



Formação Médica  
para o Brasil

onde estamos e  
para onde vamos?

Um olhar comprometido  
com a responsabilidade  
social no século XXI



Relatório das  
**OFICINAS  
REGIONAIS**  
realizadas  
nos meses de  
julho e agosto  
de 2024



**OPAS**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO





Relatório das

# OFICINAS REGIONAIS

## Projeto REVER

### Formação Médica para o Brasil

**Onde estamos e para onde vamos?**

Um olhar comprometido com a  
responsabilidade social no século XXI

Brasília, setembro de 2024



Relatório das Oficina Regionais  
realizadas nos meses de julho e agosto de 2024

## **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**

Relatório das Oficinas Regionais realizadas nos  
meses de julho e agosto de 2024. -- Brasília, DF :  
Associação Brasileira de Educação Médica, 2024.

49 p. : il.  
Bibliografia.  
ISBN 978-65-86406-08-5

1. Educação médica 2. Relatórios.  
2. Educação médica 3. Medicina - Estudo e ensino.

24-239007

CDD-610.7

### **Índices para catálogo sistemático:**

1. Educação médica 610.7  
Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

## Sumário

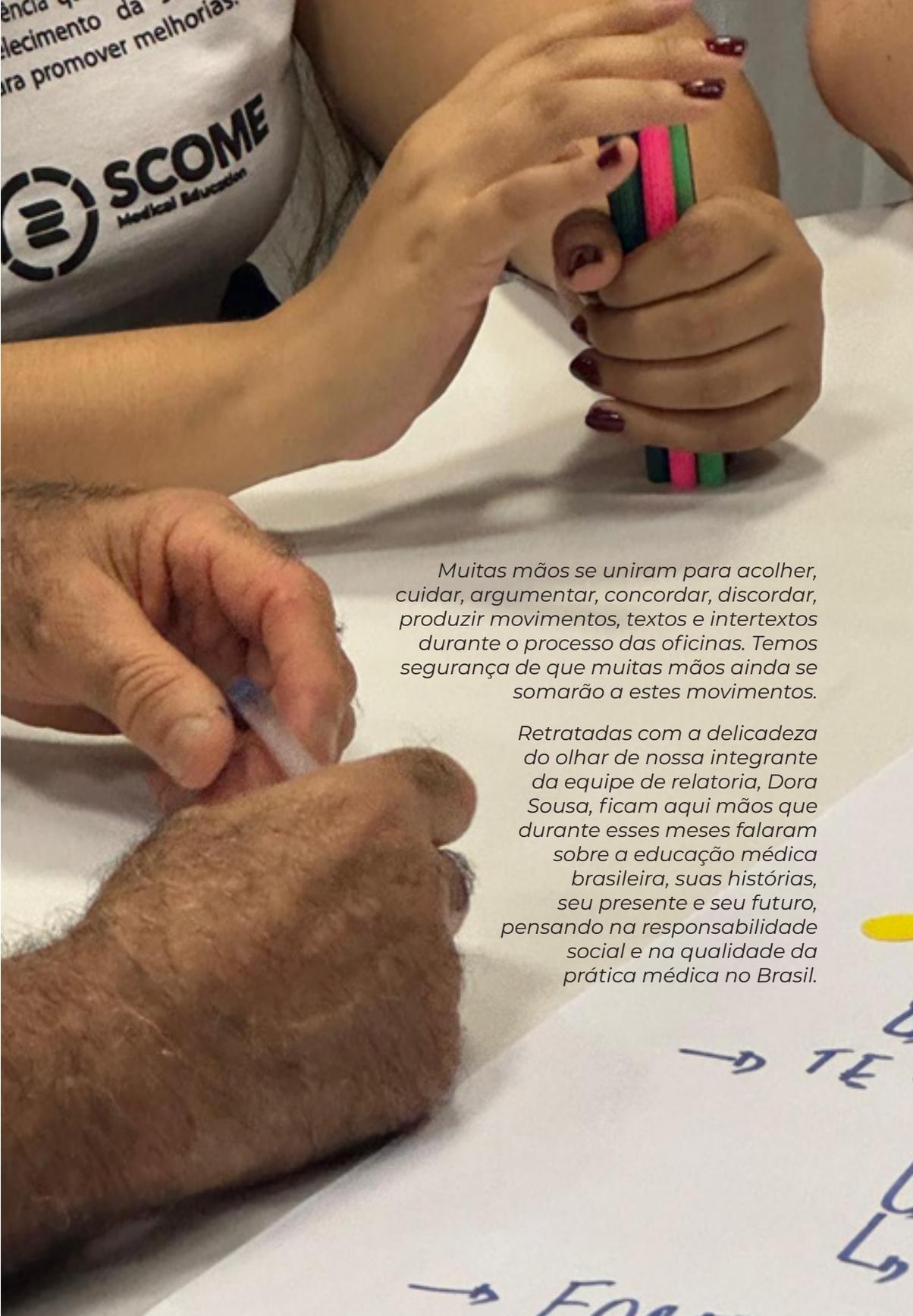
<b>1 Introdução</b> .....	7
<b>2 Metodologias e Recursos Utilizados</b> .....	11
<b>3 Resultados/Produtos das Oficinas</b> .....	21
3.1 SOBRE AS DIRETRIZES CURRICULARES .....	22
3.2 SOBRE OS CRITÉRIOS DE QUALIDADE.....	25
3.2.1 INFRAESTRUTURA .....	25
3.2.2 PROJETO PEDAGÓGICO.....	26
3.2.3 CORPO DE EDUCADORES: DOCENTES E PRECEPTORES .....	28
3.2.4 AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE.....	31
3.2.5 CENÁRIOS DE PRÁTICAS/INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO .....	33
3.2.6 INTERNATO .....	34
3.2.7 RESPONSABILIDADE SOCIAL.....	36
3.2.8 CUIDADO COM O DISCENTE .....	39
<b>4 Sínteses e Aprendizados</b> .....	43
<b>Bibliografia de Referência</b> .....	48



ência q  
lecimento da  
ara promover melhorias.



**SCOME**  
Medical Education



*Muitas mãos se uniram para acolher, cuidar, argumentar, concordar, discordar, produzir movimentos, textos e intertextos durante o processo das oficinas. Temos segurança de que muitas mãos ainda se somarão a estes movimentos.*

*Retratadas com a delicadeza do olhar de nossa integrante da equipe de relatoria, Dora Sousa, ficam aqui mãos que durante esses meses falaram sobre a educação médica brasileira, suas histórias, seu presente e seu futuro, pensando na responsabilidade social e na qualidade da prática médica no Brasil.*

→ TE  
L  
L  
→ Foa

Como um rio, que nasce  
de outros, saber seguir  
junto com outros sendo  
e noutros se prolongando  
e construir o encontro  
com as águas grandes  
do oceano sem fim.

Mudar em movimento,  
mas sem deixar de ser  
o mesmo ser que muda.  
Como um rio.

***Thiago de Mello,  
Mormaço na floresta, 1981.***



**1**

## **Introdução**

Na terceira década do século XXI é premente o estabelecimento de debates amplos na perspectiva de consolidar o diálogo e a pactuação em busca das melhores evidências acerca da qualidade e pertinência dos cursos médicos em nosso país. Vivenciamos uma década das DCNs 2014 que, em sua trajetória de implantação, trouxeram para as escolas, educadores e educandos os desafios vivenciados pela pandemia da COVID-19 associados ao período de estrangulamento das políticas públicas indutoras da qualificação da educação e da saúde em nosso País.

O Projeto “Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social no século XXI”, tem como objetivo central apresentar subsídios que promovam o fortalecimento e o aprimoramento de Políticas Públicas responsáveis pela abertura, avaliação, reconhecimento e monitoramento da educação médica brasileira, levando em consideração as iniquidades sociais no Brasil contemporâneo. Este projeto nasce do compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde, que, fundamentada no artigo 200 da Constituição Federal de 1988, investe em estratégias dedicadas à análise e melhoria da qualidade da formação dos profissionais da saúde, aliado à trajetória sólida e consistente da ABEM nos movimentos de mudança da formação médica no Brasil, com apoio do Ministério da Educação e a colaboração da Organização Panamericana da Saúde na concepção e viabilização desta importante iniciativa.

O desenvolvimento do projeto compreendeu, até o momento, a realização de uma oficina nacional de lançamento, realizada em dezembro de 2023, na qual se promoveu a escuta das experiências institucionais e acadêmicas sobre a temática em questão diante da necessidade do fortalecimento de Políticas Públicas responsáveis pela abertura, avaliação, monitoramento e reconhecimento das escolas médicas e da educação médica brasileira de modo ampliado, levando em consideração as iniquidades sociais no Brasil contemporâneo.

A etapa que é objeto do presente relatório, tratou de realizar nove oficinas temáticas, uma em cada Regional da ABEM, das quais participaram docentes, discentes, gestores de escolas, representantes de instituições e das instâncias de controle

social do SUS para que, a partir da utilização de metodologias ativas e participativas, se identificassem os principais avanços e desafios da educação médica inserida em diferentes realidades brasileiras e se apontassem caminhos possíveis fundamentados na redução das iniquidades e responsabilidade social das escolas médicas. Buscando analisar as DCNs de 2014, identificando as contribuições para sua revisão, de forma ampla e participativa e refletir, discutir e explicitar critérios e indicadores de qualidade relevantes para a regulação das escolas médicas no Brasil, as oficinas foram realizadas nas cidades de Rio de Janeiro (dias 02 e 03/07); Brasília (dias 12 e 13/07); Curitiba (dias 18 e 19/07); Salvador (dias 30 e 31/07); Belo Horizonte (dias 01 e 02/08); Fortaleza (dias 06 e 07/08); Belém (13 e 14/08); Porto Alegre (15 e 16/08) e São Paulo (19 e 20/08).

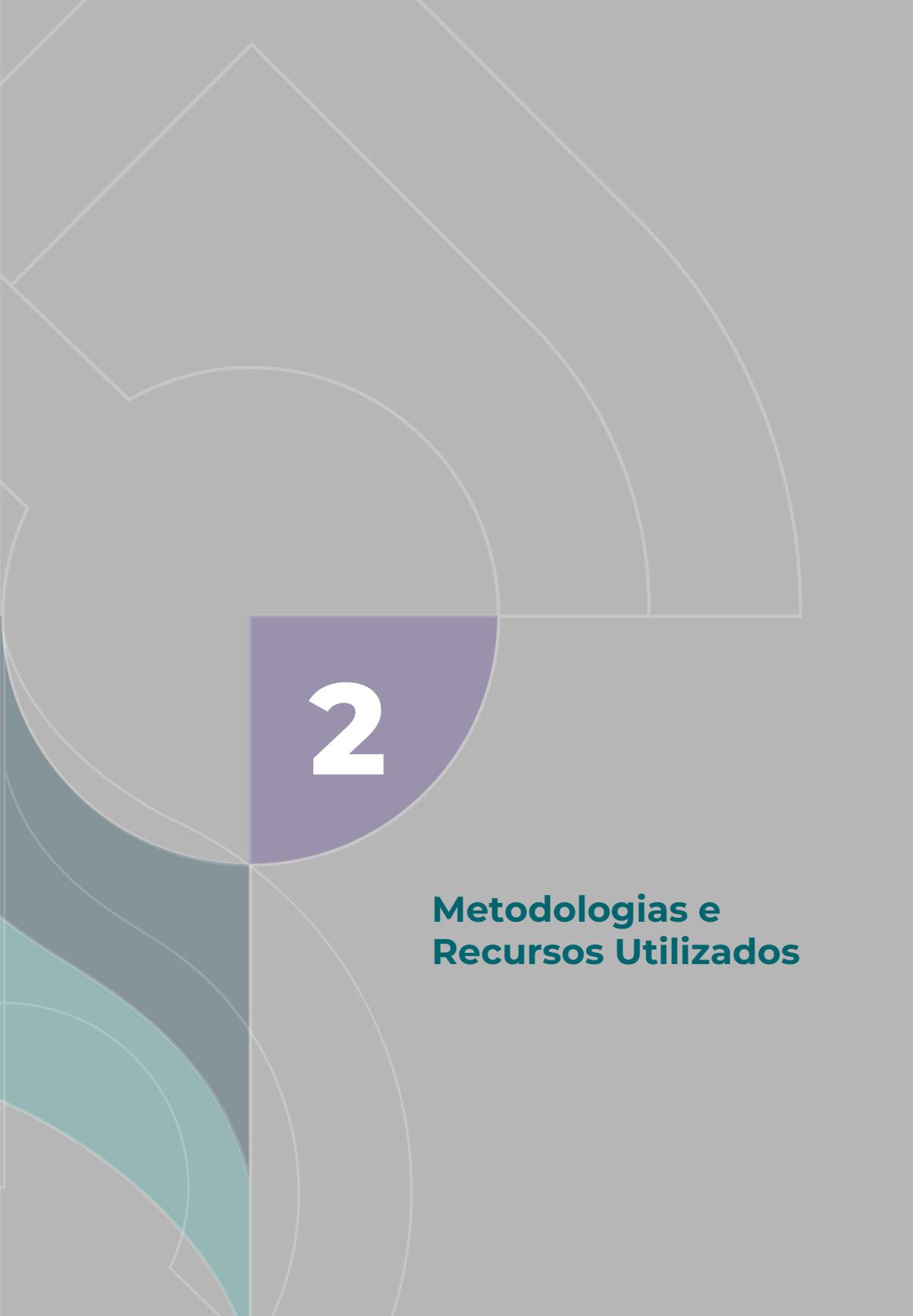
As oficinas contaram ao todo com 882 participantes, sendo 110 gestores de curso, 274 docentes, 202 estudantes (graduação e residentes), 106 representantes institucionais (SGTES/Ministério da Saúde, Ministério da Educação, OPAS, CONASEMS, COSEMS, Rede Unida, CRM, DENEM, UNA-SUS, AMB, EBSEMERH, SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, ABRAHUE) e 173 equipe ABEM (Coordenação do projeto, Direção Nacional, Direções das Regionais, Coordenação Pedagógica, Secretaria).

Ocorreram dentro do prazo planejado e cumpriram seus propósitos, tanto em relação ao público presente, quanto na qualidade de suas produções. Durante a realização dos eventos, foi possível identificar, além da integração entre as pessoas participantes, manifestações de contentamento e reciprocidade, reconhecendo a pertinência do projeto diante do atual contexto da educação médica no Brasil e no mundo, bem como o tempo decorrido sem discussões nacionais sobre a temática da formação médica, ao tempo em que experimentação do atual documento das Diretrizes Curriculares Nacionais completa uma década.

A metodologia adotada contou com estratégias ativas para a produção de conhecimentos, garantindo a participação de todas as pessoas e o estabelecimento de discussões pertinentes no curto espaço de tempo do qual dispúnhamos. Recursos como a produção de imagens fotográficas e nuvens de palavras,

utilizados durante as oficinas possibilitaram aos leitores do relatório uma pequena imersão na diversidade de pessoas, culturas, pensamentos e sentimentos que se fizeram presentes em todo o território nacional durante esses dois meses de intenso trabalho.

Dessa forma, o presente relatório pretende visibilizar e valorizar, revisitando o percurso metodológico das oficinas (apêndice 1), a produção deste início de jornada, além de sistematizar as principais contribuições em relação às diretrizes curriculares e aos critérios e indicadores para a avaliação da qualidade da formação médica no Brasil. Vale destacar que o projeto como um todo guarda em si o compromisso de contribuir para o estabelecimento de um novo patamar de qualidade e confiabilidade da Educação Médica Brasileira, destacando o compromisso com a redução de iniquidades sociais no Brasil, produzindo um conjunto de informações capazes de subsidiar um balanço dessa década de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais e a prospecção de ações e políticas públicas para os próximos anos.



# 2

## **Metodologias e Recursos Utilizados**

“Não há saber mais ou menos.  
Há saberes diferentes.”

**Paulo Freire**

A proposição da metodologia OFICINA como espaço privilegiado de construção coletiva de saberes e práticas, encontra nas afirmações de Onocko-Campos (2011) uma ancoragem:

a palavra *oficina* vem de ofício (do latim *officium*) e expressa uma modalidade em que o modo de fazer, além de ser transmitido artesanalmente de uns a outros, tem um sentido de experiência partilhada. (p. 1281)

Com este referencial, as OFICINAS REGIONAIS, sustentadas pelo desenho organizacional da ABEM (nove Regionais, abrangendo todo o país) buscaram articular o trabalho em grupo, a discussão entre pares, a construção de sínteses provisórias nos pequenos grupos e plenárias. Estes movimentos, imbricando ação-reflexão-ação, traduzem o entendimento da *inteligência coletiva* como obra comum, integradora das diferentes *inteligências singulares*, compondo consensos e reconhecendo dissensos.

Todas as oficinas contaram com a realização de uma sessão de abertura, para a qual foram convidados a representação regional da ABEM (docente e discente), integrantes da coordenação geral do projeto, representação do Ministério da Saúde (SGTES), Ministério da Educação (SESU), OPAS, COSEMS, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Regional de Medicina. Houve variações na representatividade em cada região, que serão explicitadas na breve descrição das características de cada oficina, no decorrer deste relatório. Na sequência, foi realizada a apresentação do escopo geral do projeto e do relatório da oficina nacional, realizada em dezembro de 2023, com abertura para questões. Dando seguimento ao acolhimento das pessoas participantes, foi utilizado um software de alimentação simultânea de informações, para identificar os nomes das pessoas, instituições, categoria (se estudante, docente, gestor ou representante institucional), e suas contribuições para o encontro.

Neste momento, as pessoas participantes foram distribuídas em grupos de trabalho previamente organizados por cores. Iniciando

o trabalho de produção nos grupos, a **primeira estratégia metodológica** utilizada tratou de reconhecer os saberes prévios das pessoas que participaram das oficinas, partindo da estratégia **“O QUE SABEMOS SOBRE”**. Esta estratégia, fundamentada<sup>1</sup> nos princípios da andragogia, tem como principal objetivo mensurar os saberes de cada participante e do grupo como um todo, buscando estabelecer uma síntese de referências acerca dos instrumentos e mecanismos de referência para a educação médica brasileira. Esta estratégia foi seguida de uma plenária de compartilhamento em grande grupo e de uma exposição dialogada com sínteses coletivas sobre a temática.

Seu objetivo inicial é valorizar o conhecimento que as pessoas trazem, construir coletivamente um conhecimento ampliado e identificar lacunas e dúvidas sobre alguns temas relevantes, todos relacionados à educação médica. Cada participante se manifesta sobre aquilo que sabe, sem cansaço ou desinteresse. Cada grupo responde a uma pergunta. A partir das respostas, se identifica o conjunto de conhecimentos que o grupo é capaz de formular e as lacunas de informação/conhecimento. Como objetivo secundário trabalhamos a capacidade de transformar um dado em informação legível e compreensível a todos, sem necessidade de explicações complementares. Ao final compartilham as respostas ampliando as informações.

Esta atividade foi escolhida porque alcança as dimensões da investigação do que sabem, da cooperação para construir o conhecimento e da organização da informação a ser divulgada. Promove o desenvolvimento da competência de auto avaliação do conhecimento, comunicação escrita, leitura e interpretação de informação, curiosidade para buscar o que não sabe, generosidade, para colocar seu conhecimento em favor de todos, cuidado com a informação que oferece, integração das diferentes questões relacionadas ao Curso e sua participação.

Para o desenvolvimento da Oficina, a escolha pela estratégia **Café Mundial** (Adaptado) emergiu como estruturante:

---

<sup>1</sup> É uma estratégia de avaliação, de levantamento de informações para realizar um diagnóstico situacional, concebida por Denise Herdy e Lia Silveira e integra as atividades do Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para Preceptoría e Docência da ABEM, publicada no Caderno de Ensino do Tutor pag 89 - Junho 2016

Trata-se de um processo criativo que visa gerar e fomentar diálogos entre os indivíduos, a partir daí criando uma rede viva de diálogo colaborativo que acessa e aproveita a inteligência coletiva para responder questões de grande relevância para organizações e comunidades (The World café, s.d).



O Café Mundial é uma estratégia comunicacional, criada em 1995 por Juanita Brown e David Isaacs (Brown & Isaacs, 2007), que vem sendo utilizada em vários países (Bumble & Carter, 2021) e em vários contextos (Fouche & Light, 2010, Machado & Passos, 2018, Bazilio et al. 2020, Bumble & Carter, 2021). Sua utilização vem sendo empregada quando se deseja discutir questões de interesse comum, de forma colaborativa, numa verdadeira polinização de ideias e significados, na medida em que os participantes circulam entre as mesas (Brown & Isaacs, 2007, Fouche & Light, 2010, Machado & Passos, 2018, Bazilio et al. 2020, Bumble & Carter, 2021)

Para sua realização, a estratégia, voltada para grandes grupos, se baseia em alguns princípios (Brown & Isaacs, 2007): criação de um ambiente acolhedor e seguro onde todos os participantes sintam-se confortáveis para expressar suas ideias e opiniões;



ter objetivos bem definidos para um determinado contexto (levando em consideração o público alvo, os temas ou questões e a natureza do produto que se quer alcançar); questões que sejam relevantes podendo ser a mesma ou diferentes nas várias rodadas de conversas; buscar que todos participem numa construção colaborativa, conectando as diversas perspectivas dos viajantes (denominação dada aos participantes na estratégia; valorização tanto dos momentos de fala quanto de escuta (sendo essa última um dos fatores que mais incrementa sucesso a estratégia) e, por fim, buscar ao final conectar tudo que foi discutido em todas as mesas (Brown & Isaacs, 2007).

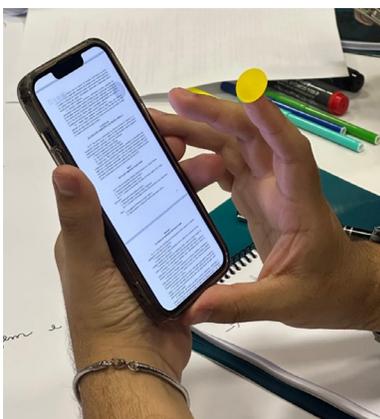
Sustentado nestes princípios para o Projeto Formação Médica, optou-se pela estratégia com algumas adaptações necessárias para os objetivos propostos. Optou-se por trabalhar em cada sala com 4 mesas com 10 participantes (buscando grupo com diversidade de experiências e instituições), com diferentes tópicos/temas em cada mesa e todos os participantes rodando juntos em cada rodízio, de forma a propiciar que todos tivessem a oportunidade de colaborar com todos os temas discutidos. Em cada mesa manteve-se a presença de dois participantes fixos (um âncora coordenador e um âncora relator). O Âncora coordenador era responsável por facilitar o processo de trabalho, orientando a necessitando da participação de todos e registrando em uma folha de flipchart na mesa as contribuições, validando-as ao final da rodada. No início de cada rodízio, após a leitura do tema central da mesa, fazia uma síntese das contribuições ao grupo que chega e continuava os trabalhos. O Âncora relator tinha como função a digitação de todas as contribuições das rodadas.

Finalizado o circuito de rodadas, os participantes retornam em suas mesas de origem e analisam as contribuições de todos os participantes.

O Café Mundial foi utilizado em dois momentos das Oficinas. No Dia 1 com o objetivo de analisar as DCNs 2014, identificando as contribuições para sua revisão, de forma ampla e participativa, tinha nas mesas as seguintes comandas:

Em relação às DCN de 2014, o que deve ser revisto/ajustado nas DCNs, neste momento?

- **Mesa 1: O que TEM e precisa SER MANTIDO**
- **Mesa 2: O que TEM e precisa SER APRIMORADO**
- **Mesa 3: O que TEM e precisa SER RETIRADO**
- **Mesa 4: O que NÃO TEM e precisa SER INCLUÍDO**



Ao final de cada rodada, a partir da segunda, os participantes recebiam um dot (bolinha colorida) e de forma individual colocavam-na no que consideravam ser mais imprescindível para constar nas DCNs de 2024, mas que também se constituiu como muito desafiador para ser implementado. Exceção da mesa 3, pois nesta era analisado o que precisa ser retirado.

As rodadas tinham duração de 15 minutos e ao final os participantes voltavam a sua mesa original tendo 5 minutos para analisar todas as contribuições e fazer uma síntese para ser apresentada na Plenária. O número de salas foi definido a partir do número de participantes inscritos em cada Regional ABEM. Assim, na Plenária foi sorteada a sala e número da mesa para que o relato da síntese, seguida das contribuições desta mesa das outras salas.

No desenvolvimento do Café Mundial (adaptado), as metodologias e recursos utilizados priorizaram as expressões dos e das participantes, na perspectiva de composições de mosaicos que, sem perder as singularidades, traduzissem o trabalho coletivo: as nuvens de palavras, os registros no *flip chart*, os marcadores com sinalizações, a fixação dos painéis nas paredes das salas para uma “releitura” em ato, toda uma composição intencional de promoção do diálogo, interação, criação, reconstrução.

No segundo dia do encontro, os grupos foram convidados a refletir e produzir acerca dos critérios de qualidade para a formação médica, de acordo com a seguinte questão orientadora: “Quais os CRITÉRIOS de qualidade da educação médica que o grupo considera ESSENCIAIS para avaliar”

Os grupos foram divididos em salas e mesas temáticas, de acordo com os seguintes tópicos:

### **Primeira sala:**

**Mesa 1: Responsabilidade social**

**Mesa 2: Cenários de práticas /integração ensino serviço**

**Mesa 3: Cuidado com o discente**

**Mesa 4: Internato**

### **Segunda sala:**

**Mesa 1: Infraestrutura**

**Mesa 2: Projeto pedagógico**

**Mesa 3: Corpo de educadores: docentes e preceptores**

**Mesa 4: Avaliação do estudante**



Após discussão nas mesas, as equipes eram convidadas a complementar a produção das demais mesas. A ideia de cada percepção singular é enriquecida pela percepção das demais pessoas que integram o grupo de trabalho. Cada rodada, os olhares individuais eram agregados pelo olhar coletivo. Esta atividade foi finalizada com uma grande plenária de compartilhamento, envolvendo todas as pessoas que participaram da oficina.

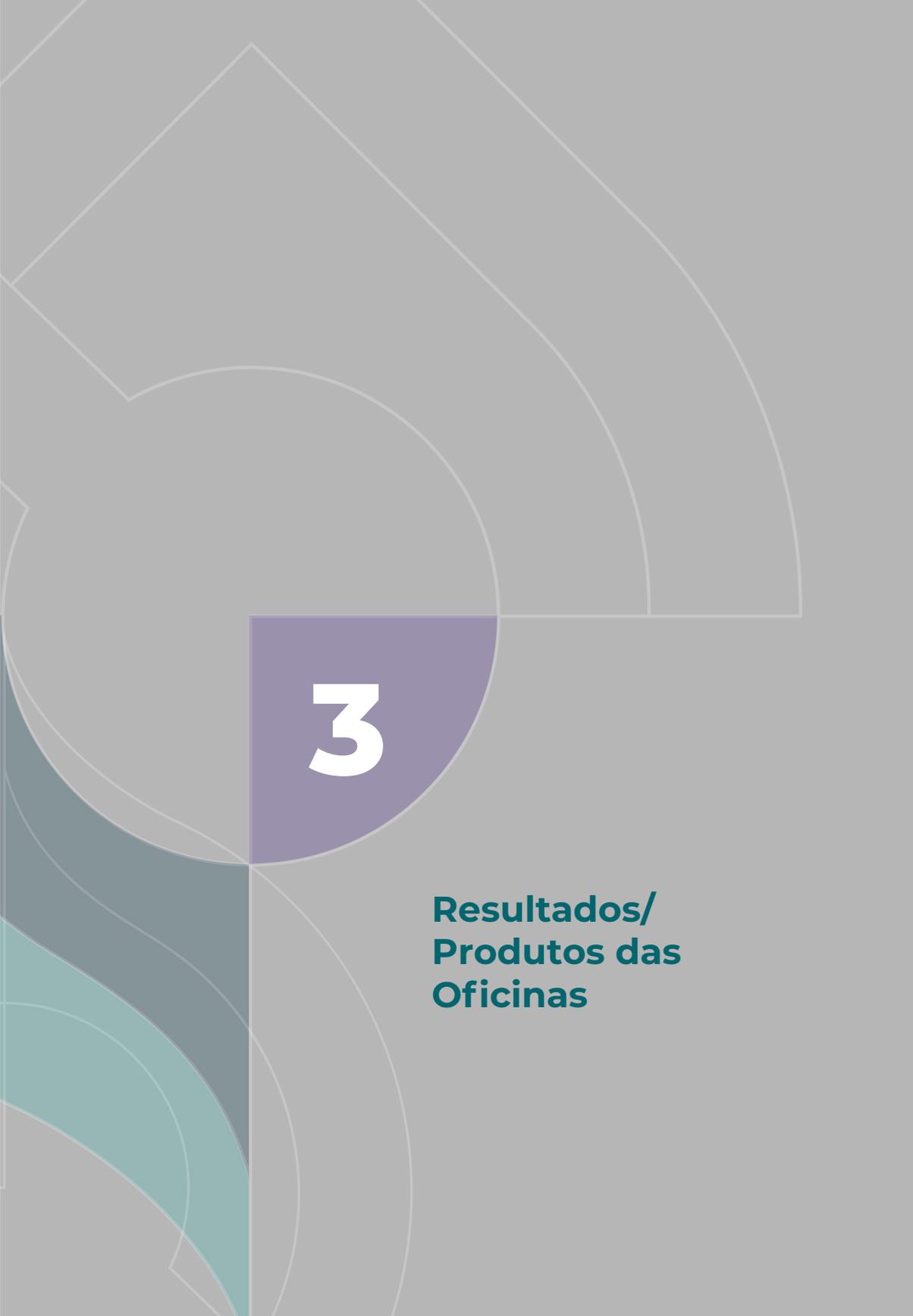


Esta estratégia foi escolhida pois agrega à sistematização o elemento lúdico e criativo, estimulando a comunicação, capacidade interpretativa e prática colaborativa como essenciais para a produção de um clima colaborativo para o trabalho em equipes. O exercício da memória e de conexão entre a linguagem escrita e a expressão visual das nuvens amplia a competência de integração de conteúdo. Para quem elabora o Wordle, a capacidade de escolher e decidir a melhor nuvem é competência em aprimoramento.

Em alguns momentos estratégicos também foi utilizada a **“exposição dialogada”**, que tratou de apresentar o conteúdo principal de cada etapa das oficinas, oferecendo às pessoas participantes espaços de aprendizado, reflexão e construção coletiva.

O roteiro estabelecido para o desenvolvimento das oficinas encontra-se no apêndice deste relatório.





**3**

**Resultados/  
Produtos das  
Oficinas**

### 3.1 SOBRE AS DIRETRIZES CURRICULARES

Toda discussão acerca da implementação de reformas educacionais perpassa pelo conceito chave do currículo. Ele se constitui no campo da educação como sendo um dos elementos centrais em torno do qual giram diversos debates sobre a escola e seu significado social.

Nesse sentido, o currículo educacional não pode ser analisado fora de sua constituição social e histórica e por ser uma área contestada é uma arena política. Não é possível alegar qualquer neutralidade a respeito do papel do conhecimento organizado em forma curricular e transmitido nas instituições de ensino. O currículo, conhecimento organizado para ser transmitido nas instituições, passa a ser visto enquanto relações históricas implicado na produção de relações assimétricas de poder no interior das escolas e da sociedade.

Reflexões que envolvem a implementação de mudanças curriculares geralmente se concentram em torno de respostas que apontem, com certa precisão, o que deve ser transmitido e como deve ser feita esta transmissão nos variados níveis de formação. Com este tipo de procedimento, é mais provável que se permaneça muito próximo daquilo já instalado, tendendo a reproduzir as mesmas situações.

Questões relativas ao “como” do currículo, embora relevantes, só adquirem sentido dentro de uma abordagem que as considere em sua relação com as questões referentes ao “porquê” das formas de organização do conhecimento escolar. O currículo não é um elemento neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social, mas implicado em relações de poder, transmitindo visões sociais particulares e interessadas, devendo ser concebido como mecanismo essencial na constituição de identidades individuais e sociais particulares. Por seu caráter temporal, possui uma história vinculada a formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação (Moreira; Silva, 1994).

Dessa forma, as diretrizes se configuram como expressão do compromisso que as mudanças necessárias na formação teriam ao propor responsabilização social por parte das universidades nos campos da saúde e da educação, já que

o contexto de sua modulação se deu no bojo de interesses e orientações articulados a construção de um sistema público de saúde, democrático e tendo como referência a busca pela universalidade e integralidade da atenção.

Como afirma Almeida (2007), as diretrizes curriculares expressam uma orientação geral, algumas vezes genérica, justamente porque não pretendem ser a expressão de um Currículo Nacional. As orientações das diretrizes estimulam as escolas a superar as concepções conservadoras, a rigidez, o conteudismo e as prescrições estritas existentes nos currículos mínimos, mas não definem um caminho único a ser seguido. As diretrizes curriculares, portanto, são referências para as discussões referentes à formulação, desenvolvimento e avaliação do projeto político pedagógico dos cursos, sem ter a função de estabelecer currículos e formatações para os mesmos.

No exercício de sua autonomia as instituições de ensino formulam e organizam projetos pedagógicos, estratégias e modos de fazer articulados às demandas sociais da sociedade brasileira e às necessidades locais onde se inserem.

Nas atividades desenvolvidas durante as oficinas, ficou evidente o reconhecimento acerca do avanço das Diretrizes Curriculares de 2014 em relação ao documento de 2001. Também foi relatado que ainda não houve tempo para implementar, tampouco analisar de forma consistente sua proposição junto às escolas médicas brasileiras. As discussões oscilaram entre os aprendizados, inclusive sobre o caráter técnico e operacional dos documentos das diretrizes, visto que algumas pessoas tampouco conheciam este documento.

Das formulações dos grupos, foram recolhidos os seguintes aprendizados sobre as temáticas sugeridas:

- A LDB e o currículo mínimo com ênfase na construção das DCN: orientação que envolve todos os níveis de educação, desde o técnico até o superior, abordando questões étnico-raciais, responsabilidade social, cidadania e determinantes sociais. Já o currículo mínimo traz o que é essencial/nuclear nos diversos campos em 3 grandes áreas: atenção à saúde; educação em saúde e gestão.

- A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) foi fundamental na elaboração das DCN de 2001 porque debateu nos fóruns: avaliação, abertura de novas escolas, formação docente e teste de progresso inicial. Criada em 1991, na época havia 81 escolas médicas no Brasil, o que favoreceu a participação ativa dos estudantes nas discussões. Sua atividade chega ao fim após a construção das DCN, dentre outros motivos pela falta de financiamento.
- O processo de construção das DCN de 2001 diz respeito a um processo de planejamento mais coletivo com participação de entidades representativas, contemplando maior tempo de debate. Estrutura-se a partir de um documento mais sucinto que destacou principalmente a implantação da Atenção Básica na formação médica e a crítica/ruptura com o modelo hospitalocêntrico.
- O processo de construção das DCN de 2014 levou em consideração as necessidades do SUS na formação médica com perfil generalista, situando o discente no centro da formação. Reforçou a importância do desenvolvimento de habilidades cognitivas, interprofissional, trabalho em equipe e humanização nos processos. Sinaliza sobre a importância da prática nos períodos mais iniciais e horizontalidade em relação aos saberes na perspectiva da interdisciplinaridade.

Houve vários consensos e um, em especial, relacionado ao cuidado para que as diretrizes curriculares não se configurem em listagens de conteúdos curriculares, o que aproximaria de um currículo mínimo. Da mesma forma, houve reconhecimento e validação da estratégia metodológica produzida, bem como dos resultados alcançados coletivamente.

Após a realização das oficinas, houve a sistematização das contribuições e validação do documento produzido durante o 62º Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Belo Horizonte, em setembro de 2024. Na sequência, foram recebidas contribuições e o documento final foi encaminhado ao Conselho Nacional de Educação.

## 3.2 SOBRE OS CRITÉRIOS DE QUALIDADE

A reflexão sobre os critérios e indicadores de qualidade para a regulação das escolas médicas no Brasil, ocorreu no segundo dia das oficinas, após explanação dialogada sobre os conceitos básicos em avaliação, com resgate e contextualização teórica sobre os princípios para programas com foco na escola médica. Os participantes registraram contribuições, as quais foram apresentadas em plenária, sendo identificadas as seguintes propostas por INDICADOR privilegiado:

### 3.2.1 INFRAESTRUTURA

Em relação à infraestrutura para os cursos de medicina, os participantes fizeram propostas para ambientes internos e externos à sede do curso. No que tange ao AMBIENTE INTERNO, destacaram-se: Recursos Humanos para gestão (Docentes, Discentes, Secretariado, Técnicos); recursos da tecnologia digital como: Wi-fi, computadores, ar condicionado, data-shows, Google Class Room e TICs (tecnologias da informação e comunicação), softwares; laboratórios didáticos e informática; presença de laboratório de simulação, habilidades, gamificação, inovação e metodologias ativas; laboratórios com recursos/equipamentos adequados ao número de alunos/Biotério; garantia de ambientes seguros (mapa de risco); banheiros em quantidade adequada e adaptados a PCD; salas de aula para parte teórica que acomodem todos os alunos e auditórios; salas para secretaria, coordenação, corpo docente com Wi-fi, computadores, ar condicionado; sala de reunião para secretaria, coordenação, corpo docente; salas adequadas para atendimento e discussão de casos e aplicação de metodologias ativas; salas para pequenos grupos (tutorias); núcleos que trabalhem articulações externas; - área de descanso/lazer para docentes e discentes; áreas verdes; espaços que fomentem cultura; restaurantes universitários com preços acessíveis e/ou refeitórios; banheiros com manutenção adequada; acessibilidade (pessoas com deficiência visíveis e invisíveis; pensar acessibilidade independente do ingresso de estudantes PCDs, para que não seja realizado a partir do ingresso desse estudante no espaço); 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); estacionamento; salas com micro-ondas e geladeira; acessibilidade via transporte público; salas de estudo individuais/grupos e biblioteca; EPI e privativos; segurança do discente; salas para Centro Acadêmico e Atlética e órgãos estudantis (IFMSA); quadras poliesportivas, academias e vestiários; apoio a permanência dos discentes com moradias, apoio psicológico, transporte; acervo digital/físico e plataformas à MBE (UpToDate); possibilidade de bolsas de estudos, subsídios; sala para Comitê de Ética e NDE; sala para iniciação científica; sala para RH; estrutura com incentivo a sustentabilidade (coleta de lixo, medicamentos); rede de contato para permanência do discente; arquitetura moderna; copa para professores e preceptores; sala de amamentação e fraldário. A importância da biblioteca também foi pontuada, sendo fundamental um acervo físico e digital (periódicos, bases de dados, além do acesso à impressão (cotas para professores e docentes).

No que se refere às propostas relativas ao AMBIENTE EXTERNO, destacaram-se: priorização e garantia dos cenários prioritariamente nos serviços SUS; acessibilidade: transporte para projetos de extensão; materiais necessários nos campos de estágio para o atendimento e higiene dos alunos; estacionamento; salas de aula nos campos de estágio; segurança; sala para COREME; hospital escola e ambulatórios; valorização do COAPES; salas de conforto; sala de apoio ao aluno no cenário de prática; sala de trabalho para preceptores e professores; salas de apoio professores/preceptores e alunos; copa; integração serviço prático e universidade; boa assistência ao aluno e preceptores; campos de estágio para atendimento primário, secundário e terciário; sala para o corpo clínico nos campos de estágio.

### 3.2.2 PROJETO PEDAGÓGICO

Por referência aos critérios dos projetos pedagógicos para os cursos de Medicina, diversos pontos foram discutidos, sublinhando-se: perfil do egresso como generalista e acompanhamento do egresso; CPA; curricularização da extensão; extensão socialmente referenciada; adesão às DCN; papel social com ênfase para o SUS; projeto pedagógico relacionado às necessidades de saúde da população; regionalidade e responsabilidade social; projeto

customizado regionalizado (abordar particularidades de cada região para disciplinas curriculares); critérios de competências; estratégia para entender estrutura do SUS; bases conceituais e epistemológicas; plano de ensino com presença de ensino longitudinal como bioética, saúde coletiva, medicina baseada em evidências, cuidados paliativos, espiritualidade, segurança do paciente, habilidades de comunicação e se de fato estão dentro do projeto pedagógico; currículo integrado; currículo estruturado em linhas de cuidados; ética médica permanente; espiral ascendente, mais atividades e valores; direitos humanos à formação humanista e horizontal; ênfase para a qualificação dos médicos na APS; metodologias de ensino múltiplas que contemplem a aprendizagem de competências (conhecimento, habilidade, atitude); ementário/matriz curricular; flexibilização curricular – autonomia; infraestrutura (RH, estrutura física, apoio discente); presença de área verde.

Foi muito discutido quais elementos relativos à avaliação deveriam ser destacados no Projeto Pedagógico, como: avaliação focada nas DCN; blueprint e alinhamento consultivo à integração disciplinar; descrição dos métodos de avaliação; para cada item do instrumento de avaliação utilizar o método postulado de coerência (coerência entre método, propósito e avaliação); critérios de avaliação (média, falta, exame) do estudante (programático e formativo), curso e professores; processo formativo; uso de feedback; avaliação 360 (paciente, professor e aluno); processo avaliativo com teste de progresso; níveis de avaliação gradativa e permanente; formas de avaliação do curso, docentes, preceptores; avaliação da satisfação de egressos (empregabilidade).

Também foram destacados os critérios voltados ao desenvolvimento docente, que incluam valores e atividades para além de metodologias ativas; descrição do processo de formação do docente de maneira permanente; formação humanitária, letramento: populações vulneráveis, gênero, pcd, neuro divergente à formação médica com apoio institucional; formação inicial, continuada e capacitações; plano de carreira com valorização de ensino e extensão; atualização periódica (com integração interdisciplinar) e representação discente; clareza no planejamento e implementar de acordo com as necessidades locais e disciplinas; presença de política de

promoção de formação e desenvolvimento do docente/área pedagógica para que haja aprendizado contínuo; conter proposta para a avaliação de docentes e preceptores; descrição do processo de formação do preceptor permanente; estágio rural (houve controvérsias); promoção da interdisciplinaridade curricular; capacidade de atendimento em equipes; noções da carreira médica e profissionalidade (papel social); estrutura de gestão – colegiado, NDE.

Dentre os critérios sobre estímulo da autonomia discente no Projeto Pedagógico, destacaram-se: atividade complementar; mentoria, ligas, atividade voluntária, cursos, congressos, iniciação científica com ou sem bolsa, artigos, autocuidado; (comprovada e com carga horária mínima); eletivas (grade flexível); políticas de permanência estudantil à RU, Moradia, auxílios; incentivo a pesquisa e produção científica; aprendizagem de Libras como conteúdo obrigatório; questionamento sobre estabelecer a duração do curso médico; prever a forma de revisão curricular com ênfase na colaboração representativa de discentes, docentes, técnicos administrativos e gestão de modo sistemático; participação estudantil.

Por fim, outros importantes critérios para a composição do Projeto Pedagógico foram apresentados, sendo eles: obrigatoriedade de adesão do TPI; possibilidade de flexibilização curricular, como inclusão de atividades complementares, internato e afins; currículo do internato; currículo baseado em competências; campo de prática na rede; COAPES – integração ensino-serviço; descrever como ocorre a integração ensino-serviço-comunidade; indicadores de impactação – PPC; incentivo à participação de movimentos estudantis; clareza em relação à estrutura financeira Intercâmbio; garantia de acessibilidade no Projeto Pedagógico; divulgação do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) para discentes e docentes.

### **3.2.3 CORPO DE EDUCADORES: DOCENTES E PRECEPTORES**

Em relação aos critérios de qualidade para avaliação do corpo de educadores, os participantes das oficinas indicaram critérios para docentes e preceptores. Quanto aos CRITÉRIOS PARA O CORPO DOCENTE, destacaram-se: visão multidisciplinar;

rotinas operacionais: assiduidade, pontualidade, lançamento de notas; formação pedagógica ou titulação (mestrado, doutorado) e didática; percentual mínimo de doutores e de especialistas em educação; proporção de titulação por módulo; quantidade mínima de professores parciais e totais; participação em programas de educação permanente; formação em educação médica; participação em órgãos deliberativos (Colegiado, NDE); apropriação do PPC do curso e planejamento pedagógico; proporcionalidade entre professores e preceptores para as atividades previstas; carga horária; tempo de experiência profissional; agilidade em formular plano de ensino; participação em órgãos de gestão acadêmica (coordenação de módulos ou disciplinas); conduta ética; ter qualificação sobre as práticas inclusivas (para discentes autistas, deficientes auditivos, diversidade); avaliação dos componentes da CPA; presença de uma rede de cuidado com o docente; qualidade do bem-estar, como por exemplo a saúde mental dos docentes; participação em plano de desenvolvimento docente; existência de critérios de admissão; uso de metodologias ativas; experiência em uso de tecnologias de informação; capacitação dos docentes: avaliar os processos de capacitação docentes presentes na escola, a porcentagem de docentes que participam do programa e quais são os resultados da avaliação após participação na capacitação; avaliação de satisfação do aluno que avalie o efeito da capacitação docente no processo de aprendizagem da escola; instituição de processos de capacitação remunerados, seja financeira ou com “moedas de troca”); vínculo institucional: garantir que os docentes entendam e se encaixem nas diretrizes pedagógicas do curso; inclusão de políticas afirmativas para os concursos de contratação de docentes, no campo étnico-racial e de gênero; valorização do docente: plano de carreira, premiações simbólicas e financeiras (incentivos), valorização da experiência/formação do docente e de sua participação e engajamento em educação médica; transparência dos critérios de avaliação dos docentes pela coordenação, feedback das avaliações aplicadas; atualização anual dos Planos de Ensino e Aprendizagem, com respaldo e compreensão do corpo discente; sistema de estímulo à participação dos discentes nas avaliações do corpo docente; estabelecimento de papéis e funções claras para preceptor, professor, mentor e tutor; telemedicina e telessaúde sem serem excludentes.

Houve, também, destaque para a discussão sobre a importância da produção científica, a participação em eventos de extensão e pesquisa, sublinhando que a pesquisa vinculada à extensão requer retorno para a comunidade. Ou seja, incentivar a relação entre a pesquisa e a extensão para atender demandas daquela comunidade, atendendo a aquelas necessidades.

E, ainda, docentes e preceptores devem ser preparados em gestão, conforme o tripé das DCN de 2014, sendo necessária a prospecção social, a formação de redes de comunicação e de apoio à formação. A responsabilidade social desses atores: ambos estão inseridos no âmbito da social accountability, com promoção do intercâmbio e troca de experiências.

Quanto aos CRITÉRIOS PARA PRECEPTORES foram apontados os seguintes: estabelecer percentual de preceptores médicos; utilização de medicina baseada em evidências; atualizações nas melhores e recentes evidências possíveis; presença em campo de estágio; proporcionalidade entre professores e preceptores para as atividades prevista; boa relação preceptor-aluno; disponibilidade e tempo em ensinar; conduta ética; profissionalismo e empatia; disposição em inserir o discente no campo de prática; existência de critérios de admissão; carga horária.

E também, foi apontado a importância dos gestores se aproximarem da formação dos profissionais, possibilitando na prática o SUS como organizador do ensino; possibilitar a participação em congressos e outros eventos; processo de capacitação remunerado e avaliação programática do desempenho dos preceptores, feita por discentes e docentes da coordenação do curso; vínculo institucional: garantir que os preceptores entendam e se encaixem nas diretrizes pedagógicas do curso e nos planos de ensino da disciplina na qual eles participam; acompanhamento dos indicadores de qualidade da assistência local, considerando o papel assistencial dos preceptores; equipe multiprofissional atuando como preceptores para ampliar a visão do aluno sobre a cadeia interprofissional da saúde, em todos os cenários e níveis de saúde.

### 3.2.4 AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE

Em relação aos critérios de qualidade da avaliação do estudante, foram enfatizadas diferentes dimensões, desde a apropriação de conteúdos específicos, saber os tipos de avaliações (cognitivo, afetivo, atitudes), sendo um eixo norteador para práticas pedagógicas em sinergia. Uma dimensão igualmente relevante, abrange a necessidade dos e das discentes saberem como são avaliados/as, com clareza e transparência, explicitando nos planos de ensino as competências. Foi sublinhado, ainda, que é preciso compor o processo avaliativo em sua diversidade e abrangência (avaliação diagnóstica, formativa, somativa, avaliações programáticas e longitudinais autoavaliação, heteroavaliação, avaliação por pares).

Em todos os processos avaliativos, emergiram como fundamentais devolutiva individual ou coletiva, avaliação por competências, garantindo feedback efetivo (para validação das ferramentas de avaliação), com clara descrição e contextualização no Projeto Pedagógico do Curso. E foram ressaltadas as características de objetividade, interdisciplinaridade, contextualização (clínicamente/socialmente/cultural), programas de remediação e recuperação, constituição de grupos de trabalho ou comissões.

A referência à avaliação programática emergiu de forma significativa e representatividade, sendo reiteradas as manifestações de sua importância para uma formação médica acompanhada, monitorada e comprometida com as pessoas e suas necessidades. E neste contexto, a importância de formação docente e discente para práticas avaliativas que não se reduzem a métricas, expressando perspectivas críticas e compromisso com diversidade de instrumentos que possam dimensionar conhecimentos, atitudes e comportamentos (Vestimenta, Pontualidade, Proatividade, Relações interpessoais (com colegas, equipes, docentes e preceptores)); comunicação (comunicação não-violenta; alça-fechada; protocolo SPIKES...), humanização; comprometimento; ética.

Em diversos momentos, os e as participantes expressaram a desejo de avaliação seriada, avaliação por competências (conceitos; formativa), avaliação prática (OSCE), meta avaliação, avaliação multiprofissional, Teste do Progresso, na perspectiva

de contribuir para a implementação de processos avaliativos participativos, com registro contínuo e compartilhado, alcançando os desempenhos dos/as estudantes nos cenários de prática.

### **3.2.5 CENÁRIOS DE PRÁTICAS/INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO**

Estrutura física e Laboratórios multidisciplinares (Anatomia, Fisiologia, Microbiologia...) com insumos suficientes para as práticas, sintéticas e orgânicas (questões éticas); adequadamente equipados para simulações; garantia da anterioridade de procedimentos *in vitro* antes de ir *in vivo*, oportunidade de múltiplos procedimentos; simulação em realidade virtual; mecanismos para garantia da segurança do paciente e dos estudantes; exercício da humanização. Localizado preferencialmente no SUS acompanhado por profissionais do SUS.

Proporção entre alunos e capacidade dos equipamentos e quantidade máxima de alunos por aula de laboratórios anatomia/microscopia profissionais dos laboratórios atualizados e capacitados, existência de convênios para cenários diversificados, SUS e instituições particulares: hospitais, UBS... abordagem interprofissional (docente e discente – com adequação docente); práticas orientadas para o serviço (baseado em diagnóstico situacional baseada na necessidade loco regional) e com estudante incluído na rede com garantia de amplitude nosológica e assegurada a prática estudantil, voltada para o exercício do controle social.

Plano de atualização e capacitação dos profissionais dos laboratórios e educação continuada; sessões clínicas integradas professores/estudantes/preceptores com garantia da carga horária; apoio e manutenção de residências médicas e multiprofissionais com formação docente e discente para o cuidado na diversidade, inserção precoce, desde o ciclo básico, considerando a qualidade (tempo, infraestrutura, relação com o preceptor/comunidade/equipe multiprofissional); abranger ensino-serviço-gestão-comunidade com Integração faculdade de medicina e preceptores de fora da universidade (capacitação/integração preceptor-escola, bem como dos agentes das unidades, educação permanente celebrados por termo de

cooperação com definição de obrigações e direitos de ambas as partes para diversidades de cenários e os setores primário, secundário, terciário e permitam a Integração do estudante com o ambiente integração (recursos humanos, territorialização e continuidade do cuidado).

Avaliação que inclua o aluno, a comunidade (com feedback da comunidade assistida [usuário dos serviços]) a equipe assistencial (como o aluno participou da equipe [participação ativa, postura], por meio da criação de instrumentos de avaliação por parte da unidade, para guiar. Com devolutiva institucional, direcionada ao aluno, acerca do relatório das suas atividades, a partir do perfil baseado em critérios das DCNs e da inserção no território. Mecanismos de feedback dos cenários de práticas e preceptores e a de partir ferramentas coerentes com os objetivos de ensino aprendizagem no cenário escolhido e adote a metodologia ativa na avaliação (competências, habilidades, atitudes) Avaliação que inclua capacidade; aprendizado; acolhimento; planejamento das atividades; diversidade de cenários (UBS, Hospital, Equipe multi) preceptor; acolhimento dos estudantes, Interdisciplinaridade.

Ambientes que permitam o desenvolvimento da atenção, gestão, e educação em saúde, conhecimento da realidade do território, contextualização dos conteúdos na prática, possibilidade de reconfiguração das etapas de aprendizagem, inclusão do estudante nos anos iniciais, foco na prevenção e promoção. Contando com COAPES com atas, distribuição discentes/docentes nos cenários e contrapartidas explicitadas (documentadas); existência de PET Saúde e possibilidade de acolhimento de projetos de pesquisa e extensão com necessidades do coletivo, diagnóstico das demandas reais da comunidade.

Preceptores qualificados e em número adequado ao processo ensino-aprendizagem contando com estratégias para melhoria das condições trabalhistas (planos de carreira, ampliação de remuneração, formação continuada e clareza da contratação) e integrados aos cursos, ambiente de aprendizagem com evidência de acolhimento e interação; estabelecimento de metas de qualidade e reavaliação das metas periodicamente relacionadas aos serviços de saúde (critérios qualitativos e quantitativos ampliação da ESF e satisfação dos pacientes evidenciada pelo

aumento da demanda e do retorno da continuidade do cuidado) com avaliação contínua dos cenários com os indicadores de saúde (utilizando os Sistemas de Informação).

Identificação do impacto real e necessário na comunidade, e da interferência no currículo de acordo com o feedback recebido da comunidade, avaliação discente dos docentes e preceptores nos cenários, para garantir a presença do preceptor (com instrumentos mensuráveis como google forms, aplicativos) e da instituição e do curso; avaliação pelos profissionais que atuam no cenário prático, dos usuários, de conselhos de saúde (Avaliação 360°).

### **3.2.6 INTERNATO**

Reconhecimento como parte do processo formativo e integrado aos componentes, orientado pelas DCN com Infraestrutura adequada/ cenários de práticas/ Proporção de discentes por preceptor /Docente com integração ensino-serviço, e acompanhamento do impacto dos indicadores de saúde nas unidades de saúde conveniada além de proporção alunos por leitos.

Contrapartida para rede e comunidade; instrumentos de pactuação e espaço para avaliação da percepção da comunidade; políticas de suporte para atividades fora do campus e zona rural, com mentoria para orientação de carreira profissional; existência de mecanismos de mobilidade estudantil internacional.

Carga-horária compatível e componentes que possibilitem integração teórico-prática e a autonomia do discente na produção do cuidado, com residência médica e multiprofissional proporcionando acompanhamento dos internos, e infraestrutura para internato fora de sede.

Existência de política de regulamentação e valorização com capacitação didática e pedagógica para atuação na preceptoria e oferta de estratégias de educação permanente. Estratégias de apoio psicossocial e instrumentos de identificação e estratégias de enfrentamento ao sofrimento psíquico com mecanismos de prevenção ao assédio, garantindo a não violência Institucional.

Avaliação formativa, multi-fonte, por competências com feedback com participação nos testes de progresso. Seleção de preceptores com perfil educador, com atividade profissional no SUS, com relações trabalhistas definidas, com plano de cargos e carreiras – SUS).

Cenários de prática adequados e voltados para a realidade do sistema local e voltados para o médico generalista Avaliação 360°, com interno, equipe e usuários. Abordando estrutura, processo e resultados; cultura de feedback (presença de oficinas de feedback para docentes e discentes), de forma processual/continuada de forma permanente para manter-se atualizado (do interno) e acompanhamento psicopedagógico com devolutivas para além de notas, que contemple a dimensão atitudinal e outros aspectos subjetivos e tenha prazo mínimo para devolutiva (mantendo a transparência ao final).

Definição de competências para além de conhecimentos clínicos, abordagem da simulação para o desenvolvimento de competências, na perspectiva da segurança do paciente; duração proporcional a carga horária do curso no mínimo 24 meses.

Desenvolvimento da preceptoria, qualificação do preceptor (aspecto pedagógico) Curso de capacitação periódica; formação contínua (incentivo, política). Foco no pedagógico, estabelecimento de atribuições da preceptoria, detalhamento do papel da preceptoria e articulação com a interprofissionalidade.

Plano de atividade para execução das atividades de internato com alternativa de remediação, dependendo do rodízio que é adotado para abono de faltas (discussão a respeito, sem consenso). Integração na teoria e prática com revisão dos aspectos comunicacionais entre os profissionais e estudantes, com abordagem das necessidades especiais, garantia de espaços, recursos e estratégias para inclusão. Existência de políticas educacionais que garantam a estrutura para funcionamento das atividades do internato com qualidade (COAPES, bolsa preceptoria, transporte, moradia). Existência de um sistema de avaliação formal (regimentado e com instrumentos apropriados, padronização, clareza, acessível ao estudante de forma contínua). Cenários de ensino-aprendizagem

em assistência em ambientes reais, diversificados; inseridos no SUS; com convênios formalizados entre instituições e 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); com indicadores de qualidade definidos para assistência primária; tempo mínimo estabelecido de estágio nas áreas de MFC, saúde mental e urgência e emergência; Diversificação de prática (populações rurais, privados de liberdade, ribeirinhos, LGBTQA+, indígenas). Vivências em regime de plantão. Preceptores direcionados pelas políticas públicas, e clareza da natureza dos papéis dos atores. A cobrança da frequência de 100% foi um tema recorrente na maior parte das Oficinas, como motivo de sofrimento para os estudantes (ausência de abono para intercorrências e problemas pessoais).

Um estudante sugeriu o pagamento de bolsa internato.

### **3.2.7 RESPONSABILIDADE SOCIAL**

Presença de Integração ensino, serviço e comunidade: convênios; COAPES; diagnóstico situacional loco regionais; inserção precoce; avaliação do usuário.

Existência do Programa de acesso e permanência; percentual de bolsas (Se a instituição oferece bolsas para acesso e permanência dos estudantes de origem diversas (critério institucional); auxílios para transporte, alimentação e moradia (ações afirmativas), apoio aos estudantes portadores de deficiência, PcD, Disciplinas optativas. Existência de política institucional para garantir desde a entrada até a conclusão, até pela forma de bolsa institucional por exemplo para alunos PROUNI, ou a isenção de mensalidade em IES particulares para alunos que comprovem vulnerabilidade socioeconômica. Bolsas de estudo para projetos de extensão e monitoria, com forma a garantir a continuidade do empenho do discente e a qualidade do serviço prestado à comunidade. Critério de permanência estudantil (índice de abandono) a cada dois anos.

Apoio ao educando e sua família, Cotas e financiamentos (cotas trans e travestis, cotas residência médica).

Consideração dos determinantes sociais. Pesquisas (Apoio financeiro) e presença das Relações étnicos raciais. Ingresso regionalizado. Inclusão de autores brasileiros que falam sobre racismo. Transversalidade do tema ao longo do currículo (competência cultural). Cultura de cuidado entre pares. Estímulo à extensão. Curricularização da extensão dialógica com a comunidade (não intervencionista, protagonismo da sociedade (espaço protegido). Tripartite Mediação do estado para acesso aos campos de práticas, Plano de extensão.

Sustentabilidade nas comunidades onde a IES está inserida. Consideração da biodiversidade e sustentabilidade nas comunidades onde a IES está inserida e da avaliação do usuário no item integração ensino-serviço. Presença de projeto que analisa impacto dos projetos de extensão na comunidade, voltados a comunidades locais. Presença de Pesquisa do perfil de egressos. Inclusão no PPC de conteúdos, como determinantes sociais, equidade em saúde, competência cultural, habilidade advocacia, formação e avaliação voltadas a dimensão latitudinal, inserção na interação de ensino na comunidade de maneira precoce e diagnóstico territorial.

Critérios de responsabilidade social. Indicadores de impacto da presença da escola na comunidade. Indicadores de inovação em conhecimento e tecnologia. Indicadores de estímulo à mobilidade estudantil. Presença de estímulo à sustentabilidade ambiental. Popularização da ciência e educação popular; incentivo a participação no controle social. Regionalização social; valorização dos conhecimentos dos povos nativos, humildade cultural. Desenvolvimento de responsabilidade social por docentes". Agenda com datas de encontros com a comunidade interna e externa para pactuar e reavaliar o impacto social da Escola; monitorização ao longo do tempo. Reunião 360° com todos os atores (gestores, estudantes, preceptores, usuários). Índice de satisfação da comunidade. Identificação de demandas da comunidade deve ser valorizado em relação a pesquisas, de forma que a consequência tenha impacto direto e indireto na comunidade em si.

Mecanismo institucional de manutenção da saúde mental do corpo docente-discente-técnicos administrativos, com intuito de preservar a qualidade do serviço. Ações com base

na ouvidoria dos próprios beneficiados, com longitudinalidade de feedback. Missão a responsabilização social como um dos seus pilares. Inserção do estudante na APS, desde o primeiro semestre. Política de inclusão de discentes previamente residentes localizados originariamente no local do campus da instituição, como em acréscimos de nota no processo seletivo, de forma a fortalecer a possibilidade de manutenção do corpo médico de egressos no local de capacitação ao longo da graduação. Programas de assistência, e inclusão estudantil, ações afirmativas, acessibilidade pedagógica para atender as necessidades individuais e espaços de convivência e lazer. Inserção dos alunos na educação continuada dos demais profissionais de saúde da equipe.

Formação dos estudantes inserida no cenário de saúde local. Participação da escola na melhoria da assistência na saúde local principalmente em épocas de crises como pandemias. Sustentabilidade ambiental (dejetos de laboratório). Representação estudantil em ações voltadas para a comunidade. Esporte e lazer. PET saúde, programas de vivência no SUS, nem todos os municípios e universidade possui. Projetos de pesquisa em parceria com o município/região envolvendo as demandas do serviço.

Capacidade comunicativa do indivíduo com portadores de deficiências, com critérios de exposição prática tanto discente quanto docente. Critério de avaliação de disciplinas que abordem temas ligados à sexualidade e a deficiências. Evidências documentais: relatórios epidemiológicos na descrição do ppc . Habilidades com Inclusão de diversidades raciais e culturais. Ofertas de serviços de troca com a comunidade. Líder da comunidade dentro das instituições para trazer as demandas. Intercâmbio profissional, afim de que tenha compartilhamento de experiências. Realização de avaliação da faculdade na visão da comunidade, onde a comunidade poderá avaliar os serviços ofertados pela faculdade. Abordagem das minorias (quilombos, indígenas. lgbtqi+...) nos planos curriculares. Diferenciar a extensão socialmente referenciada de caridade. Construção dialógica e coletiva de indicadores e de instrumentos de avaliação que considerem a responsabilidade social. Processos de intervenção de melhoria dos indicadores compartilhados com as comunidades

Na Atenção Primária, interação entre a equipe multidisciplinar, mostrando a importância social dessa integração para a comunidade. A Universidade precisa realizar a extensão, através de programas continuados, diferente de ações pontuais que ainda são muito realizadas. SUS como escola, uma oportunidade maravilhosa, mas ainda com lacunas de acesso a comunidades e povos originários.

Inclusão para populações em situação de vulnerabilidade: recursos para melhorar os atendimentos de pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência, pessoas surdas, população ribeirinha, população quilombola, etc. Projetos de fluxo contínuo na Pró-Reitoria de Extensão = RESPONSABILIDADE SOCIAL é obrigatório.

Currículos com inclusão das Políticas e Princípios do SUS para os conhecimentos dos próprios Direitos. Retorno para a população: Ensino-Pesquisa-Extensão indissociáveis; Integração, Ensino, Comunidade e Serviço. Extensão interprofissional como devolução à comunidade. Formação clínico-epidemiológica do estudante. Capacitação dos assistentes de saúde do município. Formalização de ações voluntárias como projetos de extensão. Relatórios produzidos por líderes comunitários sobre o impacto em saúde e qualidade de vida gerados por programas de inserção do curso na comunidade. Diversidade do corpo docente e programas de capacitação docente para inserção social. Bancas de heteroidentificação adequadas para cotas raciais em admissão discente. Acessibilidade da infra-estrutura para receber discentes PCD. Universidade e representação nos conselhos e conferências municipais de saúde.

Também foi mencionada a necessidade de contrapartidas/financeiras e estruturais para as universidades particulares, na medida do que ocorre com os IES mais médicos.

### **3.2.8 CUIDADO COM O DISCENTE**

Estabelecimento de canais de comunicação com setores responsáveis por engenharia e adaptações físicas das universidades para criar soluções compatíveis com as demandas dos alunos em situações especiais para a disponibilização de

área verde destinada à promoção de atividades culturais e de lazer para o desenvolvimento dos indivíduos.

Infraestrutura das instituições de ensino superior e locais de estágio com acessibilidade dos discentes, docentes e usuários dos serviços da universidade, com áreas de convivência estudantil e espaço de decompressão, compostas por espaço para estudo individual e coletivo (mesas e estudo, biblioteca) e alternativas de relaxamento, também adaptação de infraestrutura e materiais didáticos para as pessoas com deficiência

Núcleo de apoio ao estudante com extensão ao núcleo familiar, com acesso a bolsa permanência e bolsa auxílio para estudantes com filhos na idade pré-escolar e existência Creche gratuita. Casa do estudante. Sala de apoio a amamentação OU estratégias de garantia de subsídios para alunos com dificuldades financeiras (bolsa de estudos, residência universitária, restaurante universitário, transporte). Assim como Moradia indígena. Existência de núcleo psicopedagógico e de ações afirmativas para populações indígenas, étnico-raciais, diferenças de identidade, com apoio à assistência social, com divulgação dos serviços de apoio e processos avaliativos adaptados e apoio ao discente personalizado ( Deficiência auditiva, Neuro divergente, LGBTQIA).

Possuir núcleo de assistência psicopedagógica (NAP) instalado e atuante (avaliação das ferramentas para prevenção e suporte da violência à discente intra e extra instituição), além de políticas de assistência estudantil para permanência (restaurante universitário, residência estudantil, auxílio financeiro, serviços médicos, transporte etc) com qualidade durante a graduação. Existência de protocolos para tomada de decisão que envolvem violências e assédio no mundo real e virtual e de profissionais com formação para acessibilidade metodológica dos estudantes neuro divergentes (Ex. TEA, TDAH e saúde mental) e PCDs (físicos, visuais, auditivos e outros). Ambiente educacional saudável: segurança alimentar (no campus e no campo de prático, relações horizontais entre discentes, docentes, técnicos e gestão), condições de transporte, moradia e permanência estudantil, incentivo a atividades de esporte e cultura. Existência de um acompanhamento com monitoramento individualizado para alunos com dificuldades psicopedagógicas. Disciplinas

optativas ofertadas para o estudante suprir possíveis necessidades. Possibilidade da tutoria (monitoria individual) pelo discente mais experiente e com bom desempenho do 1º ao 12º período. Formação para Língua estrangeira, Libras. Cultura de Feedback das avaliações como elementos formativos. Ações promotoras de ambiente saudável como parte do programa de gestão da formação em medicina.

Obrigatoriedade da participação discente em colegiados e conselhos. Políticas de permanência voltadas a alunos cotistas e bolsistas, bem como aos internos. Existência de programas de incentivo ao ensino, pesquisa e extensão e capacitação regular do corpo docente sobre questões relativas a questões de gênero, étnicas, cor, deficiência com ensino de estratégias específicas de abordagem e portfólio do aluno com informações importantes sobre os alunos (perfil do estudante) e sobre observações de professores sobre o desempenho e necessidades dos alunos ao longo do semestre que facilite o acompanhamento longitudinal. Acompanhamento permanente dos acadêmicos, como entram, como cursam, como saem com critérios avaliativos, cognitivos e não cognitivos para verificar habilidades e competências. Plano de ensino e avaliação pedagógico individualizados, com indicador de evasão e repetência, especialmente dos alunos vulneráveis e identificação e busca ativa além de feedback entre os atores, para grau de satisfação dos discentes para serviços. Ressaltada a necessidade de avaliar a metodologia ativa, se seria uma barreira a mais para alunos neuro divergentes.

Existência de canais de escuta para o discente em relação a como ele está sendo cuidado pela instituição. Comissão permanente de acompanhamento de denúncias. Canais diretos. Implementação de programa para abordagens de saúde mental, relações abusivas, assédio moral e sexuais e outras violências, com monitoramento de ações realizadas, instrumentos para observar. Auto percepção do discente diante das “microviolências” para alunos neuro divergentes e abordar o adoecimento dos estudantes de medicina.





# 4

## Síntesis e Aprendizados

Trazer a esperança que sustenta o compromisso e a responsabilidade na construção da mudança, em uma perspectiva de colaboração, constitui movimentos estruturantes para uma participação reflexiva, curiosa, motivada. Configuram-se, desta forma, ambiências nas Oficinas significativamente favoráveis à discussão e produção coletiva de proposições. As imagens apresentadas a seguir são a síntese das nuvens produzidas em todas as oficinas, representando a apreciação de todas as pessoas que participaram e deixaram suas marcas no percurso. As expectativas e motivações ecoaram no desenvolvimento das Oficinas, culminando, ao final do primeiro dia, com uma síntese inspiradora a partir da pergunta **COMO SE PERCEBEU?**



O perceber-se esperançosa e esperançoso, reflexivo, confiante, desafiado, contemplado, interessado, pertencente, inspirado, parece traduzir um trabalho coletivo que fomenta uma participação feliz. Estar feliz acolhe, também, angústia, cansaço, inquietação, na luta necessária pela mudança.



As “bagagens” trazidas e o vivido, emergiram ampliadas quando foram empreendidas a reflexão sobre o sentido, o construído e pensado.



## E nos movimentos de vivenciar e pensar sobre o vivido, emerge O QUE CONSTRUÍ?



O processo de conhecimento, tecido nos afetos, nos laços, nas amizades, nos vínculos, nas reflexões, nas propostas, nas ideias, nos sonhos e na luta, possibilita a construção de pontes para o futuro: história, parceria, redes, diálogos, conexões. A esperança permanece!

## E O QUE SENTI?



Por entre a alegria, o pertencimento, o afeto, a gratidão, o compromisso, foram emergindo sentimentos que mobilizam acolhimento, entusiasmo, inspiração e responsabilidade. Experimenta-se, também, ansiedade, cansaço, preocupação, medo. Na fé e na vontade, a felicidade segue sendo construída com esperança.

*Não sou esperançoso por pura teimosia, mas por imperativo existencial e histórico.*

*Não quero dizer, porém, que, porque esperançoso, atribuo à minha esperança o poder de transformar a realidade e, assim, convencido, parto para o embate sem levar em consideração os dados concretos, materiais, afirmando que minha esperança basta. Minha esperança é necessária, mas não é suficiente. Ela, só, não ganha a luta, mas sem ela a luta fraqueja e titubeia. Precisamos da esperança crítica, como o peixe necessita de água despoluída.*

*Pensar que a esperança sozinha transforma o mundo e atuar movido por tal ingenuidade é um modo excelente de tombar na desesperança, no pessimismo, no fatalismo. Mas, prescindir da esperança na luta para melhorar o mundo, como se a luta se pudesse reduzir a atos calculados apenas, à pura cientificidade, é frívola ilusão. Prescindir da esperança que se funda também na verdade como qualidade ética da luta é negar a ela um dos seus suportes fundamentais. O essencial, como digo mais adiante no corpo desta Pedagogia da esperança, é que ela, enquanto necessidade ontológica, precisa de ancorar-se na prática. Enquanto necessidade ontológica a esperança precisa da prática para tornar-se concretude histórica. É por isso que não há esperança na pura espera, nem tampouco se alcança o que se espera pura, que vira, assim, espera vã.*

**Paulo Freire, 2003.**

## BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

Almeida Filho, N. Higher Education and Health Care in Brasil. *The Lancet*, 377/9781: 1898-1900, 4 June 2011.

ALMEIDA, M. J. Implantação das Diretrizes Curriculares. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, 31, n.2, p.156-165, 2007.

Ayres, J. R. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface\_ Comunic, Saúde. Educ.* 4(6): 117-120, 2000.

Brasil – Ministério da Educação/ Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição*. Brasília 2014.

Brasil. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

Brasil. Lei no. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União - Seção 1 - 23/10/2013*, p. 1.

BROWN, J. *World Café Community* (2002). *A Resource Guide for Hosting Conversations That Matter at The World Café*. Whole Systems Associates [http://www.meadowlark.co/world\\_cafe\\_resource\\_guide.pdf](http://www.meadowlark.co/world_cafe_resource_guide.pdf) [08/04/2014]. *The World Café* <http://www.theworldcafe.com/> [08/04/2014]

BROWN, J.; ISAACS, D. *World Café Community* (2005). *The World Cafe: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*. São Francisco, California: Berrett-Koehler Publishers, Inc.

Freire, P. *Pedagogia da Autonomia*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2003.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923-1958.

García, J. C. *A educação médica na América Latina*. Salvador: EDUFBA, 2022.

MOREIRA, A. F.; SILVA, T. T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: MOREIRA, A. F.; SILVA, T. T. (Org.). Currículo, cultura e sociedade. Petrópolis: Cortez, 1994.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: Victora CG, Leal MC, Barreto ML, Schmidt MI, Monteiro CA (orgs). Saúde no Brasil. Série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011, p. 11 - 31.











ISBN: 978-65-86406-08-5



**OPAS**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO