALA AZUL

MESA 1 - INFRAESTRUTURA

INFRAESTRUTURA PARA ATIVIDADES TEÓRICAS

1. Número e capacidade proporcionais ao número de alunos
2. Salas de aula adaptadas para alunos com necessidades especiais e trabalhos e pequenos grupos e adaptadas para metodologias de aula
3. Estrutura das salas (tomadas, ar-condicionado, wi-fi, recursos audiovisuais e quadros, conforto sonoro)
4. Espaço de convivência para alunos e professores (ambiência), DA
5. Acesso a softwares para facilitação de ensino, pesquisa e extensão

BIBLIOTECA

- 1) Acervo físico e digital (periódicos, bases de dados...
- 2) Acesso à impressão (cotas para professores e docentes)

INFRAESTRUTURA PARA ATIVIDADES PRÁTICAS

1. Laboratórios de anatomia, histologia, patologia (materiais e estruturas como ar condicionado e recursos audiovisuais)
2. Presença de laboratório de simulação, habilidades, gamificação, inovação
3. Equipamentos específicos para as necessidades de adaptações (cadeiras com adaptação de alunos, adaptadores, abafadores de som, estetoscópio adaptados e cadeiras de obeso, braile para deficiência visual)

INFRAESTRUTURA GERAL

1. Acessibilidade (rampas, elevadores, banheiros adaptados)
2. Apoio de logística/transporte para deslocamento entre as unidades de ensino
3. Salas e espaços para extracurriculares (atividades esportivas, culturais) Espaços que fomentem cultura
4. Espaços verdes, para aulas ao ar livre
5. Expressões culturais da diversidade
6. Infraestrutura virtual, recursos tecnológicos que possibilitem bom espaço de ensino-aprendizagem. (ex: e-aula, moodle, classroom)
7. Restaurante universitário, bebedouro, torneira quente, refeitório, vestiário, armário, bicicletário

MESA 2 - PROJETO PEDAGÓGICO

-Ter clareza nos temas transversais e longitudinais do projeto pedagógico para serem identificados.

- Identificar no plano de ensino a presença de ensino longitudinal como bioética, saúde coletiva, medicina baseada em evidências, cuidados paliativos, espiritualidade, habilidades de comunicação e se de fato estão dentro do projeto pedagógico.
- Ter certeza do atendimento interdisciplinar como critério essencial.
- Projeto pedagógico de acordo com as DCNs e regulamento da graduação da IES.
- Os PPCs devem especificar o que é feito e o que planeja implementar de acordo com as necessidades locais e disciplinas que abrangem necessidades locais (como o exemplo da Medicina de Áreas Tropicais no Norte que não se aplica de forma coerente no Sul do País).
- Política de promoção de formação e desenvolvimento do docente/área pedagógica para que haja aprendizado contínuo.
- Objetivo do curso e perfil do egresso e matriz curricular que a IES quer e tem em consonância com as DCNs.
- Importante ter critérios que identificam a parceria com unidades de atendimento que se tornam conveniadas e tenha uma boa articulação do curso com a rede de atenção em saúde disponibilizando cenários compatíveis com a necessidade de ambos os lados (PPCs).
- Carga horária que contemple as áreas de saber médico e transdisciplinar.
- Metodologias de ensino múltiplas que contemplem a aprendizagem de competências (conhecimento, habilidade, atitude).
- Identificar as formas que o curso se auto avalia e os estudantes.
- Contemplar questões referentes à acessibilidade, adaptações pedagógicas metodológicas.
- Estar previsto no projeto como ocorrerá a avaliação de docentes e preceptores.
- Incluir processos de avaliação da satisfação, progresso, entrada em residência de egressos.

- Inserção das atividades de extensão dentro do projeto pedagógico

MESA 3 - CORPO DOCENTE e PRECEPTORES

- Documentos atuais de avaliação não são direcionados aos preceptores, o que atrapalha o processo de avaliação.
- Ter um critério de percentual de preceptores médicos.
- Necessidade de um método avaliativo específico e contínuo para os preceptores, em razão de suas diferenças em relação ao corpo docente.
- Ter um percentual de preceptores na universidade os quais concluíram algum curso específico para a realização de tal cargo. O grupo enfatizou a necessidade de supervisionar/acompanhar continuamente os preceptores para os adequar aos critérios de avaliação.
- Análise da vinculação e a valorização (seja ela financeira ou por meio de benefícios) do preceptor.
- Ter outros profissionais, além de médicos, atuando como preceptores para ampliar a visão do aluno sobre a cadeia interprofissional da saúde, em todos os cenários e níveis de saúde.
- Programa de avaliação com critérios específicos e autoavaliação do professor.
- Sistema de devolução das avaliações dos discentes em relação ao corpo docente.
- Sistema de estímulo à participação dos discentes nas avaliações do corpo docente.
- Critério em relação a utilização de diversas metodologias para o ensino do conteúdo.
- Relatório de formalização do que foi aplicado e conquistado ao longo do processo de aprendizado.
- Ter uma porcentagem de docentes com titulação adequada (mestrado, doutorado e pós-graduação).

- Número de professores com dedicação exclusiva (um grupo discordou, por poder tornar o profissional obsoleto. Sugeriram a alteração da palavra “exclusiva” por “integral”).
- Regulamentação do vínculo profissional.
- Análise do número de alunos por docente.
- Existência de planos de carreira para preceptores e docentes.
- Análise do ritmo da progressão funcional.
- Estabelecimento de papéis e funções claras para preceptor, professor, mentor e tutor.

MESA 4 – AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE

Saber ser: Atitudes (Profissionalismo, Ética)

Saber como: Conhecimento.

Saber demonstrar: Habilidades

Auto avaliação do estudante.

Avaliação em pares e por tutores.

Teste do progresso com avaliação externa e progressiva.

Repensar notas e conceitos.

Estrutura de avaliação deve estar presente ao longo de todo o curso.

Utilização de diversos métodos avaliativos.

Feedback contínuo, simulação realística, OSCE, avaliação diagnóstica.

Instituir uma avaliação atitudinal com enfoque nas humanidades em todas as disciplinas do curso.

Formativa coletiva e individual.



SALA VERDE

MESA 01 - RESPONSABILIDADE SOCIAL

- Avaliar a qualidade do PPC, contemplando projeto pedagógico baseado no perfil epidemiológico da região → avalia se está adequado para a comunidade em que está inserido.
- Estar na comunidade!!!!
- Projeto pedagógico construído baseado nas necessidades e características do perfil epidemiológico, sociodemográfico, climático e cultural da região em que está inserido
 - Avaliar a qualidade dos projetos de extensão respondem as demandas da comunidade inserida, não do docente ou da IES

- Ensino, pesquisa e extensão → devem estar adequados com responsabilidade da região
- Apoio ao estudante → serviços de apoio, saúde do estudante, saúde mental
- Fixação do aluno → existência de programas de fixação, qualidade e equidade de acesso e permanência
 - Número de bolsas, ações afirmativas, etc.
 - Tem qualidade? O aluno bolsista permanece? Há taxa de evasão (de bolsistas e não bolsistas)?
- Promoção da equidade → interdisciplinaridade, pedagógica, econômica, social, psicológica
- Promoção de ações de saúde e integração, clubes de serviço, integração com a rede de atenção a saúde de município já existente, promovendo educação permanente para o município/região de saúde
- Integração no conselho municipal de saúde
 - Definição de políticas de atenção a saúde, interligado com conselhos municipais de saúde
 - IES integrada com a saúde independente da política e da gestão municipal vigente, com participação na formulação de políticas públicas de saúde
- Extensão popular
 - A extensão deve ser produto da demanda comunitária, não da necessidade de atender o currículo institucional
 - Levar para a comunidade os resultados, feedback da universidade com o que foi feito, e recepção do *feedback* do que a comunidade entendeu como efetivo
- Avaliação dos impactos das ações da IES dentro da comunidade, a necessidade da comunidade e o que é proposto pela universidade devem ser integrados.

- Avaliar qual a necessidade do coletivo em que será proposta a ação, fazer um diagnóstico das demandas reais da comunidade, e a partir disso elaborar projetos de extensão.
- Avaliar se as ações que foram realizadas pela universidade tiveram impacto real e necessário na comunidade que recebeu.
- Modificar o currículo de acordo com o feedback recebido da comunidade, adequado às necessidades trazidas por eles.
- Educação para o exercício do controle social.
 - Engajamento e fomento do amparo para o controle social e conselho municipal de saúde.
 - Incluir/introduzir o aluno no conhecimento, gestão, e exercício do controle social.
 - Auxílio da universidade na redistribuição de recursos, com utilização do conhecimento e integração contínua dentro das unidade de saúde, independente do eixo político.
 - Ensino teórico prático para o aluno no exercício e estímulo do controle social
 - Estudante como centro de apoio para a sobrevivência e manutenção do controle social.
- Parcerias com interessados.
 - Estabelecer parcerias dentro da comunidade com entidades artísticas, culturais e extra acadêmicas.
- Curricularização da extensão (10% da carga horária).
 - Projetos de extensão mantendo-se independentes da Curricularização, os projetos continuam na sua vigência, e a Curricularização integra como novidade.
 - Curricularização da extensão com gestão própria e atenta, com olhares para a comunidade.

- Acompanhamento e exposição de resultados.
- Estímulo de apresentação de TCE baseado nos problemas e soluções identificados na comunidade, com posterior apresentação para os gestores.
 - Devolutivas para a comunidade conforme o que é identificado pelos estudantes.
 - Orientações de criação de projetos voltados para a comunidade, no internato e fora, utilizando do conhecimento adquirido pelo estagiário que está dentro.
 - Devolutiva na escola, na UBS, na comunidade, no hospital, triagem.
 - Avaliação do estudante na assistência e educação dos pares.
 - Dar voz ao aluno dentro das vivências do estágio.
- Coletar e discutir indicadores e devolutivas da comunidade periodicamente.
 - Por comunidade, entende-se UBS, escola, hospital, SAMU, todos os locais em que a IES está inserida.
- Institucionalização dos projetos.
 - Programas continuados na comunidade, avaliação de mortalidade, vacinação.
 - Integração entre gestor do município e gestor da universidade.
- Participação no conselho municipal de saúde.
- PSE → utilização do aluno como agente de informação, inserção do acadêmico na PSE junto as ESF.
 - Aluno trabalhando juntamente com as Estratégias nas demandas, sendo efetivo.
 - Parceria entre aluno – Estratégia, extensão do núcleo da academia para a comunidade.

- Trazer o povo para dentro da universidade.
 - Realizar a inserção da comunidade independente do que é indicado pelo currículo no momento.
 - Extensão popular → a população como vetor das próprias necessidades, demandando à universidade, de forma não hierárquica.
 - Conhecimentos teóricos da universidade integrados com a necessidade do povo
- Extensão popular contínua.
 - Continuar a ação, permitir o crescimento da ação, sem que torne-se repetitivo, impedindo a mesma ação todo o semestre que visa apenas o aprendizado do aluno.
 - Ações de curto, médio e longo prazo.
 - Os estudantes dos novos semestres continuam a ação dos anteriores, sem hiper renovação da mesma.

Conclui-se:

É necessário, para qualidade da responsabilidade social, a parceria entre município e instituição, a integração nos conselhos municipais de saúde, a busca pelo feedback da comunidade, o olhar para as necessidades, a utilização do aluno como vetor de informação entre demanda e ação com a comunidade, utilização da extensão popular para inserção da comunidade, projetos criados a partir das necessidades da comunidade e em conjunto com ela, acesso e permanência de estudantes de origens e apresentações diversas, aluno na formulação de políticas de saúde do município, coleta e discussão de indicadores da comunidade vetorizado pelo aluno.

MESA 02 - CENÁRIOS DE PRÁTICA/ INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

1. **Infraestrutura física:** quantidade e qualidade de cenários de práticas (adequação estrutural e espaços em quantidade – equipamentos, salas, etc suficiente); distribuição adequada

de estudantes nos cenários (considerando medicina e outros cursos da IES e de outras IES); assegurar o transporte/deslocamento do estudante para os cenários de prática.

2. Infraestrutura humana adequada:

QUANTIDADE: número de profissionais; proporção preceptor/aluno, aluno/ nº leitos, aluno/ profissionais equipe; composição interprofissional da equipe/ preceptores.

QUALIDADE: preparo adequado dos professores/ preceptores (docentes) para o acompanhamento e avaliação do ensino-aprendizagem; sensibilizar e dar condições aos profissionais para adesão/ participação nas formações de desenvolvimento docente para o ensino em saúde.

3. Serviços prioritários que compõem os cenários: priorizar e garantir cenários sejam prioritariamente serviços “SUS”.

4. Garantia dos territórios: efetivar, avaliar – interna e externamente (“dar vida” aos termos e convênios, por ex. COAPES) os termos/ convênios de cooperação com os parceiros públicos e privados, com “NDE” interinstitucional e cultura de avaliação permanente

5. Tipos de cenários: simulação; real na “Rede de Atenção à saúde - RAS” contemplando todos os elementos constituintes da RAS – atenção, gestão e vigilância em saúde; outros cenários intersetoriais (na IES e nos parceiros – ex: SAMU, Bombeiros; escolas; CRAS;

6. Indicadores de saúde da população (morbidade e mortalidade): comparação entre territórios com ou sem integração ensino-serviço.

7. Satisfação da comunidade, profissionais, estudantes professores e parceiros (avaliação 360°).

8. Inserção dos estudantes no cenários de prática desde as séries iniciais.

9. Garantia e fiscalização dos investimentos financeiros aplicados nos cenários de práticas (plano de ação, aplicação e melhorias efetuadas/ resultados).

10. Planejamento pedagógico interprofissional da IES para atuação dos cenários de práticas, articulada/ integrada, respeitando a capacidade dos serviços (evitar a “super poluição de estudantes e integrar as ações).

MESA 3 - CUIDADO COM DISCENTE

Necessidade de existência, ampla divulgação, execução e devolutiva para todos os atores (discentes, docentes, técnicos, gestores...) sobre abordagem individual para cuidado, atenção e assistência aos estudantes via tutoria. Seja para suporte/ resolução neste programa, seja via encaminhamento para outro serviço. Essa abordagem pode ser desde o início do curso e cuidado longitudinal, com perpetuação ou não do seguimento de maneira compulsória ao longo do curso. Professores voluntários/designados para isso, capacitados para isso como plano institucionalizado – corresponsabilização da IES na introdução do discente na vida universitária e resolução de demandas. Tutoria como momento de avaliação periódica qualitativa dos discentes.

Levantaram-se diversos questionamentos: possibilidade de alunos (pares) como mentores/tutores? Deve ser de acordo com a demanda ou de forma contínua? Contínuo para identificação de pessoas em vulnerabilidade? Deveria ser obrigatório? Designar carga horária específica? Discriminar especificamente o que deve ser abordado nesses momentos? Suspensão dessas atividades no internato ou mudança do modelo de apoio? Mentoria/tutoria ligada à disciplina quando não há segregação clara entre Mentoria e tutoria na IES? Papel dos centros/ diretórios acadêmicos e atlética no cuidado entre pares? Necessidade de existência, ampla divulgação, execução, comprovação e devolutiva para todos os atores (discentes, docentes, técnicos, gestores...) sobre abordagem em atenção especial para discente em vulnerabilidade (ex.: PROUNI e FIES, indígenas e quilombolas). Espaço específico para Núcleo de Apoio de Inclusão e Diversidade? Possibilidade de programa específico para ações afirmativas e permanência estudantil com apoio nacional e local (ex.: apoio para translocamento, formação complementar (ex.: intercâmbios), eventual apoio financeiro.

Necessidade de existência, ampla divulgação, execução, comprovação e devolutiva para todos os atores (discentes, docentes, técnicos, gestores...) sobre apoio ao discente com vulnerabilidade psicossocial, incluindo atendimento pontual com profissionais especializados (Núcleo de Apoio ao Estudante/ Núcleo de Apoio Psicossocial) e direcionamento para tratamento regular (disponibilidade de psicólogos dentro do serviço e/ou profissionais a “valor social”. Apoio para situações cognitiva-comportamentais específicas (TEA, TDAH, alto desempenho). Plano de ensino e avaliação pedagógica individualizados. **Retorno sobre a resolução da demanda**, para os atores envolvidos. Esse serviço é necessariamente multiprofissional. Corresponsabilização discente e institucional.

- Até onde vai o papel da universidade?
- Indicador de evasão e repetência, especialmente dos alunos vulneráveis.
- Identificação e busca ativa desses casos e feedback entre os atores (momento dedicado de discussão entre os profissionais envolvidos para discutir os casos)
- Satisfação dos discentes para serviços supracitados.
- Auto percepção do discente que frequenta esses serviços.
- Avalia longitudinalidade.
- Um dado subjetivo para além da obtenção do currículo.
- Cuidado deve ser **longitudinal** (ex.: Cuidado com fim das mentorias/tutorias ou não ser apenas nos extremos do curso – início e final).

MESA 4 - INTERNATO

1. Existência de políticas educacionais que garantam a estrutura para funcionamento das atividades do internato com qualidade (COAPES, bolsa preceptoria, transporte, moradia).
2. Existência de um sistema de avaliação formal (regimentado e com instrumentos apropriados, padronização, clareza, acessível ao estudante de forma contínua).

3. Avaliação do estágio pelos discentes.
4. Avaliação de habilidades técnicas em procedimentos, no contexto assistencial e de simulação.
5. Avaliação de habilidades atitudinais (profissionalismo).
6. Avaliação do conhecimento aplicado.
7. Devolutivas (feedback) para aprendizagem qualificadas.
8. Cenários de ensino-aprendizagem em assistência, diversificados.
9. Garantia de estágio inserido no SUS.
10. Cenários de simulação que não substituam a assistência (carga-horária limitada);
11. Formação docente/preceptor.
12. Estágios em área optativa em instituições vinculadas ao ensino, em nível de graduação ou pós-graduação.
13. Convênios formalizados entre instituições (nacionais e internacionais).
14. Vivências em regime de plantão.
15. Acesso a hospital universitário ou de ensino com certificações (com qualidade: indicadores de saúde, de permanência, qualidade da assistência, segurança de pacientes, número de leitos por aluno).
16. Instrumentos com indicadores de qualidade definidos para assistência primária.
17. Instrumentos com indicadores de qualidade definidos para assistência ambulatorial.
18. Tempo mínimo estabelecido de estágio nas áreas de MFC, saúde mental e urgência e emergência.
19. Programas qualificados de mentoria / Formação de mentoria.

20. Diversificação de prática (populações rurais, privados de liberdade, ribeirinhos, LGBTQA+, indígenas).
21. Existência de atividades teóricas próprias para o internato e integradas com a residência médica.



ATIVIDADE 3 - PLENÁRIA COM DISCUSSÕES DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE

SALA AZUL

Mesa 1 - Docentes e preceptores

Capacitação continuada para docentes preceptores e que não sejam avaliados apenas ao final.

Vinculação e valorização no currículo desses profissionais/não sejam apenas médicos/formalização do que foi aplicado, com devolutivas.

Valorização da titulação.

Docentes com dedicação exclusiva vistos e valorizados.

Regulamentação do vínculo profissional.

Proporção aluno-preceptor.

Plano de carreira.

Contribuições na plenária

Formulário de avaliação envolve questões quantitativas, o que entender a partir de números? Percentual de médicos e outros profissionais. Como recomendar esse número ideal?

Ideia de profissionalismo. Pensar em algo mais subjetivo e não escolher um número.

O MEC já definiu os números no momento de abertura de cursos.

Citou-se o exemplo da Universidade de Toronto que exige que o profissional tenha formação para atuação na função de docente. Trazendo a importância de investir na formação.

Lembrar de onde se quer chegar e definir se precisa de outros profissionais para atuar de acordo com as competências a serem desenvolvidas.

Humanidades e definição de competências necessárias ao médico na sua atuação.

Reconhecimento acadêmico em termos de publicação como critério de avaliação.

Valorização do mérito acadêmico, para além das outras pesquisas.

Mesa 2 - Avaliação do estudante

Três saberes saber ser, saber como (provas práticas) e saber demonstrar, valorização da avaliação formativa, longitudinal ao longo do curso.

Estimular um processo reflexivo dos estudantes, com instrumentos homogêneos em todas as disciplinas (difícil homogeneizar instrumento para uso de professores).

Estabelecer critérios, semelhante às EPAs para avaliação de forma justa.

Auto avaliação e avaliação dos pares.

Feedback individual (desafio) após cada atividade prática e contínuo.

Ensinar o aluno a receber *feedback*.

Instrumentos combinados e processo longitudinal ao longo do curso.

Teste de progresso e avaliação e acompanhamento do egresso.

Avaliação de estudantes indígenas e quilombolas e estudantes com necessidades especiais.

Contribuições da plenária

Orientações do MEC sobre *feedback*, na parte que aborda preceptores, mostrando como sair da teoria e colocar em prática.

Editais de residência trazendo avaliação com nota.

Oscarina fala sobre a avaliação critério referenciada.

Tema muito intenso e complexo, grande desafio para a construção de instrumento adequado de avaliação (desconhecimento por parte de professores que não cuidam como devem).

Existem estratégias e literatura sobre o tema, o que falta é a busca do conhecimento por parte dos professores.

Tecnicamente os médicos buscam se atualizar, mas não existe preparação para ser professor. Muitas habilidades exigidas quando você não está diante de sua atividade principal.

Mesa 3 - Infraestrutura

Número e capacidade proporcional ao número de alunos.
Infraestrutura virtual, recursos tecnológicos.

Plenária

Espaço cultural desenvolvimento do espaço lúdico dos alunos.

Cita-se a situação do dimensionamento do número de leitos na região e os cenários de prática, sendo que o SUS é quem deve fazer tal dimensionamento. A escola médica não deve definir a demanda de cuidados, mas sim o sistema de saúde. A oferta deve ser adequada à população existente e não ao número de alunos. A escola não consulta o município no momento de aumentar o número de alunos, apenas na abertura.

Os alunos de escolas da região próxima também são direcionados para os espaços de prática, além de estudantes de outros cursos (disputa entre municípios).

Aponta-se que o MEC, na expansão de vagas, se atém ao número de alunos no internato. Existem unidades muito pequenas e sem condições de receber um número grande de alunos.

Mudar a lógica hospitalocêntrica.

Mesa 4 - Projeto pedagógico

Planos de ensino que contemplem temas longitudinais.

Formas que o curso avalia o curso, docentes, preceptores.

Avaliação da satisfação de egressos (empregabilidade).

Inclusão de atividades e projetos de extensão no projeto pedagógico.

Plenária

Para que serve o projeto pedagógico? As pessoas não conhecem. Precisa constar o momento em que o professor e o estudante entram em contato com o projeto pedagógico.

Por definição é um documento de produção coletiva, deve ser fruto de seminário com participação de professores, alunos e secretariado da instituição.

O projeto pedagógico deve ser público e deve ser construído com a participação também dos preceptores.

Precisa ter o tempo de maturação. Tem curso de medicina que cada semestre tem um projeto pedagógico diferente.

Percebe-se que, apesar das propostas e projetos, existe o currículo prescrito e o currículo realizados. Currículo oculto, experiências de múltiplas naturezas, boas ou não.

SALA VERDE

Mesa 1 - Cenários de prática

Infraestrutura física e de pessoal – instrumentos que avaliem / humana (avaliar profissionais que prestam preceptoria, critérios de educação continuada desses profissionais) atuação no SUS como prioridade/ avaliação da garantia de acesso aos territórios (incluindo COAPES).

Como avaliar de acordo o tipo de cenário de prática, fora do contexto de assistência médica.

Indicadores de saúde da população.

Grau de satisfação das pessoas atendidas.

Monitorar o quanto os alunos estão sendo inseridos no cenário de práticas desde o início da formação.

Fiscalização de repasse de investimentos para a territorialização do ensino nos cenários de prática.

Planejamento estrutural que integre atuação dos profissionais de saúde da rede e alunos (coordenação estrutural para entender a organização do trabalho e inserção dos alunos).

Contribuições da Plenária

Fragilidade do cenário de prática a cada troca de governo, toda uma repactuação e fragiliza o acesso às instituições e precisa de trabalho de convencimento da importância da atuação nesse serviço. Apesar do edital, acontece o município se recusar.

Falta de plano de carreira para o preceptor como reflexo da dificuldade falada anteriormente. Mudança de visão do que é o preceptor.

Precisa de portaria ministerial contemplando incentivos concretos para os municípios. Escolas privadas não enfrentam o mesmo problema porque possuem dinheiro.

Colocar na formação a conscientização que quando profissionais, serão preceptores. O papel do docente é conversar com os estudantes sobre essa necessidade.

Feita referência à conferência nacional de trabalho e educação em saúde, da ABEM que tratará o tema em dezembro. O SUS como ordenador da formação de profissionais de saúde.

Possibilidade de hospitais de ensino e estabelecimentos de ensino (MS), com repasse de recursos. Oficina nacional do COAPES está acontecendo em Brasília com proposta de capilarização por todo o país, com oficinas regionais de caravanas da saúde.

Sorteio

Mesa 2 - Responsabilidade social

Referência ao consenso sobre a redução no nível de controle social.

Extensão popular (proposta de estudante que estava no grupo) / verdadeira natureza da extensão.

Implementar ações e inovações em conjunto com a comunidade.

Ações de suporte aos estudantes para redução das taxas de evasão.

Plenária

Item extremamente importante ter a comunidade como solução de alguns problemas/ regras da Curricularização da extensão em 2022 levou a pensar em situações mais factíveis (programa saúde na escola em várias disciplinas da graduação) a temática vem da comunidade que levanta o problema e leva para a universidade.

Cita-se o exemplo de uma ação desenvolvida pelos estudantes da Universidade da Fronteira Sul com conversa com o líder da comunidade para levantar as necessidades e não levar ações incoerentes com as necessidades. Extensão popular para que os

estudantes visitem a comunidade e façam o acompanhamento e possam ver os resultados das ações implementadas.

Definição, contextualização do significado da extensão popular e diferenciação de atividade de uma disciplina. Identificar as premissas da extensão (ministério).

Acesso da comunidade à universidade, pertencer e fazer parte da universidade. A universidade deve refletir o povo que está nela.

Diferenciar a extensão de atividade de pesquisa da disciplina.

Extensão popular pode parecer redundante, mas isso ocorre em função da necessidade, com exemplos que justificam o que deve ser a essência da extensão.

Conceituar extensão, trazer o real sentido da extensão.

Há situações consideradas indevidamente como ações de extensão, gerando confusão. Avaliar sobre o cumprimento ou não.

Projetos ou programas nas universidades, de acordo com a demanda da população. Questiona-se quais são os grandes temas ao se falar sobre responsabilidade social, para além da extensão, combate ao racismo, violência, questões ambientais.

Ampliar o olhar para a responsabilidade social para pensar os demais temas

Retoma-se a pauta da extensão curricular no sentido da escolha de palavras e utilização de forma equivocada e criação de problemas. Papel do estudante e da instituição.

Mudanças ao longo dos anos com a necessidade de pensar a universidade que se tem. Pensar o que se quer ter no futuro na universidade.

A comunidade não está representada dentro da universidade e os projetos não são voltados para a necessidade da comunidade. Precisa diferenciar a educação médica e formação em saúde para a sociedade.

Não existe uma política que avalie os projetos, internamente não se constrói ferramenta de avaliação institucional sobre responsabilidade social. Ações intramuros e estudantes tentando sair das universidades para atuarem junto às comunidades.

Cita-se que há um documento internacional sobre a responsabilidade social da escola médica.

Cria-se um projeto com cara de extensão, sem fazer diagnóstico de saúde da comunidade para pensar na atuação da universidade.

Mesa 3 - Cuidado com o discente

Reflexão sobre o contexto histórico do Plátano Hipocrático (ensino peripatético na Grécia antiga), mostrando que sempre existiu a preocupação em cuidar do aluno.

Entrada do estudante: acolhimento na cerimônia do avental.

Programas de Mentoria trabalhado com docentes

Tutoria trabalhada com grupo de professores.

Núcleo de apoio aos estudantes com equipe multiprofissional.

Monitoria por pares de alunos/diretório acadêmico e atléticas.

Núcleo de integração e diversidade.

Programas com ações afirmativas.

Acompanhamento das ações propostas e instrumento de auto avaliação dos estudantes.

Indicador de efetividade: evasão e repetência de problemas.

Grau de satisfação do aluno.

Plenária

Por vezes não existe retorno dos encaminhamentos do núcleo de apoio. A parte pedagógica não consegue evoluir e devolve o aluno/ não faz o acompanhamento se o aluno realizou o que foi orientado e fica difícil medir a efetividade das ações.

Indicadores de resolução de problema que possa ser medido.

Evasão de alunos que estão sob cuidados/ ver o resultado do que está sendo feito.

Falta de infraestrutura adequada ao quantitativo de alunos, dificultando a atenção que se pode dar ao aluno identificado com problema.

Cita-se exemplo de situação de acompanhamento: é necessário haver protocolos, estruturas para acompanhamento e encaminhamentos. Cada escola deve sentar e discutir como se posicionar diante de cada situação que surgir.

Alimentação, moradia e transporte (deslocamento para espaços de prática) são políticas de cuidado com os estudantes.

É necessário pensar o projeto pedagógico em relação ao ambiente de aprendizagem. Processo de avaliação justo, espaços adequados.

Deve-se considerar a questão financeira, tanto nas escolas públicas quanto nas privadas. O currículo não permite que o estudante tenha emprego ou estágio remunerado.

Formação docente para evitar sofrimento do estudante.

Mesa 4 - Internato

Avaliação das habilidades técnicas e atitudinais, conhecimentos aplicados, ambientes de prática e disponibilidade de instrumentos de avaliação.

Garantia de cenários no SUS.

Avaliação das políticas educacionais.

Avaliação em cenários de simulação com carga horária definida.

Devolutiva do aluno avaliado.

Cenários com populações variadas.

Avaliação dos docentes pelos discentes com devolutivas para os docentes.

Mentoria com qualificação.

Contribuições da plenária

Simulação no internato apenas para coisas que o interno não tenha acesso.

Simulação como complementação e não substituição da prática com a situação real

Local de prática, perdendo espaço do SUS/ falta de orçamento/ necessário ter mobilização na busca de orçamento e espaços.

ATIVIDADE 4 – AVALIAÇÃO

Após conclusão das atividades da oficina foi realizada a avaliação pelo grupo mediada por Oscarina com a ferramenta *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?

ATIVIDADE DE ENCERRAMENTO

Realizado o encerramento das atividades, convidando-se os representantes da regional da ABEM, representante discente e SGTES. Apresentou-se as próximas etapas do projeto, a agenda e a realização das próximas rodadas de oficinas nacional e regionais ao longo dos próximos dois anos.

Destacou-se a importância de ampliar as discussões nas escolas de cada participante da oficina, no encontro que acontecerá em setembro, no 62º COBEM, em Belo Horizonte, que contará com a participação de 2.000 (duas mil) pessoas, para validar o texto final produzido nas 9 (nove) oficinas regionais.

Apresentou-se ainda a agenda proposta pelo CNE (Conselho Nacional de Educação), para discussão das DCN com a participação de especialistas e o empenho em contribuir com a discussão a partir dos produtos das oficinas regionais.

Agradeceu-se a participação de todos, com a concretização da certeza de que tem muita coisa boa para ouvir, discutir e compartilhar. Foi sugerido pela plenária que os produtos das oficinas virem um publicação em caderno da ABEM. Os demais integrantes da mesa agradeceram o convite e a honra de contribuir com a construção coletiva em torno de um tema de tamanha relevância no cenário nacional.

ELEMENTOS DE PERCEÇÃO DO RELATOR/ IMPRESSIONES

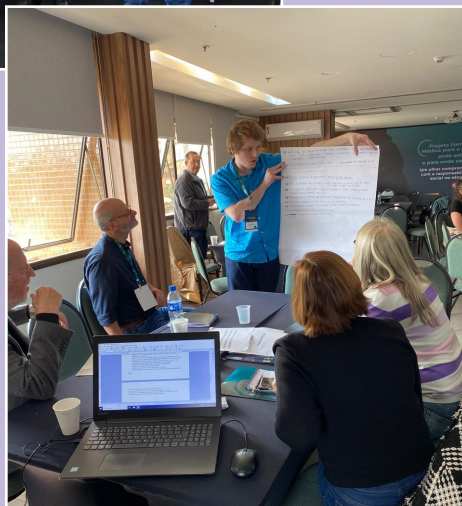
A Oficina ABEM na Regional SUL I, aconteceu em Porto Alegre, nos dias 15 e 16 de agosto de 2024, e contou com a participação de 57 (cinquenta e sete) pessoas, entre gestores, docentes e discentes de forma amplamente participativa.

Entre os temas trazidos pelos participantes estão as questões de saúde ambiental e saúde planetária, e desastres ambientais e estruturas das atividades relacionadas à curricularização da extensão (inclusive com diferentes entendimentos sobre quais as atividades que podem ser consideradas como extensão.

Em relação às atividades realizadas no primeiro dia de oficina, quanto às DCN, não houve consenso nos grupos sobre a retirada de alguns itens como artigo 3 que fala sobre o perfil de atuação do egresso nos diferentes níveis, sendo levado para plenária para discussão. Foi destacada a preocupação com a implementação de ações que protejam a saúde mental dos estudantes e uma atenção voltada à formação e qualificação contínuas dos professores. Foi sugerido uma ampla divulgação das DCN para que os estudantes tenham contato desde o início da formação.

Houve grande debate em sala e nas plenárias sobre o papel dos preceptores, sua formação e possível relação com a instituição de ensino, pensado desde a elaboração do projeto pedagógico, assim como em relação ao acesso aos cenários de práticas. Foi sugerido a inclusão de definição do perfil de docente do curso de medicina nas DCN e inclusão de tópico sobre saúde digital (Telemedicina/tecnologias para a educação e assistência; profissionalismo em redes sociais, mídias sociais, normas de uso; TDICS, LGPD, Inteligência artificial

REGISTROS FOTOGRÁFICOS







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

8ª Oficina Regional
Porto Alegre

Nome:	Categoria	Instituição
1. ALCINDO ANTÔNIO FERLA	DOCENTE	REDE UNIDA
2. ALEXANDRE PAULO MOCH S. TEIXEIRA	DOCENTE	UCPEL
3. ALISSON LISBOA	MS	MS
4. ANA CLARA SEVA	DISCENTE	UNIPAMPA-RS
5. ANA CLAUDIA G. FIORENZA DE OLIVEIRA	DISCENTE	UFN
6. ANA LAURA ANTUNES	DISCENTE	UPF
7. ANA LUPE MOTTA STUDZINSKI	DOCENTE	UNIPAMPA-RS
8. ANA PAULA AGOSTINI	GESTOR	UCS
9. ANDRÉ ANJOS DA SILVA	GESTOR	UFRGS
10. ANGELA REGINA MACIEL WEINMANN	DOCENTE	UFSM
11. ANTÔNIA NAOMI DE SOUZA SUGIURA	DISCENTE	UFCS-PA-RS
12. ATHANY GUTIERRES	DOCENTE	UFFS-RS
13. BIANKA BEATRIZ CRUZ DE MORAES	ABEM	ABEM
14. BRUNA CHAVES LOPES	GESTÃO	UFFS-RS
15. CACILDO GOULART DELABARY	COSEMS	COSEMS/RS
16. CAROLINA FOUCHY SCHONS	DISCENTE	COORD. DISCENTE
17. CAYO OTAVIO MORAES LOPES	GESTOR	UCPEL-RS
18. CRISTIAN PIGATO	DISCENTE	UCS
19. CRISTIANE BARELLI	DOCENTE	ABEM
20. CRISTINA KROEFF SCHMITZ GIBK	DOCENTE	UFRGS
21. CRISTINA ROLIM NEUMANN CNEUMANN	DOCENTE	ABEM
22. DANIELA TEIXEIRA BORGES	DOCENTE	UFFS-RS
23. DANILO BLANK	DOCENTE	UFRGS
24. DIEGO INÁCIO GOERGEN	DOCENTE	UNISC-RS
25. ELIANE KISS DE SOUZA	DOCENTE	FEEVALE
26. EVERTON JOSÉ FANTINEL	DOCENTE	UFSM-RS
27. FRANCISCO JORGE ARSEGO DE OLIVEIRA (UFRGS)		ABEM DIR. REGIONAL
28. GABRIEL OLERICH CECATTO	DISCENTE	U. F. DE SANTA MARIA
29. GIANA DIESEL SEBASTIANY	DOCENTE	UNISC-RS
30. GIULIA PIAMOLINI MARQUES	DISCENTE	UFRGS
31. IVAN CARLOS FERREIRA ANTONELLO	DOCENTE	ABEM
32. JACKSON MENEZES DE ARAÚJO	DISCENTE	UFSS-RS
33. JOÃO FELIPE PERES REZER	GESTOR	UNIPAMPA-RS
34. JOÃO PEDRO PAZ TAKEUCHI	GESTOR	UFCS-PA-RS
35. JULIA VALENTE	DISCENTE	PUC-RS
36. LARISSA RODRIGUES OLIVEIRA	DISCENTE	UCPEL-RS
37. LEANDRO TUZZIN	DOCENTE	ABEM
38. LENIRA FERREIRA RIBEIRO	PROJETO	ABEM
39. LERIS SALETE BONFANTI HAEFFNER	GESTOR	UFN
40. LETICIA OLIVEIRA DE MENEZES	DOCENTE	UCPEL-RS
41. LORENA GUEDES DA SILVA	DISCENTE	PUC-RS
42. LUCAS PRIMO DE CARVALHO ALVES	DOCENTE	U.V.DO RIO DOS SINOS
43. LUCIANA C. DE BARROS CEVENINI	DOCENTE	U. C. DE PELOTAS
44. LUCIANA DE SOUZA NUNES	DOCENTE	UNIPAMPA-RS
45. LUIZ ANTÔNIO BENVENEGNU	HOSPITAL	UNIJIU
46. MARCELO CAPILHEIRA	PROJETO	ABEM
47. MARCELO GUERRA	GESTOR	ULBRA-RS
48. MARGARETH RODRIGUES SALERNO	DOCENTE	PUC-RS
49. MARIA AURORA D. CHRESTANI CESAR	GESTOR	UFPEL
50. MARIA EUGÊNIA BRESOLIN PINTO	GESTOR	PUC-RS
51. MARIA HELENA ITAQUI LOPES	DOCENTE	PUC-RS
52. MARIA JOSÉ ZANELLA	GESTOR	PUC-RS
53. MARIA LUCIA DAL MAGRO	DOCENTE	UPF
54. MARIA NOEL MARZANO RODRIGUES	DOCENTE	UFPEL
55. MATHEUS DEBONA COMIN	DISCENTE	ABEM
56. NATASCHA KOKAY NEPOMUCENO	DISCENTE	ABEM
57. NATIELE DUTRA GOMES GULARTE	DISCENTE	UFSM-RS

Nome:	Categoria	Instituição
58. OSCARINA DA SILVA EZEQUIEL	PROJETO	ABEM
59. PÉRSIO RAMON STOBBE	GESTOR	UPF
60. RAISSA DE DEUS GENRO	ABEM	ABEM
61. REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL	DOCENTE	FURG
62. RICARDO SOUZA HEINZELMANN	DOCENTE	UFSM-RS
63. RILARY SILVA SOUSA	DISCENTE	UFFS-RS
64. RODRIGO CARDOSO	DOCENTE	UFCSPA-RS
65. ROZANE LANDSKRON GONÇALVES	ABEM	ABEM
66. SANDRO SCHREIBER DE OLIVEIRA (FURG/UCPEL)	ABEM	ABEM ABEM
67. TARSO PEREIRA TEIXEIRA	DOCENTE	FURG-RS
68. TIAGO MAAS	DOCENTE	UCPEL-RS
69. VALDES BOLLELA	PROJETO	ABEM
70. VALENTINA C. BALDOTO GAVA CHAKR	GESTOR	FURG-RS
71. GUILHERME LOPES NOLL	DISCENTE	UFRGS



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO