



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 II

3ª Oficina Regional - Curitiba
RELATORIA - PLENÁRIAS e
TRABALHO EM GRUPOS



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



Relatório Oficina Regional

SUL II

Projeto REVER

Formação Médica para o Brasil

3ª Oficina Regional - Curitiba

18 e 19 de julho de 2024

RELATORIA - PLENÁRIAS e TRABALHO EM GRUPOS
(Congrega as escolas do Paraná e Santa Catarina)



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.

49 p. : il.

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

Título para indexação:
Regional Workshop Report SUL II

Sumário

Objetivos	5
DIA 1 - 18/07/2024	
Atividade 1 - Mesa de Abertura.....	6
Atividade 2 - Apresentação do Projeto Formação Médica.....	7
Atividade 3 - Apresentação do Relatório da Oficina Nacional.....	7
Atividade 4 - Reconhecimento dos Participantes e apresentação da equipe pedagógica.....	8
Atividade 5 - Apresentação dos Objetivos da Oficina.....	8
Atividade 6 - Trabalho de Grupos.....	9
Atividade 7 - Síntese de Alinhamento do Processo de Construção Histórica.....	16
Atividade 8 - Trabalho em Grupo.....	17
Atividade 9 - Plenária para Elaboração da Síntese.....	23

Atividade 10 - Avaliação.....	25
---	----

DIA 2 – 19/07/2024

Atividade 1 - Princípios de Avaliação de Programas Educacionais.....	25
--	----

Atividade 2 - Café Mundial – Critérios de Qualidade.....	26
--	----

Atividade 3 - Plenária com Discussão dos Critérios de Qualidade.....	35
--	----

Atividade 4 - Avaliação.....	40
--	----

Atividade de Encerramento	60
--	----

Elementos De Percepção Do Relator / Impressões	41
---	----

Registros Fotográficos	42
-------------------------------------	----

Lista de nomes dos participantes da Oficina Regional SUL II 3ª Oficina Regional Curitiba	48
--	----

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 18 e 19/07/2024 e teve a participação de 52 (cinquenta e duas) pessoas entre docentes, discentes, gestores e representantes de entidades médicas.

Equipe pedagógica: Alessandra Ribeiro, Oscarina Ezequiel, Sylvia Helena Batista

Equipe Coordenadores: Lorene Louise Silva Pinto

Equipe de Relatoria: Maria Doralice de Sousa e Marcio Lemos

DIA 1 - 18/07/2024

ATIVIDADE 1 - MESA DE ABERTURA

Evelin Massae Ogatta Muraguch – ABEM Sul 2 (PR/SC)

Guilherme Ferlete Bonfim– Delegada discente ABEM Regional Sul 2

Emile Cordeiro – Representante da SGTES/MS

Alessandra Carla de Almeida Ribeiro – ABEM Nacional

Lorene Louise Silva Pinto - Coordenação do Projeto Formação Médica para o Brasil

A atividade inicial de composição da mesa de abertura contou com a participação de representantes das instituições acima relacionadas. A coordenadora da atividade iniciou com breves palavras de boas-vindas, agradecimento aos participantes e valorização do momento de construção coletiva do debate sobre a Educação Médica e das parcerias da ABEM com os Ministérios da Saúde e Ministério da Educação. A mesa de abertura não contou com a presença do representante do MEC por conflito

de agendas, mas a parceria foi reforçada pelos integrantes da mesa.

ATIVIDADE 2 - APRESENTAÇÃO DO PROJETO FORMAÇÃO MÉDICA

Apresentação do projeto Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social no século XXI, sua contextualização, objetivos, dimensionamento do número de profissionais médicos, com dados do estudo da demografia médica, desafios no ensino e no cuidado no século XXI, e os resultados esperados ao final do projeto. Foram descritos os grupos de trabalho para cada frente do projeto e sua estrutura de governança.

ATIVIDADE 3 - APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA OFICINA NACIONAL

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

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

ATIVIDADE 4 – RECONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES

A ferramenta *Mentimeter* foi utilizada para a apresentação e caracterização dos participantes, identificando nomes, estado de origem, pessoas que estavam na Oficina Nacional de lançamento do projeto, qual Regional ABEM de vinculação, se escola pública, privada ou entidade representativa da categoria, e se gestor, educador ou educando.

ATIVIDADE 5 – APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA

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

Objetivo geral da(s) atividade(s) do Dia 1:

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

Estratégias didáticas do Dia 1:

- O que sabemos sobre...
- World Café adaptado;
- Sistematização com flipchart;
- Apresentações dialogadas com PPT.

ATIVIDADE 6 – TRABALHO DE GRUPOS (Levantamento de conhecimentos prévios sobre o processo de construção histórica)

Estratégia didática:

O QUE SABEMOS SOBRE...

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

O QUE SABEMOS SOBRE...

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

Mesa 2: CINAEM com ênfase na construção das DCN;

Mesa 3: Processo de construção das DCN 2001;

Mesa 4: Processo de construção das DCN 2014;

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

SALA AZUL

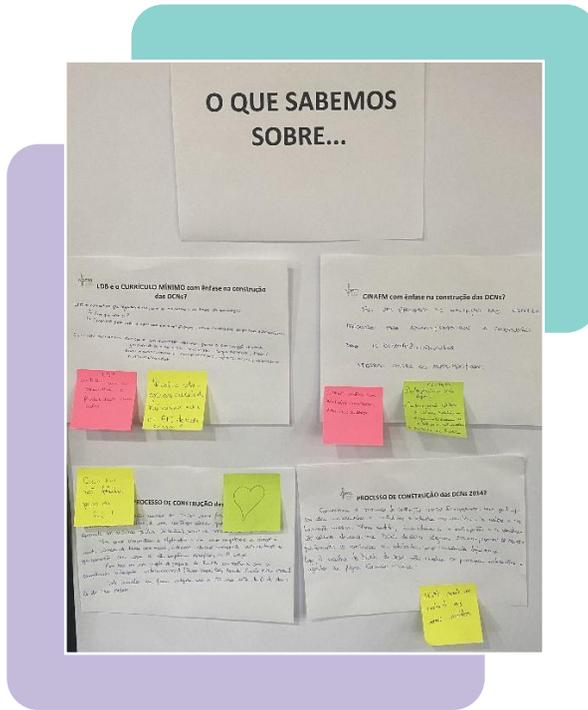
A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) é a normativa que regulamenta a nível nacional as bases da educação. Proposta pelo MEC e aprovada em nível federal como norteador da política educacional.

O currículo mínimo elenca os componentes essenciais para a composição de uma graduação de medicina dentre eles: carga horária, áreas/eixo de conhecimento, competências, infraestrutura e valorizar a multidisciplinaridade.

A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico foi um processo de avaliação das escolas médicas que ajudou/embasou a construção das diretrizes curriculares entre 1990 a 2000.

O processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Medicina de 2001 diz respeito à derivação das discussões da CINAEM, sendo finalizado no 38º COBEM, em Petrópolis/RJ. Foi resultado de uma estratégia coletiva protagonizada pela ABEM apreciada em audiência pública, sendo a primeira DCN com peso de lei. Tem como características a objetividade e tem como competências comuns a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, educação permanente, administração, gerenciamento e 22 competências específicas em 14 artigos. Vale ressaltar que foram redigidas após a promulgação da LDB, mas antes da Lei de Cotas e da Lei dos Mais Médicos.

O processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Medicina de 2014 foi, na perspectiva dos e das participantes, pouco transparente, sem participação das universidades e entidades envolvidas na assistência à saúde e na formação médica. Nesse sentido, desconsiderou-se a participação e a construção coletiva, deixando nas DCNs de 2014 algumas lacunas, como o aprofundamento da avaliação de estudantes, sendo considerada deficitária.



Diretrizes Curriculares Nacionais

2001 – Construção com maior participação

2014 – Construção com reduzida participação

Diferença entre a estrutura dos documentos

Determinação Social de Saúde

De matriz marxista teria sido “imposta” para a formação médica o que exigiria uma discussão ampliada dos termos utilizados nos textos.

Ampliação das escolas médicas no setor privado

Lei dos Mais Médicos

Arcabouço legal para avançar nas mudanças

Vagas de residência – proposta que ainda não foi concretizada

Opiniões e argumentos predominantes

- Pertinência do projeto

Divergências/discrepâncias e disputas

Pontos de atenção / incidentes críticos

SALA VERDE

A LDB é o conjunto de leis que regulamentam o ensino Nacional: a partir da LDB são instituídas as diretrizes para cada curso, levando em consideração habilidades, competências, atitudes, formando o perfil dos egressos. Tudo isso deve estar contemplado no currículo mínimo de cada curso.

CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) com ênfase na construção das DCNs – Representa a nucleação de várias entidades interessadas em educação médica

Historicidade

- Nascimento nos anos 90 -
- Debate central - Modelo Flexneriano X formação generalista
- Necessidade de rever o perfil do egresso
- *Contexto
- Questionamento sobre a construção do currículo médico
- Surgimento de debate sobre outras formas de ensino (metodologias ativas, ensino centrado no estudante)
- Necessária para a construção da DCNs de 2001 - Origem do debate

- Surgimento de conflito entre as instituições nesse debate
- Surgimento do PSF em 94 apresentando as falhas na formação hospitalocêntrica e hiperespecializadas

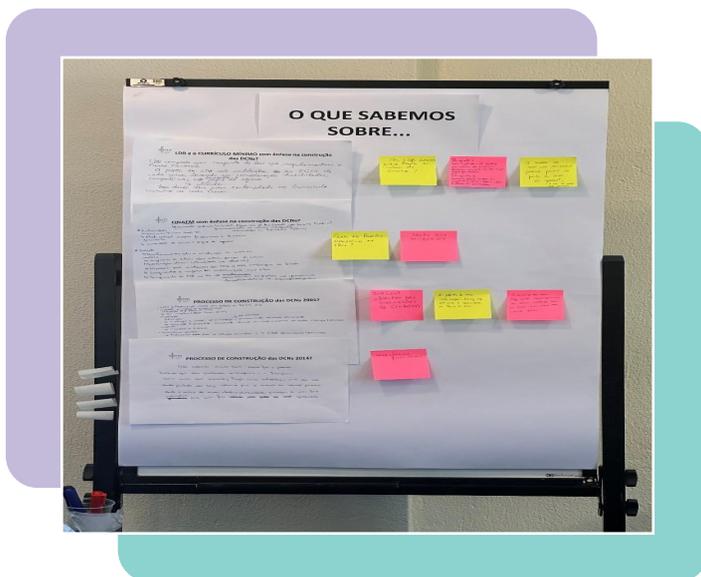
Processo de construção das DCNs 2001

- Maior participação que as de 2014
- Sugestões para implementação
- Relação de menor força da MFC
- Publicação Novembro de 2001
- Atenção à saúde; proatividade entre administração e gerenciamento, educação permanente,
- Formação generalista, humanista levando em conta o processo de saúde e doença
- Incentivo à liderança
- Experiências pessoais
- Disciplinas com foco na Atenção primária e no âmbito administrativo gerenciador

Processo de construção das DCNs 2014

- Não sabemos como foi o processo de construção
- Sabemos que pautaram a urgência e a emergência como uma área separada
- Propôs uma metodologia ativa que está sendo pautada até hoje
- Voltou-se para a inserção da Atenção Primária desde o início do curso, a interdisciplinaridade e a passagem do foco especialista para generalista”

A sistematização das ideias e discussões resultou da transcrição do registro dos participantes no material produzido e apresentado, conforme registro fotográfico a seguir:



Pontos de Discussão:

LDB -

- As LDBs servem para todos os níveis de ensino?
- Perguntas: São sólidas para todos os níveis de ensino, porém considerando as suas especificidades? Servem para todas as instituições, públicas e privadas? A criação do currículo mínimo procura partir da gestão?
- Sobre a LDB
- Ressaltada a importância da formação ser ordenada pela realidade “ SUS ordenador da formação sendo natural e coerente com os propósitos da Lei 8080/90

Sobre a CINAEM - dificuldade de mudança curricular

- Responsabilidade das instituições para promoção das mudanças e nesse sentido a importância de que seja feito investimento na formação dos docentes para que seja possível implementar as mudanças

- Modelo de docência/ insegurança e medo da transição
- DCN como alternativa para resolver limitações do currículo mínimo e grade curricular
- Resistência dos docentes para aceitação das mudanças, inclusive nas relações de poder

Diretrizes Curriculares Nacionais

- Consideram a de 2001 – de mais fácil entendimento, DCN 2014, veio porque a de “2001 não pegou” e “entra em detalhes desnecessários”
 - Importância do detalhamento para a implementação das orientações.
- Iminência de Novas Diretrizes - importância de mobilização social em retorno da formação médica e da Oficina atual promovida pela ABEM e a SGTES para garantir a participação ampla dos diversos atores, no processo de construção das novas diretrizes.
- Desafio e contradição entre a proposição de mudança sem que haja proporcionalidade na destinação de recurso
 - Direito como declaração X Direito como garantia
 - Mobilização para fortalecimento da DCN, como estratégia coletiva para disseminação das propostas e maior possibilidade de enfrentamento.
- Opiniões e argumentos predominantes
 - Pertinência do projeto
- Divergências/discrepâncias e disputas

O grupo foi bastante participativo e coeso, houve disponibilidade para problematização e para busca de entendimento para questões centrais.

ATIVIDADE 7 – SÍNTESE DE ALINHAMENTO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

- Resgate histórico sobre organização dos currículos
- Currículo mínimo
 - Disciplinas obrigatórias e grades
 - Percurso rígido
 - Revisão a partir dos contextos diferentes
 - Organização do internato
- Discussão sobre currículo pleno
 - Planejamento educacional
- 8º CNS
 - Sustentação do SUS – Formação
- Regulação dos cursos
- CINAEM
- Discussão sobre diretrizes gerais
 - Perfil de egresso
 - Competências e habilidades
 - Infraestrutura
 - Atividades complementares
 - Teoria e práticas
 - Ensino, pesquisa e extensão
- DCN 2001
 - Binômio saúde e doença
 - Percursos mais flexíveis
 - Valorização dos conhecimentos prévios / metodologias ativas

- DCN 2014
 - APS
 - Saúde Coletiva
 - Aspectos socioculturais

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

A atividade Café Mundial adaptado foi realizada no período da tarde e os participantes da Oficina foram distribuídos novamente em duas salas (sala Verde e sala Amarela), mantendo os mesmos grupos por sala. Os grupos trabalharam com uma questão orientadora para cada mesa, buscando discutir as Diretrizes Curriculares de 2014, quanto a:

O que tem e precisa ser mantido nas DCN 2014

O que tem e precisa ser aprimorado nas DCN 2014

O que tem e precisa sair das DCN 2014

O que não tem e precisa ser incluído das DCN 2014

SALA AZUL

MESA 1: O que TEM e precisa SER MANTIDO

- Três áreas ou macro competências:
 - Atenção em Saúde
 - Gestão em Saúde
 - Educação em Saúde

Perfil do Egresso: princípios fundamentais para a formação do médico, além das práticas individual e coletiva, promoção e prevenção

Estímulo às Metodologias Ativas

Interdisciplinaridade/ Interprofissionalidade

Permanência do Programa de Formação Docente e de profissionais da rede, envolvendo os serviços de saúde, com foco na Preceptoria

Inserção do aluno desde as séries iniciais do curso na rede

Fortalecer a intersetorialidade, local e estadual: COAPES

Avaliação seriada dos estudantes

Indicadores avaliação e valorização docente: produção científica, ensino e extensão

Internato: planejamento e descrição de atividades, com a carga horária e diversidade de cenários no SUS. Apresentação de cenário real e simulado

Residência Médica: manter o texto inicial com equivalência de vagas com o número de formados no ano anterior. (Discussão da equivalência).

MESA 2: O que TEM e precisa SER APRIMORADO

Melhor integrado a gestão e educação em saúde na atenção

Definir melhor a distribuição de carga horária entre os quatro níveis, na atenção primária, secundária, terciária e quaternária.

Aprimorar competências que sejam fundamentais, que sejam a base da formação de todos os médicos, que necessitam ser atingidas, a partir disso aprimorar quais competências podem ser adequadas a partir da diversidade de realidades.

Incluir o planejamento educacional individual, que consiga acompanhar as dificuldades do estudante ao longo do tempo.

Adaptar a diretriz para o conjunto da diversidade regionais, compreendendo o conjunto de especificidades que compõem a realidade.

Aprimorar o item específico da residência em relação a razão 1:1 graduação-Residência incentivando a implementação de um plano de uma residência médica.

Integração ensino-serviço através do COAPES

Aprimorar instrumentos de autoavaliação

Aprimorar instrumentos de avaliação seriada.

Focar o texto das DCNs para a graduação, sem focar na residência – houve controvérsia

MESA 3: O que TEM e precisa SER RETIRADO

Redundância

Confusão sobre os termos, competências e ações chaves:

Art. 7, inc. VII, Dominar a língua estrangeira, como garantirmos que isso seja realmente efetivo. Podemos estabelecer isso como competência.

Art.37, vagas equivalentes de residência e número de egressos.

O segundo grupo discute que é essencial a manutenção do Art. 37, uma vez que representa a garantia da obrigatoriedade do governo na abertura de vagas. Assim, caso seja retirado pode gerar uma precariedade no trabalho e colocar em risco a segurança do paciente.

O termo “saúde coletiva” e saúde mental no Art. 24 Inc.6, entende-se que já está contemplado nos 30% do inciso 3º. Sugere-se também uma adequação nos percentuais.

Outro grupo, sugere que a Saúde coletiva e a saúde mental são áreas negligenciadas, então tem necessidade de fomentar, então veem a necessidade de constar no internato (inc. 6), uma vez que o percentual para cada área não foi estabelecido.

Determinação social do processo saúde doença: disputa entre dois termos, determinante social e determinação social. Não deve estar em uma diretriz, a escola deve ser protagonista na escolha do termo. Vale a pena manter um termo que não respeita a autonomia da universidade.

MESA 04: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO

Especificar com maior grau de detalhamento o método de avaliação dos estudantes de acordo com as metodologias utilizadas (formativa, processual, contínua, progressiva, por competências, longitudinal, diagnóstica, somativa e diversificada) – compatível com a proposta curricular

Lembrar de integrar os cuidados paliativos na DCN

Integrar a curricularização da extensão no texto e requisitos mínimos para sua implantação – já está previsto em portaria específica do Plano Nacional de Educação. Seria pertinente incluir uma vez que já há legislação maior?

Incluir inovação como conteúdo e competência

Saúde digital (inteligência artificial e outras tecnologias)

Telemedicina

Empreendedorismo e gestão de carreira

Autoavaliação institucional (“balizadores”)

Clareza semântica e definição de termos

Art 14, acrescentar inciso IV: acrescentar “considerar as questões específicas de abordagem e cuidado para com a população indígena, quilombola e populações vulneráveis, levando em conta as características locais regionais”

Garantir o aprendizado do AUTOCUIDADO, “pois o cuidador precisa se cuidar antes de cuidar dos outros”

Mentoring: instituir o programa de mentoria como forma de apoio ao desenvolvimento acadêmico e pessoal do estudante, buscando autonomia profissional

Acompanhamento do egresso

SALA VERDE

MESA 1: O QUE TEM E PRECISA SER MANTIDO

CAPÍTULO I

SEÇÃO I – atenção em saúde

Artigo 5 – MUITO IMPORTANTE

SEÇÃO II – gestão em saúde

Artigo 6

SEÇÃO III – educação em saúde

Artigo 7

CAPÍTULO II

SEÇÃO I – área de competência atenção em saúde

SEÇÃO II – gestão em saúde

Subseção I

SEÇÃO III – educação em saúde

MESA 2: O QUE TEM E PRECISA SER APRIMORADO

- ‘análise crítica e científica...’ – artigo 22 inciso 2 - apontamento quanto ao combate às fake News (considerando o cientificamente comprovado e a MBE) – enquanto discussão recente e importante; incluindo o letramento científico de estudantes;

- Urgência e emergência de forma fragmentada ao longo do curso também, não apenas no internato, já que diversas áreas possuem emergências – uma melhor distribuição a fim de abordar de forma mais coerente e atenta às complexidades da U e E;

- Melhor regulamentação e caracterização da U e E, da saúde coletiva e AB quanto ao cumprimento de horários e porcentagens de ambas no internato, já que os 30% apontados

não possuem distribuição específica; - artigo 24, E AO LONGO DE TODA AS DIRETRIZES;

- Descrever melhor o que é parte da saúde coletiva e o que é MFC;

- Incluir ferramentas e tecnologias mais modernas na saúde coletiva; seção 1; artigo 14;

- Detalhados excessivamente para a graduação, com exigências incoerentes ao nível da graduação - “organização do trabalho em saúde e acompanhamento e avaliação do trabalho em saúde”; artigo 17 e 18

- Aprender com autonomia: incluir a perspectiva do usuário, incluindo a promoção da autonomia do cuidado com a população também. Art 7, parágrafo 2. Considerar as DUAS visões de autonomia (estudante e do usuário);

- Seção 3, art 7 paragr 4; aprender em simulações... sugestão de garantia de vivência na realidade (beira leito), do que foi previamente simulado, considerando que mesmo na prática, ainda há supervisão. Nada disso retirando a simulação;

- Incluir a diversidade sexual e de gênero. Considerar importante a formação em diversidade para todo profissional da medicina. seção art 23, cap 7,

- Seção 3, capítulo 1: garantir a formação em inglês instrumental;

- desafio: garantir as atividades na Atenção Primária à Saúde, superando a situação, ainda existente, de Secretarias de Saúde que não permitem atividades em dentro dos serviços.

MESA 3: O QUE TEM E PRECISA SAIR

Há muita subjetividade, quando comparada às DCNs 2001, com muitas divisões (seções e subseções) e textos que se repetem.

Subjetividade no texto sobre preceptoría por profissionais dos serviços de saúde? A supervisão docente e no planejamento? Na avaliação? Docente tem interferência no serviço?

Parágrafo 8 do artigo 24. E repensar o parágrafo 9.

Item V do art 7 – escrita confusa.

MESA 04: O QUE NÃO TEM E PRECISA SER INCLUÍDO

- Cuidados paliativos.
- Populações vulneráveis.
- Definir implementação e monitoramento.
- Avaliação do Internato – Carga horário.
- Alinhado com o instrumento de avaliação do INEP
- Diversidade de diferentes graus de complexidade.
- Cenários hospitalares que possibilitassem o desenvolvimento de competências.
- Garantia da continuidade do acompanhamento docente.
- Destaque para autocuidado e saúde mental.
- Limitar carga horária do internato externo (Externato) – Mas justificar a formação
- Introdução à inteligência artificial, LGPD,
- “Desprescrição” – Pacientes que tomam MUITO remédios
- Subdelegar questões do processo administrativo da saúde (Gestão).

Inclusão de Libras na grade horária de estudantes de medicina.

ATIVIDADE 9 - PLENÁRIA PARA ELABORAÇÃO DA SÍNTESE

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

MESA 04: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO

- Ênfase nos grupos e populações vulneráveis
- Instrumento do INEP articulado com as diretrizes
- Programa de mentoria – apoio e suporte ao discente

MESA 1: O que TEM e precisa SER MANTIDO

- Ênfase no SUS
- 3 Competências
- Avaliação seriada
- Mecanismos de integração ensino serviço

MESA 3: O que TEM e precisa SER RETIRADO

- Redundância dos termos
- Ações chave e competências com uso impreciso
- Retirar o termo determinação social da saúde
- A realização do internato fora da universidade já está regulamentada em 25%

MESA 2: O que TEM e precisa SER APRIMORADO

- Discutir distribuição da carga horária do internato
- Urgência e emergência no pré-hospitalar
- Temas transversais
- Destacar a população LGBTQIA
- Conceitos de Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade não estão claros
- Reforçar o conhecimento baseado em evidências científicas
- Aprimorar o sistema de avaliação

participantes a reflexão, sobre os pontos que remetem à avaliação processual e sistemática (cuidar continuamente), fazendo um link com o que foi discutido nas atividades do dia anterior. Avaliação para aprendizagem e não, da aprendizagem.

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

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

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

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

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

ATIVIDADE 2 – CAFÉ MUNDIAL – CRITÉRIOS DE QUALIDADE

A coordenadora iniciou os trabalhos da sala, acolhendo os participantes e recuperando as orientações para as atividades. Em seguida solicitou a identificação dos relatores e coordenadores

para cada mesa, informando que permaneceriam nas mesas como anfitriões, pactuou o tempo para início e sentido para a rotação dos grupos, sinalizando a importância de foco na temática proposta para cada mesa, pelo fato de haver possibilidades para todos abordarem os temas durante a circulação nos grupos. Solicitou registros das atividades pelo coordenador na folha para apresentação e pelo coordenador no Word para incorporação no relatório. Em seguida orientou para que estabelecessem diálogo sobre os temas propostos.

Sala Azul

MESA 1: INFRAESTRUTURA

- Locais de prática:

Contemplar os 3 níveis de assistência, incluindo urgência e emergência.

Avaliar se tem número de leitos e pacientes adequados para os alunos e se os alunos estão em número adequado para cada atividade proposta.

Que tenha: UBS, amb. Especializado, CAPS, APH, hospital secundário, atenção pré-hospitalares.

- Salas de aulas: Adequado a metodologia proposta (ex – PBL tem que disponibilizar sala para grupos menores), que tenha disponibilidade de pontos elétricos e disponibilidade de internet.
- Biblioteca: contemple a bibliografia e seja alinhada ao plano de ensino. A biblioteca que ser aberta (em horários e busca para livros)
- Espaço de estudos: individual e em grupos.
- Espaço do trabalho e convivência do docente: acesso à tecnologia e espaço adequado

- Laboratório:
 - Básico: que ele seja multifuncional e disponível ao aluno e tenha ferramentas interativas. Contemple laboratório de anatomia e microscópico (macro e micro).
 - Clínico: Ter simulação realística e habilidade – como parte do planejamento da aquisição das competências, inserido no plano de ensino.
 - Digital: Informática e inovação (mundo digital) – wifi disponível, up to date e biblioteca virtual atualizado.
- Espaço de convivência:
- Ter espaços para alimentação, lazer, descanso – na faculdade e no cenário de prática. Presença para desenvolvimento de prática ao esporte e o centro acadêmico.
- Sala para serviço ao apoio ao aluno – mentoria, saúde mental.
- Sala para coordenação do curso e atendimento ao aluno do ponto de vista administrador.
- Não é essencial: Biotério, comitê de ética de animais. CEP

MESA 2: PROJETO PEDAGÓGICO

- Avaliação de conhecimento
- Coerência e flexibilidade do método de avaliação de acordo com as características da disciplina e com o perfil que queremos construir do egresso.
- Educação continuada para formação e adequação docente e com avaliação do programa
- Avaliação precisa ser coerente com a metodologia utilizada e que também avalie competência e habilidades
- Autoavaliação sistematizada do curso (Projeto Pedagógico) anual com projeto de intervenção, demonstrativo das adaptações realizadas após o processo avaliativo

- Avaliação presencial do estudante em seus cenários de prática, com a necessidade de cumprir a integração com o sistema local de saúde
- Definir percentual de integração de cenários de prática no SUS (dúvida, discussão não chegou ao consenso)
- Compreender como critério de qualidade se houve na construção do projeto pedagógico, sendo abrangente com docentes e discentes
- Como critério de qualidade se foi baseado nas necessidades de saúde locais e regionais
- Revisão periódica permanente pelo NDE – Núcleo Docente Estruturante
- Se houve flexibilização curricular, como inclusão de atividades complementares, internato e afins
- Sensibilidade metodológica
- Garantia de acessibilidade no projeto pedagógico
- Estímulo da autonomia discente
- Sistema de avaliação diversificado
- Metodologias centradas no estudante
- Interdisciplinaridade e integração curricular
- Construção horizontal, com espaços de interdisciplinaridade e horizontalidade, fazendo com que as disciplinas possam conversar entre si
- Construção transversal, com agregação do conteúdo básico com o clínico
- Entender uma construção a partir do perfil do egresso que se organize a partir de onde queremos chegar em uma lógica sequencial de qual construção do perfil do egresso queremos, depois pro interno, depois clínico e depois básico

- Ensino em medicina de forma espiral, que seja de agregadora de conteúdo, com construção que recupera conhecimentos já adquiridos para aprofundar e agregar novos conteúdos.
- Interprofissionalidade, compreendendo o processo de ensino com a integração de outras formações
- Importância da construção modular

MESA 3: CORPO DE EDUCADORES: DOCENTES E PRECEPTORES

- TITULAÇÃO + FORMAÇÃO DOCENTE CONTINUADA (FORMAÇÃO PERMANENTE)
- No MEC: uma porcentagem de Doutores, e Mestres é exigida. Como valorizar a formação “residente” RQE. Cursos de capacitação docente pontuam em termos de avaliação tanto quanto as diversas titulações. Produção científica comprovada e instrumento docente e profissional.
- Especialização em educação em saúde - como critério de qualidade sugerir que a instituição tenha UM Plano de Carreira.
- Preceptor - contratados efetivos da instituição. Os e as preceptoras temporárias não são considerados para fins de pontuação na avaliação de qualidade.
- Formação docente, carga horária mínima para progressão. Definição de papéis - atribuições de cada um dentro do corpo docente.
- Conhecimento pleno em relação ao projeto pedagógico do curso; Alinhamento entre os envolvidos, com os demais preceptores e docentes.
- Conhecimento de metodologias ativas. Metodologias inovativas. Conhecimento a respeito das tecnologias imersivas.

MESA 4: AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE

- Deve ser realizada por competências em um sistema de avaliação acessível a todos os envolvidos, e pactuado previamente com docentes e discentes;
- Sistema de Avaliação constantemente revisitado e monitorado, por um núcleo próprio permanente, com representação docente de cada um dos anos do curso, incluindo obrigatoriamente discentes.
- Precisa ser integrada interdisciplinarmente e contextualizada (cl clinicamente/socialmente/etc)
- Não pode ser apenas cognitiva, e, portanto, precisa ser diversificada (com múltiplas metodologias, e por diferentes avaliadores – avaliação reflexiva, avaliação cognitiva, avaliação prática, avaliação in loco etc. – sugestão: cada uma responsável por até, no máximo, 25% do processo) e adaptada à realidade local
- Deve ser predominantemente formativa: contínua e progressiva, processual, com feedback estruturado (alinhada à metodologia, aos objetivos educacionais/perfil parcial do egresso) e com possibilidade de remediação e recuperação
- Deve ser transparente, previamente pactuada com os estudantes, com critérios referenciados – e alinhada ao plano de ensino daquela unidade/disciplina e aos seus objetivos
- Deve ter caráter diagnóstico, de modo a gerar insumos/indicados para avaliação do próprio processo avaliativo (autoavaliação/metalinguagem) e para melhoria do processo de ensino-aprendizagem
- Deve permitir/estimular/gerar o avanço da autonomia e do autoaprendizado estudantil
- Deve haver uma avaliação seriada, nacional e anual – teste de progresso.

SALA VERDE

MESA 1: EIXO RESPONSABILIDADE SOCIAL

- Conceito de social accountability: traz o conceito de equidade e acesso, associada a questão legal da implementação, associada à necessidade social da comunidade (e essas necessidades alteram o currículo da Escola Médica).
- Medição por indicadores da necessidade da comunidade, impactando na adaptação dos currículos para a real impactação local
- Depende muito do meio e da interação e permissão da entrada do sistema de saúde local o estudante precisa ser garantido no campo de prática corresponsabilidade do sistema local
- Garantido para todos os níveis (primário a gestão é do Município).

CRITÉRIOS:

- Avaliação do projeto pedagógico da Escola Médica necessidades da comunidade
- Agenda com encontros com a comunidade interna e externa para pactuar e reavaliar o impacto social da Escola
- Monitorização ao longo do tempo indicadores positivos ou negativos pensando em remodelamento do currículo da instituição ao passo que as necessidades comunitárias
- Reunião 360 com todos os atores (gestores, estudantes, preceptores, usuários)
- Critério de permanência estudantil (índice de abandono) a cada dois anos
- Avaliação do Egresso
- Índice de satisfação da comunidade

MESA 2: EIXO CENÁRIOS DE PRÁTICAS/INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO

- Instrumento baseado em critérios das DCNs
- Instrumento com mais critérios quantitativos, como no instrumento anterior a 2017
- Garantir uma distribuição de cenários nos 3 níveis de atenção desde o início do curso com métricas de qualidade (leitos/ingressantes; preceptores/internos)
- Estimular o COAPES ou modelos parecidos de contratos para imersão em cenários reais do SUS
- Preceptor-docente por quantidade de aluno. Programa de capacitação de preceptor
- Centralidade no estudante – feedback dos cenários de práticas e preceptores
- Quantidade máxima de alunos por aula de laboratórios anatomia/microscopia (20/docente-lab) e lab de habilidades (15 estudantes)

MESA 3: EIXO CUIDADO COM DISCENTE

- Criação de uma comissão permanente de acompanhamento de denúncias. Canais diretos.
- Setor de apoio a necessidades materiais do aluno.
- Creche universitária
- Necessidade de apoio para aprendizagem:
- Criação de um serviço de apoio à assistência social. Capaz de detectar ativamente as necessidades individuais, direcionar os esforços institucionais e acompanhar desfechos.
- Criar um fluxo de acompanhamento e direcionamento desses atendimentos.
- Garantir a devida divulgação dos serviços de apoio.

- Desempenho acadêmico que destoa da turma do estudante.
- Apoio psicopedagógico e de reforço;
- Garantir a estrutura necessária para efetivar os levantamentos apontados e necessidades.
- Canal de comunicação com setores responsáveis por engenharia e adaptações físicas das universidades para criar soluções compatíveis com as demandas dos alunos em situações especiais.
- Deficiência auditiva
- Intérpretes de libras em quantitativo proporcional ao número de discentes demandantes.
- Neuro divergente
- Discussão sobre os processos avaliativos adaptativos.
- Indígena
- Moradia indígena para garantir a melhor adaptação
- LGBTQIA
- Garantir uma prestação de serviço apoio em saúde que respeite as necessidades específicas do grupo;
- Ressaltada a importância do apoio ao discente ser personalizado e regionalizado. Referindo a inclusão de desafios regionais que interferem no processo de aprendizagem, e que precisam ser considerados no momento de programação do curso (Ex: Horários e transporte, opções de número de refeições diárias e necessidade dos estudantes)

MESA 4: EIXO INTERNATO

- Avaliações subjetivas dos professores preceptores do internato
- Habilidades clínicas não possuem uma forma sistematizada de serem avaliadas

- Não há um critério estabelecido e roteiro definido para verificar as atitudes do discente em relação ao paciente e aos outros colegas
- Não há uma uniformidade na metodologia de avaliação.
- Professores que fazem uma avaliação no início de cada ciclo e uma no final.
- Como uniformizar um currículo pulverizado
- CRITÉRIOS
 - Autonomia
 - Diversidade de Cenários
 - Satisfação do paciente
 - Cuidado com o paciente em diferentes situações
 - Atitude com pacientes, com colegas, com outros profissionais
 - Avaliação da qualidade do atendimento

ATIVIDADE 3 - PLENÁRIA COM DISCUSSÃO DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE

Após a atividade em grupo, em momento mediado por Vinicius, os e as participantes socializaram as discussões das salas azul e verde em plenária e foram estimulados a expressarem as suas opiniões sobre os critérios indicados para os 08 itens selecionados. A Plenária representou um momento do encontro, com problematizações e construção de confirmação de consensos.

CORPO DE EDUCADORES – DOCENTES E PRECEPTORES

- Tipos de supervisão
- Diferença entre preceptor e docente
- Diferença entre especialista, residência e docência e mestrado

- Instrumentos específicos para avaliação em medicina
- Crítica com relação a não simultaneidade na formação para residência ao mesmo tempo que tem aproveitamento para a docência - mestrado
- Preceptoría sob supervisão docente aparece no texto das diretrizes, mas foi considerado como inviável se for considerada “supervisão direta”;
 - Sugerido criar possibilidade para que os créditos da residência, possam ser qualificados para uso na carreira acadêmica.
 - Estabelecida “linha divisória” importante entre atividade de preceptoría e docência

AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES

- Na discussão foi abordada a necessidade de
 - Incluir múltiplos olhares e múltiplos processos avaliativos
 - Incluir o olhar do estudante
 - Proporcionar ao estudante conhecer como vai ser avaliado
 - Ouvir o preceptor
 - A avaliação seriada deve ser incorporada, mas não deve ser restrita a aspectos cognitivos;
 - Incluir estratégias e dispositivos de “suprir” as lacunas durante o período em curso.

PROJETO PEDAGÓGICO

- Houve problematização com relação a dicotomia entre o ciclo básico e clínico
- Modelo integrativo x modelo fragmentado
- Projeto pedagógico precisa ser como um guia para iniciantes

- Prolixidade dos documentos, não fala sobre como vão desenvolver as atividades, deve ser de fácil compreensão
- Projeto institucional
- Reforçar os mecanismos de integração curricular nos cursos que se estruturam em torno de ciclo básico e clínico;
- Mecanismos de integração entre as disciplinas e componentes curriculares;

INFRAESTRUTURA

- Ser adequada ao número de alunos
- Biblioteca alinhada ao plano de ensino
- Discordâncias sobre ter espaços de atividades acadêmicas fora da universidade porque não tem ingerência
- Garantia de recursos para simulação nas escolas públicas (simulação = stand de tiros)
- Importância das redes de apoio – formação em redes
- Simulação associada a psicologia para preparar para o desfecho - sendo ressaltada a importância do suporte psicológico para que os estudantes possuam apoio para elaboração dos processos que irão vivenciar no dia a dia profissional
- Ampliação do conceito de infraestrutura - Condições mínimas de estudo (creches, restaurante, lavanderia comunitária)
- Reforçar a importância da simulação como dispositivo de desenvolvimento de competências e garantia da segurança do paciente;

RESPONSABILIDADE SOCIAL

- Importância de incluir a participação popular, para contribuir com as ações em termos locais.
- A Academia deve promover a aproximação com os territórios para definição de interesses e inclusão nas atividades da academia, através de parcerias.
- Necessidade de que a comunidade possa ter a universidade como parte da sociedade e não separada.
- A avaliação seriada deve ser incorporada, mas não deve ser restrita a aspectos cognitivos;
- Promover maior articulação com os conselhos locais de saúde já formados e incentivar a criação de espaços de avaliação das práticas educativas;
- Criar comitê de práticas para discutir integração ensino-serviço
- Fortalecer o processo de democratização do acesso dos estudantes nos cursos médicos

CENÁRIOS DE PRÁTICAS INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO

- Celebração de contratos com envolvimento dos Conselhos
- Avaliação do preceptor
- Tratar das provas de residências
- Definição sobre o futuro do estudante
- Temerário colocar o COAPS como obrigatório (Aproveitar a Portaria 531 que já consta no Mais Médicos - adaptar esta portaria para o que já está sendo discutido)
- Ferramentas que possibilitem a avaliação do estudante
- Complexidade de tratar do cenário de práticas sem se voltar para projetos hospitalares

CUIDADO COM O DISCENTE

- Inclusão de campo para informação da necessidade no momento da matrícula, para evitar sofrimento e exposição do estudante já durante o curso
- A formação muitas vezes adoece um profissional que está sendo formado para cuidar da saúde
- Não existem mecanismos que garantam a condições para a formação de profissionais de diversos perfis
- (Não incluído na lista), mas precisa ser discutida a possibilidade de denúncia ou expressão sobre problemas na relação entre docentes e estudantes e entre os próprios estudantes – para problemas que vão definir a permanência ou não dos estudantes e até mesmo o adoecimento destes
- Bolsa e complemento de bolsa a depender do local onde os estudantes se apresentam inseridos
- Responsabilidade social da instituição
- Qualquer programa deve ser interprofissional – Processo com consciência colaborativa
- Proposta de que haja representante do estudante no NDE e outros para que os relatórios de núcleo de apoio ao estudante para que seja assimilado no Plano de Ensino
- Contar como carga horário da atividade dirigida
- As entidades são formadoras de ensino e não de cuidado – Profilaxia e cuidado
- Análise da avaliação (Como estou avaliando esse estudante)
- Acessar, permanecer e pertencer
- Sofrimento docente

INTERNATO

- Avaliar se o estudante entende a importância dos diversos áreas de atuação

- O internato deve ser integrante para a execução do projeto pedagógico
- Dúvidas sobre o internato na atualidade, diminuíram a carga horária
- Priorizar o processo visando garantir o perfil do egresso
- Reforçar os mecanismos de avaliação no internato considerando que o estudante ainda se encontra em processo formativo;
- Considerar novos desenhos para o internato em função da diminuição das ofertas de campos de práticas, inclusive com modificações no 4º ano;
- Melhor definição de competências para o internato para além de conhecimentos e articular a avaliação e seus instrumentos a intencionalidade deste componente curricular;
- Fortalecer o uso da simulação para o desenvolvimento de competências não como substituição aos cenários de práticas, mas na perspectiva da segurança do paciente

ATIVIDADE 4 - AVALIAÇÃO

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

Pensando nos dois dias de Oficina nos diga:

o que conheceu?

O que pensou?

O que construiu?

O que sentiu?

ELEMENTOS DE PERCEÇÃO DO RELATOR / IMPRESSIONES

De forma geral, a oficina transcorreu bem e contou com a participação ativa das pessoas presentes, demonstrando interesse pelas atividades propostas, sem dificuldades de compreensão sobre as orientações fornecidas pela Equipe Pedagógica e sempre valorizando a oportunidade de colaborar com as discussões sobre as análises das DCNs e os Critérios e Indicadores de Qualidade para a regulação das escolas médicas no Brasil.

Todo o grupo foi bastante participativo e construíram discussões respeitadas diante de algumas divergências de opiniões. As Equipes Pedagógica e de Coordenação conduziram os trabalhos de forma atenciosa e didática, promovendo espaços para compartilhamento de opiniões/contribuições dos participantes e assegurando o bom andamento das atividades nos dois dias da Oficina e reunindo ao final para discutir a necessidade de ajustes para implementação nas próximas oficinas.

Nas atividades realizadas nas salas houve engajamento entre os e as integrantes durante o processo de discussão e construção dos produtos solicitados, com um clima de colaboração e complementaridade, sendo demonstrado facilidade no entendimento dos objetivos e da metodologia utilizada.

A metodologia utilizada mostrou-se adequada levando ao alcance dos objetivos propostos e tornando o evento bastante produtivo. Houve empenho dos e das participantes para a abordagem reflexiva dos temas, com as discussões estabelecidas em ambientes respeitosos com relação às discordâncias e houve busca de consensos e cuidado para com os e as participantes no sentido de propiciar espaço de fala sobre tópicos discordantes.

A ambiência promovida favoreceu a participação ativa de modo significativo e a descontração das pessoas para se expressarem sobre temas diversos, sem perda do foco dos objetivos da oficina. A proposta de integração entre os conteúdos básicos e clínicos se apresentou no primeiro momento bastante polêmica, no entanto no aprofundamento da discussão, ficou demonstrado que estruturalmente não havia discordância. Um tema recorrente na discussão foi a necessidade de inclusão do “sofrimento docente” como problema a ser priorizado.

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

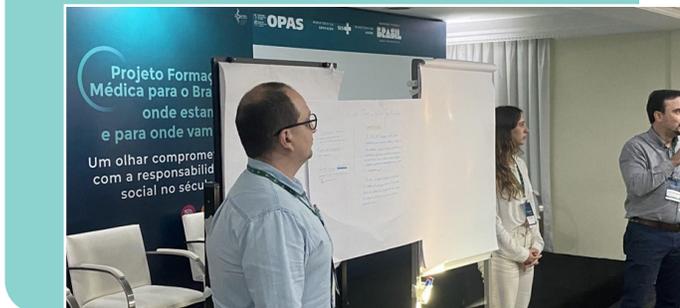
PRIMEIRO DIA - ABERTURA



TRABALHO EM GRUPOS

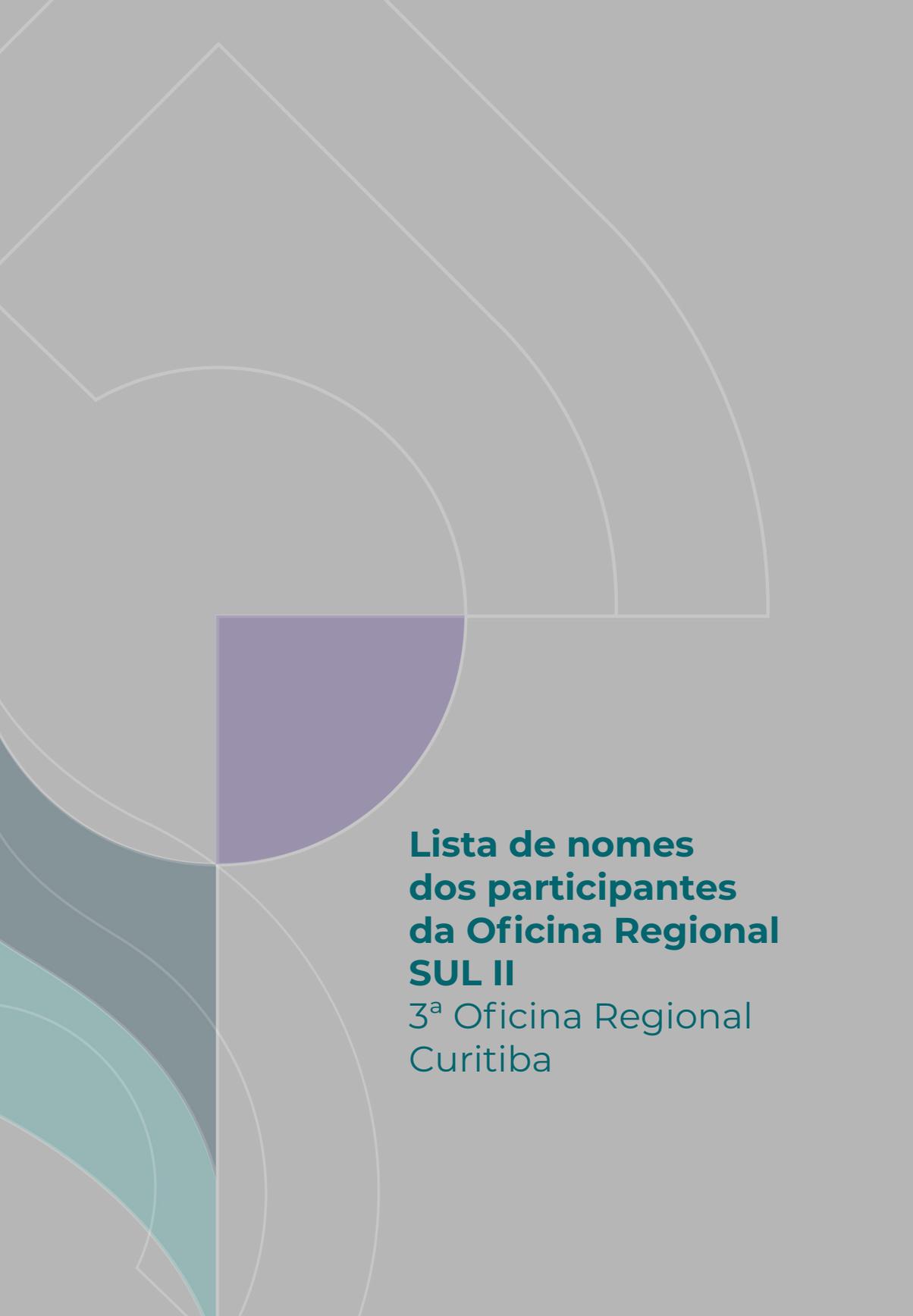


APRESENTAÇÃO EM PLENÁRIA



TRABALHO EM GRUPOS E PLENÁRIA





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

3ª Oficina Regional
Curitiba

Nome:	Categoria	Instituição
1. ALANA DANIELA DOS SANTOS TOASSI	DISCENTE	UFP
2. ALESSANDRA CARLA ALMEIDA RIBEIRO	ABEM	ABEM
3. ANA CARLA ZARPELON SCHUTZ	GESTOR	UFP
4. ANA MARIA S. MACHADO DE MORAES	DOCENTE	UniCesumar
5. ANDERSON VINÍCIUS KUGLER FADEL	DOCENTE	C. U. Campo Real
6. ANDRE LUIZ F. A. SANTOS	DOCENTE	CESMAC
7. ANTÔNIO DE PÁDUA SANTOS LANNA	DOCENTE	UNIFEBE
8. CAMILA AMENT	DOCENTE	PUCPR C. Curitiba
9. CARLOS EDMUNDO RODRIGUES FONTES	DOCENTE	Delegado
10. CARLOS EDUARDO BASSANI	DISCENTE	FURB
11. CARLOS EDUARDO MESS	DOCENTE	C. de Edu. Integrado
12. DANIELLE GOMES BATISTA	ABEM	ABEM
13. EDIVAN RODRIGO DE PAULA RAMOS	DOCENTE	UFP
14. EDSON ROBERTO ARPINI MIGUEL	DOCENTE	Delegado institucional
15. ELINE ETHEL FONSECA LIMA	GESTOR	MS
16. EVELIN MASSAE OGATTA MURAGUCHI	DOCENTE	REGIONAL
17. FABIANA PROCHE FADEL	DISCENTE	C. U. Campo Real
18. FELIPE APARECIDO VENDRAME MACEDO	DISCENTE	UniCesumar
19. GABRIELA ELIBIO FAGUNDES	DOCENTE	Estácio do J. do Sul
20. GINA BRESSAN SCHIAVON MASSON	DOCENTE	U. Estadual Maringá
21. GUILHERME FERLETE BONFIM	DISCENTE	ABEM
22. IPOJUCAN CALIXTO FRAIZ	DOCENTE	F. Escola M. P. Paraná
23. ISABELLE LIMA LEMOS	DISCENTE	F. Pequeno Príncipe
24. ISADORA AGLIMONE ALESSIO	DISCENTE	UNIFEBE
25. IZABEL CRISTINA M. MARTINS COELHO	GESTOR	Pequeno Príncipe
26. LEANDRO JOSÉ HAAS	DOCENTE	FURB
27. LORENE LOUISE SILVA PINTO	PROJETO	ABEM
28. LUCAS MIGUEL G. MATOS	DISCENTE	Pequeno Príncipe
29. LUCI KEIKO KUROMOTO DE CASTRO	DOCENTE	PUCPR - C. Londrina
30. LUIZ FERNANDO LORENCI	GESTOR	UFSC
31. MARCIO LEMOS COUTINHO	ABEM	ABEM
32. MARGOT MARIE MARTIN	DOCENTE	PUC LONDRINA
33. MARIA DORALICE DE SOUSA	ABEM	ABEM
34. MARIANA XAVIER E SILVA	DOCENTE	Pequeno Príncipe
35. MATEUS HENRIQUE ARRUDA BELTRAME	DISCENTE	U. Estadual de Maringá
36. MATEUS RIBEIRO DA SILVA	DISCENTE	PUCPR
37. MILENA R. M. DE OLIVEIRA	DISCENTE	DENEM
38. NAIANA PALHETA	DISCENTE	ABEM
39. NAYUMI TOYODA FONTES	DISCENTE	UFPr
40. NICOLE VITÓRIA D. MARTINS	DISCENTE	DENEM
41. OSCARINA DA SILVA EZEQUIEL	PROJETO	ABEM
42. PATRICIA CARLA ZANELATO GONÇALVES	DOCENTE	U. P. Mackenzie
43. PAULO ROBERTO BIGNARDI	DOCENTE	PUCPR - C. Londrina
44. PAULO ROBERTO DONADIO	DOCENTE	U. Estadual de Maringá
45. POLIANA KAHLHOFER	DISCENTE	Ufsc Florianópolis
46. RICARDO DANTAS LOPES	DOCENTE	FURB
47. ROZANE LANDSKRON GONÇALVES	ABEM	ABEM
48. SIMONE DOS REIS BRANDÃO DA SILVEIRA	DOCENTE	PUCPR C. Curitiba
49. SYLVIA HELENA BATISTA	PROJETO	ABEM
50. TERESA CRISTINA CÉSAR OGLIARI	DOCENTE	UFPr
51. VICTOR HUGO FARIAS	DISCENTE	UEL
52. VINÍCIUS SANTOS RODRIGUES	DISCENTE	ABEM



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO