



Formação Médica  
para o Brasil

onde estamos e  
para onde vamos?

Um olhar comprometido  
com a responsabilidade  
social no século XXI



Relatório  
Oficina Regional  
**NORTE**

Manaus – AM  
30 e 31 de março  
de 2026



**OPAS**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE







**OFICINAS REGIONAIS  
DO PROJETO REVER - 2026**  
Regional Norte

30 e 31 de março  
de 2026



# OFICINAS REGIONAIS DO PROJETO REVER – 2026

## Regional Norte

### Expediente

#### Autoria

Sandro Schreiber de Oliveira  
Estevão Toffoli Rodrigues  
Denise Herdy Afonso  
Lia Márcia Cruz da Silveira  
Liliana Santos  
Lorene Louise Silva Pinto  
Oscarina da Silva Ezequiel  
Rodrigo Pinheiro Silveira  
Sylvia Helena Souza da Silva Batista  
Valdes Roberto Bollela  
Aline de Jesus Santos  
Guilherme Ávila Salgado  
Jamile Gomes Conceição  
Lenira Ferreira Ribeiro  
Márcio Lemos Coutinho  
Matheus Silva Pedreira

#### Conselho Diretor da Abem

Diretor Presidente: Sandro Schreiber de Oliveira  
Diretor Vice-Presidente: Estevão Toffoli Rodrigues  
Diretora Tesoureira: Denise Herdy Afonso  
Diretora de Inovação: Alessandra Carla de A. Ribeiro  
Diretor Secretário: Aristides Augusto Palhares Neto  
Diretora Discente: Naiana Palheta Moraes  
Diretor Médico-Residente: Vinicius Santos Rodrigues

#### Equipe da Secretaria Abem

Rozane Landskron Gonçalves  
Bianka Beatriz Cruz de Moraes  
Cristiane Cavalcanti Pinto Ruiz  
Danielle Gomes Batista

Erika Maria Lima Bandeira  
Felipe Luis Brito Sousa  
Marcos Vinicius da Silva Máximo  
Robson Santos Amaral Filho

#### Equipe de relatoria do Projeto REVER

Aline de Jesus Santos  
Guilherme Ávila Salgado  
Jamile Gomes Conceição  
Lenira Ferreira Ribeiro  
Márcio Lemos Coutinho  
Matheus Silva Pedreira

#### Equipe de comunicação - Comunick Press

Nicolli Oliveira  
Carolina Gonçalves  
Luciana Mendonça  
Júlio César Vicentini  
Mayara Aguiar  
Victor Rodrigues

#### Projeto Gráfico, ilustrações e capa: Eduardo Grisoni

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

### Ficha catalográfica

Brasil. ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica  
Brasília, 2026.

71 p. : il.

ISBN

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

I. Título.

Título para indexação:  
Northern Regional Workshops

## Sumário

APRESENTAÇÃO.....	5
DIA 1 – 30/03/2026 / ACOLHIMENTO .....	7
ABERTURA.....	9
PROJETO REVER .....	14
CADERNO DE ORIENTAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS DCN .....	15
METODOLOGIA DE TRABALHO: O JIGSAW ADAPTADO .....	16
SALA A – RELATOR/MATHEUS PEDREIRA .....	16
SALA B – RELATORIA/GUILHERME SALGADO .....	24
SALA C - FACILITADOR/RODRIGO .....	31
DCN 2025 DO CHÃO PARA ONDE EU PISO: acolhendo a expressão de cada cotidiano da Escola (Momento da Tarde) .....	35
DCN 2025 PARA ALÉM DA MINHA ALDEIA: outras realidades de cada cotidiano da Escola médica .....	35
SALA 2 – RELATORIA/GUILHERME SALGADO .....	39
SÍNTESE DE ESPECIALISTAS MONOCROMÁTICOS DE TODAS AS SALAS PLENÁRIA .....	42
2º DIA .....	53
TRABALHO EM GRUPOS: Exercício de reflexão na busca de soluções para os desafios do cotidiano .....	54

<b>PLENÁRIA .....</b>	<b>61</b>
<b>PROJETO REVER: PRÓXIMOS PASSOS .....</b>	<b>68</b>
<b>SITUAÇÃO PROBLEMA 4 – PROGRAMAS ESTRUTURADOS DE ACOMPANHAMENTO ESTUDANTIL .....</b>	<b>58</b>
<b>PLENÁRIA FINAL .....</b>	<b>67</b>
<b>PRÓXIMOS PASSOS - FALA ESTEVÃO .....</b>	<b>68</b>
<b>AValiação DE ENCERRAMENTO .....</b>	<b>68</b>
<b>REGISTROS FOTOGRÁFICOS .....</b>	<b>70</b>



# **Apresentação**



A Oficina Regional do Projeto Rever de 2026 Regional Norte Foi realizada No Estado do Amazonas em Manaus, nos dias 30 e 31/03/2026, no endereço rua Professor Marciano Armond, 544 - Adrianópolis, Manaus - AM, 69057-030, com a participação 135 pessoas entre gestores de escolas médicas, docentes e discentes, além de representantes dos Ministérios da Saúde, Ministério de Educação e demais entidades representantes da educação médica.

## DIA 1 – 30/03/2026

### ACOLHIMENTO

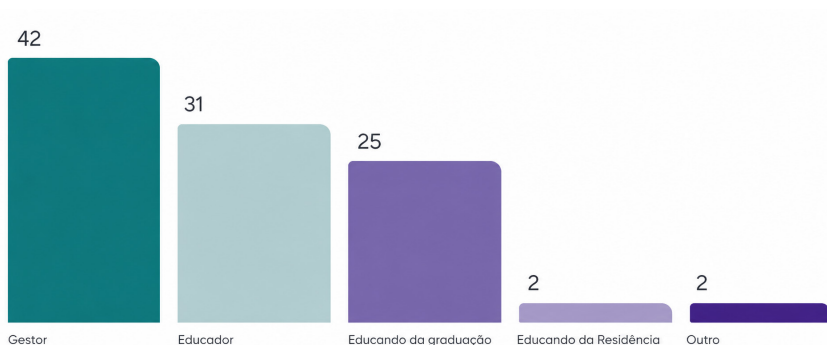
A abertura da 6º oficina em Manaus foi conduzida pela professora Lia Silveira, que atuou como mestre de cerimônias e deu as boas-vindas aos participantes ressaltando a mística da capital amazonense. O acolhimento inicial utilizou a ferramenta *Mentimeter* para uma dinâmica de apresentação.

#### Meu nome é...



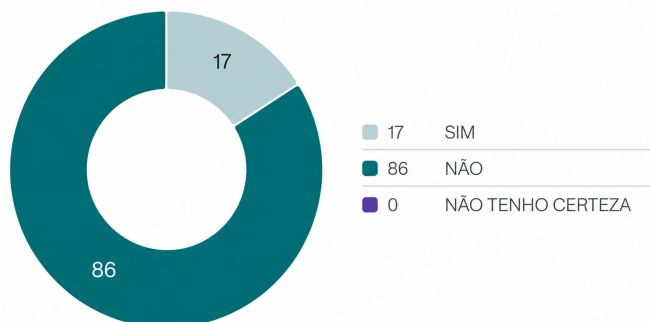
O perfil do grupo, que revelou uma composição diversa: participaram (30) gestores, (46) educandos de graduação, (34) educador, (30) gestores e (1) Educando da Residência, além de outros profissionais.

### Nesta Oficina represento/pertencço ao segmento...



Houve o predomínio de representantes de escolas privadas (69), seguidas pelas públicas (43), com participações pontuais de entidades e do governo.

### Participei da Oficina Regional do REVER em 2024





(MEC), Francisca Valda (Vice presidenta CNS), Caio Henrique (Representante discente) e Luciana Brandão (ABEM- Diretora Regional Norte Amazonas/Manaus).

Destacou-se que a realização desta oficina no Norte, com uma adesão expressiva, reflete não apenas as necessidades regionais em relação à formação médica, mas a disposição de docentes e discentes em trabalhar por uma construção histórica que garanta qualidade para as futuras gerações. O projeto, que se encaminha para o encerramento de um ciclo em maio com perspectivas de renovação por mais dois anos, foca na implementação das diretrizes de trabalho construídas ao longo de um ano e meio de oficinas nacionais e regionais.

Por fim, Lorene abordou o desafio metodológico desta 2ª rodada de oficinas, observando que cerca de dois terços dos participantes são novos no processo. Embora essa renovação traga complexidade ao trabalho pedagógico, ela é vista como um ganho de qualidade que permite oxigenar as discussões com novas perspectivas, ampliando a capacidade de o projeto alcançar cada escola de medicina.

### **Sandro Schreiber (Diretoria da ABEM)**

Sandro iniciou sua fala agradecendo o esforço coletivo dos participantes para estarem presentes em Manaus, compartilhando seu próprio relato de viagem exaustivo, que envolveu múltiplos voos e imprevistos logísticos partindo de Pelotas, para ilustrar que a causa da educação médica na região Norte justifica tais sacrifícios. Ele expressou um carinho especial pela região e reafirmou o compromisso da ABEM com a formação médica local, estendendo seus agradecimentos à parceria com o MEC e o CNS.

Agradeceu à SGTES, nominalmente ao Felipe e ao Ministro Padilha, ressaltando a importância da continuidade

do projeto para os próximos anos. Sandro pontuou que o movimento luta por uma educação médica de qualidade e que a construção do caderno de diretrizes só faz sentido se for realizada de forma conjunta.

### **Miguel Avila(SGTES/MS)**

O representante da SGTES/MS, Miguel Avila, iniciou sua fala ressaltando a alegria de representar o secretário Felipe Proença e detalhou a estruturação das políticas públicas de saúde, focando nos três eixos do Programa Mais Médicos: o 1º voltado à provisão, o 2º à expansão da formação e o 3º focado na residência médica. Miguel deu especial ênfase à importância da permanência estudantil. Nesse sentido, reforçou que a excelência da formação está intrinsecamente ligada à qualidade do campo de prática, onde o Ministério busca investir para qualificar o ambiente em que esses profissionais são inseridos.

Um dado em sua análise foi o atual déficit no número de vagas para residências em comparação ao volume de formandos em medicina no país. Ele salientou que o compromisso do governo é com a valorização de quem está na ponta do sistema, mencionando as bolsas para residentes e preceptores.

### **Carolina Paz SESU (MEC)**

Carol iniciou sua fala apresentando-se como professora e educadora em Pernambuco, em Caruaru. Ao realizar os cumprimentos em nome do MEC, destacou que sua condição de docente de medicina reforça sua implicação pessoal e profissional com o processo de qualificação da formação médica no país. Destacou a forte intersecção entre as ações governamentais e as discussões do projeto REVER. Ela expressou grande satisfação em contribuir com o debate e

colocou a CGEGS e o MEC à inteira disposição para o diálogo e para a construção de espaços coletivos.

### **Francisca Valda (Vice presidenta CNS)**

A Vice-presidenta do CNS, marcou a abertura da oficina com um forte apelo à responsabilidade social e à defesa do interesse público na educação médica. Ao compartilhar sua trajetória na universidade, a conselheira ressaltou a alegria de participar do encontro, enfatizando que a luta por uma formação de qualidade não é uma demanda restrita a corporações, mas um elemento de interesse fundamental de toda a sociedade brasileira e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em um tom combativo e esperançoso, ela resgatou a trajetória das políticas educacionais desde a década de 1990, celebrando a "disputa generosa" presente na oficina como uma ferramenta necessária para enfrentar o que chamou de "indústria da educação", denunciando a proliferação desordenada de vagas de medicina voltadas exclusivamente ao lucro.

Para a conselheira, a formação profissional deve estar tecnicamente alinhada às necessidades sociais. Ela destacou que a interculturalidade e o compromisso ético com as diversidades do país.

### **Diana Albuquerque Sato (CRM Pará / Professora da Universidade Federal de Altamira)**

A Dra. Diana enfatizou a complexidade única da formação médica nos interiores da Amazônia, descrevendo o cenário como o mais desafiador do país. Em sua fala, ressaltou que a missão do Conselho Regional de Medicina deve estar intrinsecamente ligada à garantia da qualidade da assistência e ao combate à precarização do trabalho médico. Ela pontuou que os primeiros egressos das universidades locais atuarão

em comunidades historicamente desassistidas, populações quilombolas, ribeirinhas e indígenas, e que o difícil percurso geográfico enfrentado para a realização do evento é apenas um reflexo do cotidiano vivido por quem busca saúde no interior.

### **Tatiane Lima Aguiar (CRM AMAZONAS/Professora Federal do Amazonas)**

A Dra. Tatiane celebrou a realização do encontro em Manaus, reforçando que a qualificação da formação médica é pauta prioritária para o Conselho Federal e seus Regionais. Ela destacou que o ato médico e o ensino-aprendizagem são indissociáveis no cenário prático das escolas médicas. Tatiane também mencionou os desafios geográficos que impõem barreiras constantes à participação e integração das atividades acadêmicas na região.

### **Caio Henrique (Representante discente Regional)**

Caio lembrou a participação na oficina de Belém em 2024 e expressou satisfação pela mesa ser composta de forma tão diversa. Ele sublinhou que foi nas oficinas do Norte que surgiu, de forma inédita, a discussão sobre a inclusão da saúde indígena nas DCNs, o que demonstra o potencial inovador da região. Para Caio, o diálogo horizontal entre estudantes, gestores e professores é uma oportunidade rara e essencial para construir uma formação médica crítica.

### **Luciana Brandão( ABEM- Diretora Regional Norte Amazonas/Manaus)**

A Dra. Luciana saudou a presença de estudantes, residentes e egressos, destacando o valor da renovação geracional na gestão. Ela ressaltou a representatividade dos seis estados do Norte que compõem a maior parte da Amazônia

Legal e justificou a escolha de Manaus como uma sede estratégica para facilitar o acesso de quem vem de contextos geograficamente distantes.

### **Sandro Schreiber**

Sandro agradece mais uma vez os representantes da mesa, agradece todo o público, desfaz a mesa e ressalta o propósito maior desse encontro, que é aprofundar o debate sobre o caderno, afim de contribuir com os processos de implementação das DCN.

## **PROJETO REVER**

A trajetória do projeto, iniciada em Brasília em dezembro de 2023, consolidou-se como um esforço coletivo para reestruturar a educação médica no Brasil através de uma convergência inédita entre os ministérios da Saúde e da Educação, conselhos profissionais e entidades acadêmicas. Embora o lançamento simbólico tenha ocorrido no final de 2023, a formalização institucional e o aporte de recursos foram viabilizados em maio de 2024, desencadeando uma intensa maratona de oficinas regionais em cidades como Rio de Janeiro, Curitiba, Belo Horizonte, Natal e São Paulo, culminando no estágio atual de consolidação em Manaus.

A estrutura operacional do projeto é sustentada por um grupo executivo formado por 25 pesquisadores, que garantem que as discussões tenham "pé no chão" e reflitam a realidade das escolas. Uma frente de trabalho fundamental envolve a coleta técnica de dados em parceria com a empresa, responsável por mapear todas as cerca de 500 escolas médicas do país. Esse levantamento é visto como o alicerce para que o resultado final não seja apenas um texto normativo, mas um projeto de

investimento real em pessoas e ambientes de prática.

O foco central agora se volta para a construção de um caderno definitivo, o projeto vai avançar nos próximos anos para residência médica e ao avanço da pós-graduação nos próximos dois anos. Como parte desse cronograma, o projeto prevê o lançamento de um portal de transparência e um painel de informações em 2026. Nos dias 5 e 6 de maio, em Brasília, será realizada uma Oficina Nacional que convocará todos os coordenadores de curso do país para a entrega da proposta definitiva .

## **CADERNO DE ORIENTAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS DCN**

Lia Silveira inicia com uma fala que constitui uma convocação à coragem, à exposição e à construção coletiva, servindo como o marco de apresentação e operacionalização do Caderno de Orientações. Mais do que um documento técnico, o material é apresentado como um dispositivo vivo de transformação das práticas pedagógicas na saúde, cujo objetivo central é atualizar as ações desenvolvidas pelo Projeto REVER, promover a aproximação com suas diretrizes e, sobretudo, permitir que os atores envolvidos possam experimentar e "transbordar" esse conhecimento para além dos círculos imediatos de discussão.

O caderno é fruto direto de um diálogo intenso e de uma demanda coletiva, nascendo de um processo de construção compartilhada que reflete as necessidades reais do campo. Lia enfatiza com rigor o que o documento não é: ele não se configura como um instrumento normativo engessado, um manual técnico estrito ou um *checklist* prescritivo de adequação.

Sua natureza é orientadora, visando apoiar a implementação de desenhos de ensino sem jamais substituir a autonomia da construção coletiva local. Para garantir essa flexibilidade e alcance, o material foi estruturado para uma diversidade de públicos, utilizando recursos visuais modernos, glossários e uma linguagem que facilita a navegação pelos seus diferentes níveis de complexidade.

No plano conceitual, o caderno ancora-se na Educação Baseada em Competências (EBC) como eixo estruturante. Esse paradigma propõe uma mudança profunda na formação.

A metodologia proposta por Lia para o trabalho com o caderno é a da experimentação prática. Ao final, essa dinâmica de troca e sistematização não apenas qualifica o ensino, mas retroalimenta o próprio projeto, garantindo que a gestão e a educação caminhem juntas para uma formação médica mais humana, tecnicamente sólida e comprometida com as transformações necessárias ao Sistema Único de Saúde (SUS).

## **METODOLOGIA DE TRABALHO: O JIGSAW ADAPTADO**

O processo de trabalho nas 2 salas foi semelhante, seguindo um planejamento comum onde cada grupo foi responsável por discutir um capítulo específico da Seção III do Caderno de Implementação das DCN 2025, intitulada "*Diretrizes Curriculares Nacionais 2025 em Múltiplos Contextos Formativos*" com os mesmos temas distribuídos da mesma forma, por cores e mesas.

## **SALA A – RELATOR/MATHEUS PEDREIRA**

O grupo foi composto por 45 pessoas e foi conduzido por Lia Silveira organizaram a distribuição dos participantes em

seis mesas, a cada mesa foi atribuída uma cor, com seis ou oito pessoas por mesa, com representantes dos gestores, docentes, discentes, entidades e a escola. Foi colocada uma comanda em cada mesa com as orientações sobre a atividade e antes de iniciar fez a leitura da comanda. Cada mesa possuía o QR Code para acesso ao caderno de orientação de implementação das DCN, papele canetas pilot. No primeiro momento os integrantes dos grupos terão cinco minutos para a leitura individual do capítulo 2 Educação Baseada em Competência, no caderno, por se tratar de tema central, transversal e estratégico para organização do processo pedagógico dos cursos. Em seguida, o grupo iniciou a segunda atividade proposta.

Nesta atividade os integrantes do grupo tiveram vinte minutos para focar em um dos capítulos da seção III do caderno que tem como título DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS 2025 EM MÚLTIPLOS CONTEXTOS FORMATIVOS, para que todos possam se apropriar do capítulo de sua mesa a partir da leitura coletiva, para em seguida identificar a ênfase deste capítulo e organizar uma síntese que será compartilhada com os demais grupos.

### **Integração ensino-serviço-comunidade (mesa 1 – vermelho)**

A análise compartilhada pelo grupo sobre o Capítulo 11 priorizou aborda a Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) como um pilar estruturante da formação médica, focada nas necessidades sociais e no cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade.

O grupo identificou que essa integração exige a inserção precoce do estudante em múltiplos cenários de prática, transcendendo a atenção primária. O conceito central da discussão orbitou em torno do território, compreendido não apenas como um espaço físico, mas como um campo produtor de conhecimentos, atitudes e habilidades conectados aos

determinantes sociais de saúde. Defendeu-se uma formação longitudinal e densa, capaz de qualificar os processos de supervisão e monitoria.

A articulação com o SUS aparece como o elemento articulador dessa trajetória, sendo sustentada pela Rede de Atenção à Saúde, pela Política Nacional de Humanização. Um ponto de destaque no debate foi a responsabilidade social, que se manifesta tanto na capacidade do estudante de transformar o espaço de saúde quanto em sua participação ativa nos mecanismos de gestão e controle social.

O grupo apontou a dificuldade das instituições em medir os impactos reais da IESC e da curricularização da extensão.

**Tópicos do flipchart destacados pelo grupo:** COAPES; APS; RAS; PNH; Longitudinalidade; Território; Comunidade; SUS; Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e dinâmicas locais; Estágios / Campos de Prática ; CHA (Qualificação e Processos); IESC e seus impactos na comunidade, formação estudantil e responsabilidade social;

### **Internato (mesa 2 – laranja)**

A discussão do Capítulo 12 concentrou-se na configuração do Internato Médico, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), estabelecem que 35% da carga horária total do curso, organizada em 40 horas semanais com limite de 12 horas para plantões. O internato deve ter duração obrigatória de dois anos, sendo obrigatoriamente realizado no âmbito do SUS. Do ponto de vista pedagógico, a carga horária é dividida entre 30% para MFC e Urgência e Emergência, enquanto os 70% restantes englobam Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Saúde Mental e Clínica Cirúrgica, podendo incluir subáreas como Ortopedia e Medicina Intensiva.

É facultado ao aluno realizar até 25% da carga horária em internato externo, mediante pactuação, sob a supervisão de uma estrutura composta por coordenadores de área, docentes vinculados à instituição e preceptores do serviço, com avaliações contínuas, teóricas e práticas. Entretanto, o debate revelou obstáculos significativos na execução desse modelo no "mundo real". Uma das principais dificuldades apontadas é a resistência ou lentidão do SUS na assinatura de contratos e convênios de pactuação (COAPES). Soma-se a isso a crescente terceirização da gestão da saúde para Organizações Sociais (OSs), o que altera a dinâmica de negociação das instituições de ensino.

O grupo destacou o descompasso entre a abertura desenfreada de novos cursos e a carência de corpo docente qualificado para acompanhar os alunos nos campos de prática.

**Tópicos do Flipchart do Grupo:** 35% CH total do curso; 40 h/ semanais; 5 a 15% aula teórica por módulo; duração de 02 anos; áreas verdes(?); SUS ; 30% → MFC e UE; 70% → C.M / GO/ PED / S.M / C.C; 25% fora de região; coor. internato / coor sup. área / preceptores; docente e não docente; sistema de avaliação contínuo?

### **Cuidado Educando/Educador/Escola (mesa 3 – amarelo)**

O debate acerca do cuidado emergiu como central na tríade educando-educador-instituição, estruturando-se sobre os pilares da inclusão, da saúde mental e da cultura institucional nas escolas médicas. Embora a acessibilidade arquitetônica e as políticas de permanência já estejam consolidadas fisicamente, a operacionalização da inclusão continua sendo o maior desafio prático, destacou-se uma carência de treinamento docente

O debate acerca das áreas verdes ressaltou que, embora institucionalizadas, essas janelas curriculares sofrem

com o “entupimento” por atividades como ligas acadêmicas. Nesse cenário, a mentoria e a tutoria foram apontadas como dispositivos fundamentais para garantir que esse tempo protegido cumpra seu papel no desenvolvimento do educando.

A discussão emergiu com um alerta crítico sobre a saúde mental do docente e do preceptor, evidenciando o acúmulo de desgastes emocionais enfrentados por aqueles que permanecem no cotidiano das instituições lidando com complexas problemáticas estruturais e pedagógicas.

### **Tópicos do Flipchart:**

**Inclusão / acessibilidade / permanência :** cultura inclusiva; Presença de estrutura e políticas institucionais de permanência; Necessidade de treinamentos docentes para adaptações adequadas; +Tempo para formação; competências fixas - tempo flexível.

**Áreas Verdes:** É predominantemente curricularizada; Carência de horários dos docentes; Dificuldade de uso como área verde real.

**Mentoria e Tutoria:** Mentoria é importante, mas ainda não é institucionalizada; Tutoria: como parte das metodologias ativas

**Cuidado / autocuidado- saúde mental -docente / preceptor:** Existência NAAPO p/ acolhimento / apoio; Carência de políticas institucionais para DOCENTES; Necessidade URGENTE de conexão e acolhimento psicológico para DOCENTES.

### **Formação de Educadores (mesa 4 – verde)**

A ênfase destacada pelo grupo foi os desafios da Formação de Educadores e do Desenvolvimento Docente, destacando a necessidade de superar a fragmentação entre os diferentes atores e instâncias da escola médica.

A discussão foi a falta de integração entre os eixos curriculares e a comunicação ineficaz entre os cenários de prática. Observou-se um distanciamento preocupante entre o docente e o preceptor, gerando uma formação desarticulada para o aluno. Esse abismo é agravado por fragilidades financeiras e pela desigualdade de condições de trabalho, além das disparidades entre as realidades das instituições públicas e privadas.

O grupo propôs o fortalecimento do Núcleo de Apoio Pedagógico como órgão estratégico para promover a educação continuada e a autoavaliação sistemática. A crítica principal recai sobre a ausência de uma cultura de autoavaliação tanto do docente quanto do gestor.

**Tópicos do Flipchart:** Ênfase: desenvolvimento docente (DD); Falta de integração entre os eixos; PPC; Internato / IESC / HAM / CI; Competências; Diagnóstico docente atualizado? (FORMAÇÃO CONTINUADA?) Integração entre professor / preceptor; Comunicação adequada; Distanciamento docente/preceptor; Fragilidade financeira; NAPED-planejamento; DD; Aval. continuada (gestão | docente/preceptor) (docente/discente); PPC; IES pública ≠ privada

### **Gestão da Escola Médica (mesa 5 – azul)**

A discussão focou no desafio prático de tirar o PPC do papel para a implementação efetiva das DCNs. Foi estabelecida a necessidade de que todos conheçam profundamente o PPC, compreendendo-o como um documento vivo que deve ser continuamente revisado. Destacou-se eixos fundamentais como o desenvolvimento docente, as políticas de inclusão e uma gestão participativa que envolva instâncias colegiadas.

No campo das metodologias ativas, o debate deu ênfase à avaliação global de competências e às avaliações

formativas, ressaltando que qualquer implementação pedagógica exige pensar simultaneamente em como avaliar. Sobre a infraestrutura, defendeu-se a transparência na gestão dos recursos orçamentários e a corresponsabilidade entre todos os usuários. Um ponto relevante foi o fortalecimento do diálogo entre o ensino, a extensão e as residências médicas.

Nesse contexto, destacou-se a importância da criação de espaços de escuta e acolhimento, além do papel crescente da mentoria nas escolas médicas como estratégia para garantir o bem-estar dos alunos e zelar pela consolidação de seus valores durante a formação.

**Tópicos do Flipchart:** FEEDBACK; valores, ética, espaços de escuta; avaliar continuamente; Avaliação-mudanças de paradigma; metodologias ativas; mentoria; crescente; avaliar continuamente; implementação das DCNs; conhecer o PPC; NAPED; desenvolvimento docente; políticas de inclusão; colegiado e gestão participativa; avaliação global de competências ; metodologias ativas ; avaliação formativa; infraestrutura ; ensino/pesquisa/extensão; inserção no SUS; IESC; Diálogo com residências!; Participação, transparência, corresponsabilidade; Baixa gestão de recursos orçamentários;

### **Sistema de Avaliação do estudante de Medicina (mesa 6 – rosa)**

O capítulo 16 discutido pelo grupo foi o Sistema de Avaliação descreve o ciclo avaliativo como um processo estruturado e estratégico. O ponto é a compreensão dos diferentes propósitos da avaliação: a somativa, de caráter decisório sobre a progressão do aluno; a formativa, que obrigatoriamente exige o *feedback* para permitir a reorganização do aprendizado; e a diagnóstica, que funciona como um termômetro para a coordenação entender se os conteúdos ministrados foram efetivamente absorvidos, sem punir o estudante.

Essas modalidades devem estar integradas em uma avaliação programática, na qual os instrumentos são escolhidos com base nos domínios que se deseja medir. Para o domínio cognitivo, utilizam-se provas tradicionais; para o psicomotor, recorre-se a exames de habilidades clínicas (como o OSCE ou Mini-CEX); e para o atitudinal, empregam-se ferramentas reflexivas como o portfólio ou a avaliação 360 graus. O objetivo final é atender às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que exigem uma formação baseada em competências (conhecimentos, habilidades e atitudes).

O relato enfatiza a necessidade de uma agregação longitudinal desses dados, por meio de acompanhamento eletrônico. Essa organização permite ao gestor exercer a governança do curso, identificando se as falhas são individuais, o que exige uma remediação personalizada, revisão dos instrumentos de avaliação. Assim, o ciclo se fecha como uma ferramenta de gestão da qualidade, garantindo que o diagnóstico se transforme em ações concretas de melhoria no ensino.

Sobre o sistema avaliativo no internato reforça a necessidade de uma gestão estruturada que supere a lógica meramente punitiva do "certo ou errado", focando no acompanhamento contínuo do estudante. Durante este período, a instituição deve programar atividades que equilibrem a dimensão cognitiva com a prática, permitindo identificar vulnerabilidades clínicas que uma simples média não seria capaz de revelar. Ao final do ciclo, deve-se prever ao menos uma avaliação somativa que consolide o desempenho e os conhecimentos adquiridos, mas sem que este seja o único parâmetro de julgamento.

A discussão enfatizou a importância da observação direta do desempenho no cenário real de prática, utilizando instrumentos estruturados e objetivos como o OSCE, o Teste de Progresso e a avaliação do profissionalismo.

**Tópicos do Flipchart do grupo :** Agregação Longitudinal; Governança; Remediação; treinamentos / instrumentos / recursos; Propósito : Somativa; Formativa; Informativa / Diagnóstico; Domínios: (Cognitivo;Psicomotor; Atitudinal); Integração/Reflexão; Programática; Aplicação dos propósitos de acordo com as fases (pré-internato?/ Internato?); Princípios; Avaliação baseada em competências. (Domínios); Combinação intencional dos instrumentos (portfólio; MiniCEX; Feedback); Cada instrumento avalia um Domínio;

## **SALA B – RELATORIA/GUILHERME SALGADO**

O grupo foi composto por 40 pessoas e foi conduzido por Lorena Pinto. A facilitadora orientou a distribuição dos participantes em seis mesas, a cada mesa foi atribuída uma cor, com cinco ou seis pessoas por mesa, com representantes dos gestores, docentes, discentes, entidades e a escola. Foi colocada uma comanda em cada mesa com as orientações sobre a atividade e antes de iniciar Lorene fez a leitura da comanda. Cada mesa possuía o QR Code para acesso ao caderno de orientação de implementação das DCN, papel e canetas pilot. No primeiro momento os integrantes dos grupos terão cinco minutos para a leitura individual do capítulo 2 Educação Baseada em Competência, no caderno, por se tratar de tema central, transversal e estratégico para organização do processo pedagógico dos cursos. Em seguida, o grupo iniciou a segunda atividade proposta.

Nesta atividade os integrantes do grupo tiveram vinte minutos para focar em um dos capítulos da seção III do caderno que tem como título diretrizes curriculares nacionais 2025 em múltiplos contextos formativos, para que todos possam se apropriar do capítulo de sua mesa a partir da leitura coletiva, para em seguida identificar a ênfase deste capítulo e organizar uma síntese que será compartilhada com os demais grupos.

## **Mesa 1 – Integração ensino, serviço e comunidade (vermelho)**

A Mesa 1 discutiu a integração entre ensino, serviço e comunidade como eixo fundamental da formação médica. O foco está na articulação entre teoria e prática, com valorização dos cenários reais de atuação como espaços de aprendizagem, produção de conhecimento e compreensão das necessidades sociais. A capacitação de preceptores é vista como essencial para qualificar esse processo. O contato com a Atenção Primária à Saúde e o território permite ao estudante desenvolver uma visão crítica das práticas de saúde e educação. O feedback contínuo, tanto de docentes quanto da comunidade, é destacado como elemento central. A formação deve ser centrada na pessoa, considerando não apenas aspectos biomédicos, mas também dimensões culturais e espirituais, especialmente relevantes no contexto amazônico.

### **Pontos importantes da discussão (flip chart):**

Integração ensino - serviço - comunidade: Compreensão do IESC como imerso na realidade social; Oportunidade de produção de conhecimento aplicado; Prática articulada entre ensino, extensão e pesquisa.

Formação orientada ao território: Consideração das particularidades regionais (DSS - Determinantes Sociais de Saúde); Atuação baseada nos contextos sociais e de saúde locais; Valorização dos saberes tradicionais - território e espiritualidade.

Desenvolvimento de competências: Integração teoria - prática ;Construção de habilidades técnicas, éticas e relacionais; Prática em cenários reais.

Estratégias Pedagógicas: Colaboração ativa entre estudantes e equipes; Formação e capacitação de preceptores; Feedback contínuo aliado à reflexão crítica da prática.

## Mesa 2 – Internato (laranja)

A Mesa 2 abordou o internato como etapa final da formação médica, caracterizada pela consolidação do conhecimento na prática. Ele deve corresponder a uma parte significativa da carga horária, com pelo menos 30% voltado à medicina de família e comunidade e urgência/emergência, e os demais 70% distribuídos entre áreas como clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetria, pediatria e saúde mental. A carga horária semanal é de até 40 horas, com plantões de até 12 horas, sendo obrigatório um período de descanso pós-plantão, embora não haja definição clara de sua duração. Até 25% da carga pode ocorrer em instituições conveniadas (internato fora de sede). A carga teórica deve ser reduzida (5% a 15%), priorizando a prática. Destaca-se a importância da qualificação pedagógica dos preceptores, não apenas técnica, mas também docente. A avaliação contínua com feedback é essencial para o desenvolvimento do estudante. O estágio optativo permite aprofundamento em áreas de interesse, e há destaque para a necessidade de inserção em contextos específicos, como áreas rurais, indígenas e ribeirinhas, especialmente relevantes na região amazônica.

### Pontos importantes da discussão (flip chart):

Duração de 2 anos; Consolidação do conhecimento na prática; 30% CH; MFC e UE; 70% = CM, CC, GO, Ped, SM ; *adicionar SC, MI, Traumat - Ortop*; 40h/sem x 12h/plantão; Descanso pós-plantão x áreas verdes; 25% fora sede / convênios; CH teórica (5-15%); Preceptor c/ (com) qualificação docente; Avaliação contínua x feedback e Estágio optativo.

## Mesa 3 – Cuidado Educando / Educador / Escola (Amarelo)

Mesa 3 discutiu a importância do cuidado com o educador e o educando no contexto da formação médica.

O principal ponto é a necessidade de uma rede de cuidado institucional, responsabilidade da escola, que envolva tanto a formação quanto o suporte emocional e psicopedagógico. O NAPED também aparece como espaço não apenas formativo, mas de acolhimento. A mentoria é destacada como ferramenta essencial, promovendo integração, orientação de carreira em grupos menores. O conceito de cuidado centrado na pessoa deve se estender além do paciente, incluindo também estudantes e professores. Nesse contexto, ganham destaque temas como inclusão, acessibilidade e atenção à diversidade, especialmente considerando estudantes neurotípicos e neuro divergentes. A "área verde" na semana padrão é apontada como essencial para organização pessoal, autocuidado e atividades extracurriculares, não devendo ser ocupada por aulas. A saúde mental é outro ponto crítico, com necessidade de núcleos de apoio acessíveis e estratégias de identificação precoce de sofrimento psíquico. Além disso, ressalta-se o sentimento de pertencimento como fator importante para o engajamento. O cuidado também deve alcançar o educador, incluindo suporte à saúde mental, inclusão e reconhecimento de suas necessidades, além da oferta de espaços de autocuidado e programas de mentoria.

### **Pontos importantes da discussão:**

- Levantou-se que ambos estão sobre o cuidado, tendo o educando uma proporção maior do olhar para o educando, visto se tratar do foco principal do processo de formação médica;
- Cuidado coletivo (aluno e professor);
- Cuidado inclusivo do educando, com recursos como área verde;
- Discutiu-se o conceito e a aplicabilidade prática da área verde e a importância desta para o cuidado de saúde

mental e bem-estar do estudante;

- Inclusão: neurodivergentes e neurotípicos.
- Cuidado com saúde mental dos docentes e preceptores;
- Discutiu-se sobre a área verde voltada para o professor também. O que não parece ser bem esclarecido pelas DCNs (Diretrizes Curriculares Nacionais).

#### Mesa 4 – Formação de Educadores (Verde)

A Mesa 4 abordou o capítulo sobre formação de educadores, reunindo participantes de quatro instituições diferentes para discutir a síntese apresentada no caderno analítico preliminar. Um ponto central é o Artigo 21 das DCNs, que institui a obrigatoriedade dos NAPEDs (Núcleos de Apoio Pedagógico e Experiência Docente) nos cursos de medicina. Esses núcleos têm como objetivo apoiar a formação pedagógica e a prática docente. O capítulo enfatiza a distinção entre docente e preceptor: o docente é responsável pelo planejamento e estruturação das atividades do curso, enquanto o preceptor atua nos cenários de prática, vinculados aos serviços de saúde. Essa diferenciação é fundamental para evitar a separação entre o que se ensina na faculdade e o que se vivencia na prática.

O NAPED surge, então, como um elemento integrador. Outro ponto relevante é o desenvolvimento docente, que pode variar conforme a instituição, carga horária e composição das equipes. As DCNs sugerem quatro modalidades: atividades informais individuais, informais coletivas, formais individuais e formais coletivas. Como recomendação, destaca-se que o NAPED deve estar alinhado ao projeto pedagógico do curso e atuar de forma contínua.

**Pontos importantes da discussão:** Pertencimento docente; treinamento pedagógico do docente; Tempo dentro da

carga horária para ação do NAPED; Obrigatoriedade de NAPED nas IESCs; Docente x Preceptores definir atribuições; Desafio na formulação do plano de ação do NAPED; 4 modalidades do desenvolvimento docente (DD).

### **Mesa 5 – Gestão da Escola Médica (Azul)**

A Mesa 5 tratou da gestão da escola médica como um processo estratégico, que vai além de aspectos administrativos. A gestão deve envolver planejamento, avaliação contínua e melhorias ao longo do tempo, com foco na implementação das DCNs no Projeto Pedagógico do Curso (PPC). Entre os principais elementos estão a governança acadêmica, participação institucional, metodologias de ensino, infraestrutura, sustentabilidade financeira, cuidado com as pessoas e integração com o sistema de saúde.

Destaca-se a importância da construção coletiva, com decisões tomadas em colegiados e participação de diferentes instâncias, como NDE, NAPED, comissões e CPA, além do envolvimento dos usuários. A gestão também deve garantir a operacionalização da matriz curricular, estratégias pedagógicas e avaliação do aprendizado, sempre alinhadas ao desenvolvimento docente e à qualidade do ensino. A integração com os serviços de saúde é vista como essencial, reforçando a necessidade de diálogo entre instituições formadoras e campos de prática.

#### **Pontos importantes da discussão:**

- Gestão e articulação das diferentes esferas do SUS;
- Infraestrutura: Como elemento pedagógico para garantir o processo de formação.
- Compromisso: Com a qualidade da formação e bem-estar de discentes e docentes.

**O que é?** Efetivação da DCN 2025 no PPC e está operacionalizado.

**Com o que se preocupa:** Governança acadêmica; Participação institucional; Projeto pedagógico; Metodologias de ensino; Infraestrutura; Sustentabilidade financeira; Cuidado com as pessoas; Integração com o SUS; Troca entre ensino e serviço.

**Planejamento estratégico para materializar o PPC/DCN:** Matriz; Unidades; Estratégias pedagógicas; Avaliação de aprendizagem; Desenvolvimento docente.

**Órgãos para participação:** NDE; NAPED; Colegiado; Comissões / CPA; Participação de usuários; Construção do conhecimento coletivo.

## **Mesa 6 - Sistema de Avaliação do estudante de Medicina (rosa)**

A Mesa 6 apresentou o sistema de avaliação orientado por competências, contemplando três dimensões: cognitiva, psicomotora e atitudinal. A avaliação deve ser somativa, formativa e diagnóstica, permitindo acompanhar o desempenho do estudante ao longo do tempo e também avaliar a qualidade do ensino. Entre os princípios estruturantes estão a abrangência dessas três dimensões, a oferta de feedback qualificado, o registro documental (como portfólios), a tutoria, a governança por comitês e a existência de processos estruturados de remediação. Os instrumentos avaliativos variam entre o pré-internato e o internato, incluindo avaliação do conhecimento, desempenho clínico, comunicação, profissionalismo e integração com equipes de saúde. O sistema deve ser coerente com o currículo e as competências propostas, evitando avaliações desconectadas dos objetivos formativos. Destaca-se ainda a importância da interprofissionalidade e do respeito entre as diferentes áreas da saúde.

### **Pontos importantes da discussão:**

Implementação de um sistema de avaliação padronizado baseado em competências; Tipos de avaliações a serem implementadas; Princípios Estruturantes: Abertura dos 3 domínios; Feedback; Separar momentos; Coleta de dados / momentos de decisão; Registro e documentos; Governança e decisão do Comitê; Remediação obrigatória e estruturada.

Lorene fez o fechamento da atividade valorizando o momento de discussão para reescrita do caderno e explicou a atividade que será realizada no retorno do almoço.

### **SALA C - FACILITADOR/RODRIGO**

*\*obs: grupo sem relator. Material produzido a partir das produções contidas nas folhas de registro/flipchart.*

O grupo foi conduzido por Rodrigo Silveira organizaram a distribuição dos participantes em seis mesas, a cada mesa foi atribuída uma cor, com cinco ou seis pessoas por mesa, com representantes dos gestores, docentes, discentes, entidades e a escola.

### **Mesa 1 – Integração ensino, serviço e comunidade (vermelho)**

- Aprendizagem no contexto do ensino, pesquisa, extensão;
- Estágios e Práticas, moldados de acordo com prioridades da comunidade, com o modelo do SUS, demografia médica, inovação;
- COAPES;

- IESC e atuar nas dimensões do MECP (Modelo Estrutural de Competências Profissionais);
- Como eixo estruturante do currículo, deve-se entender o IESC dentro dos interesses pedagógicos, das necessidades assistenciais e das responsabilidades com a saúde pública;
- Partes igualmente importantes nesta unidade curricular, temos:
  - a) Pactuações: níveis de governo, com as instituições e com a própria comunidade.
  - b) Avaliações contínuas do processo, enquanto impactos na comunidade e na formação do estudante.
  - c) Qualificação com profissionalismo da preceptoria.
  - d) Estratégias múltiplas de financiamento das ações de IESC.

## Mesa 2 – Internato (laranja)

30% da carga horária para MFC e UE. Qual a proporção p/ cada área?; Áreas verdes: Considerando que não pode ser à noite, nem final de semana, a inclusão de uma tarde ou uma manhã durante a semana seria suficiente?; Em demais áreas obrigatórias, aparece medicina intensiva e traumatologia. A traumatologia deve estar em clínica cirúrgica ou urgência-emergência? Ou os dois?; Organizar o estágio de MFC longitudinalmente.

## Mesa 3 – Cuidado Educando / Educador / Escola (Amarelo)

O cuidado não depende de algo único, ele é multifatorial; O planejamento docente/discente é o ponto-chave para a realização de um cuidado eficiente em todas as esferas; O

bem-estar do processo educacional precisa estar presente no planejamento; O processo de formação médica é um compromisso ético que enfrenta desafios e, durante as discussões em grupo, pautas como saúde mental foram levantadas como fatores determinantes na qualidade desse processo;

**Preposições:** Diálogo permanente; Política institucional de cuidado e autocuidado. Planejamento qualificado que contemple docentes e discentes; Arquitetura de um processo de formação diferenciado.

#### **Mesa 4 – Formação de Educadores (Verde)**

Definição do embate entre o papel do docente e do preceptor; Formação de professores de forma contínua, uma formação além de oficinas; Definição do abismo entre aquilo que é ensinado em sala de aula (professor/docente) é aquilo que é feito na prática em saúde (preceptor); O NAPED obrigatório é considerado um avanço, uma vez que ele prepara os educadores unindo a preparação formal e informal; Atividades como PDD e RR e a definição do PDP e PPC são obrigações do NAPED.

#### **Mesa 5 – Gestão da Escola Médica (Azul)**

**Papel do Gestor e o PPC:** Debate sobre a responsabilidade do gestor em criar as condições necessárias para a execução do Projeto Pedagógico de Curso (PPC); Necessidade de coerência entre as diretrizes do PPC e a realidade/desafios específicos de cada instituição.

**Acompanhamento e Ajustes:** Importância de processos contínuos e permanentes de acompanhamento para orientar a execução do curso; Uso de feedbacks informais entre alunos, professores e gestores; Utilização de ferramentas institucionais

formais como a Comissão Institucional de Avaliação (CIA) e o ENAMED.

**Impasse de Interesses:** Conflito entre os interesses particulares dos alunos (foco em *scores* para provas de residência) versus o objetivo institucional de formação integral e vivência prática; desafio de contemplar todas as competências exigidas pelas **DCNs** (Diretrizes Curriculares Nacionais).

**Articulação Institucional:** Necessidade de alinhamento fundamental entre o PPC e as DCNs; O gestor deve atuar de forma articulada com o corpo docente; Fortalecimento e uso de núcleos estratégicos: **NDE**, **NAPED**, colegiados e outros setores internos.

## Mesa 6 - Sistema de Avaliação do estudante de Medicina (rosa)

**Pré-internato: Cognitivo:** *Teste de Progresso. Prova escrita (c/ casos clínicos multiprofissionais), questões abertas curtas;* **Psicomotor:** *\* OSCE: dificuldade c/ atores, c/ check-list falho; Uso de IA - perda da empatia; Melhorar treinamento dos atores; Importância do Feedback: coletivo e individual (melhor). Feedback pontual, imediato; Mini-Cex. Atitudinal:* *Começar do começo até o Enamed. Falta de feedback;* **Integração:** *Importância do feedback contínuo; portfólio estruturado.*

**Internato: Cognitivo:** *Teste de Progresso;* **Desempenho:** *Mini-Cex; Discussão de caso clínico; Avaliação 360°;* **Comunicação:** *\* C/ pacientes simulados; Uso de IA;* **Profissionalismo:** *Avaliação 360°. Devolutivas multifontes.;* **Integração:** *Portfólio longitudinal online.*

Rodrigo fez o fechamento da atividade valorizando o momento de discussão para reescrita do caderno e explicou a atividade que será realizada no retorno do almoço.

## **DCN 2025 DO CHÃO PARA ONDE EU PISO: acolhendo a expressão de cada cotidiano da Escola (Momento da Tarde)**

Após o intervalo para o almoço a equipe de coordenação orientou os participantes retornarem para suas mesas originais, seus Grupos monocromáticos e suas respectivas atribuições no Grupo. A comanda impressa nas mesas foi lida na íntegra, pela coordenação de sala antes de iniciar as atividades, checando a compreensão das atividades e esclarecendo dúvidas. Os grupos foram orientados a realizarem acolhimento com a apresentação da síntese construída para as pessoas que não participaram do turno da manhã.

Os grupos refletiram sobre como o capítulo discutido foi compreendido e como o mesmo pode contribuir para a implantação das DCN 2025 em sua realidade. Cada grupo organizou, na folha de flipchart, uma síntese a ser apresentada aos demais grupos com ênfase nos diferentes contextos compartilhados durante as discussões.

## **DCN 2025 PARA ALÉM DA MINHA ALDEIA: outras realidades de cada cotidiano da Escola médica**

A equipe de coordenação apresentou a comanda da atividade que teve início com o compartilhamento de cada especialista colorido da síntese do trabalho do seu grupo, desta vez dispostos nas mesas organizadas em ARCO-ÍRIS. Após este momento de compartilhamento os grupos identificaram e discutiram desafios que não estavam explicitados no Caderno e fizeram propostas/colaborações para a superação dessas lacunas.

Há desafios que ainda não estejam contemplados com os capítulos do Caderno que foram apresentados? Quais? Como vocês podem colaborar para preencher estas lacunas?

## SALA 1 - MATHEUS PEDREIRA

### Mesa 1 – Vermelho (Integração ensino-serviço-comunidade)

Foi identificado como desafios a carência de cenários de prática qualificados no SUS, incluindo limitações tecnológicas (internet e simuladores); a dificuldade na definição clara de deveres, contrapartidas e papéis entre IES, Secretarias de Saúde, OSS e COAPES; a lacuna metodológica sobre como medir o impacto real da IESC na comunidade e na sociedade; e a falta de vínculo formal e afetivo do preceptor externo com a instituição de ensino.

**Sugestões e Propostas:** Estabelecer contratos claros (Pactuação de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde - COAPES) com contrapartidas definidas; Implementar métricas de curto prazo (satisfação do usuário), médio prazo (indicadores dos Sistemas de Informação em Saúde - SIS) e longo prazo (territorialização de distritos-escola); Estimular o currículo oculto através do diálogo intersetorial e vivência social, focando nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS); Utilizar ferramentas como o *SERVQUAL* para avaliar a qualidade das atividades realizadas no serviço.

### Mesa 2 – Laranja (Internato)

Desafios e Lacunas: Dificuldade em conciliar a carga horária total com a inserção de novas áreas obrigatórias; Fragilidades na supervisão direta e predominância de avaliações subjetivas; Sobrecarga do estudante durante o período de transição para a prática intensiva; Falta de clareza sobre as competências básicas que o médico generalista deve dominar em cada área.

Sugestões e Propostas: Estruturar o internato para desenvolver habilidades não técnicas, autonomia progressiva e integração de determinantes sociais; Implementar o "Teste de Progresso"

e estratégias de remediação para alunos com dificuldades antes do fim do curso; Formalizar o vínculo através de bolsas, benefícios ou programas de voluntariado estruturados; Garantir a aplicação real das janelas curriculares (áreas verdes) para proteção da saúde mental e descanso.

### Mesa 3 – Amarelo (Cuidado Educando/Educador/Escola)

**Desafios e Lacunas:** Falta de preparo para lidar com a neurodiversidade (TEA) e alunos PCD, com lacunas na legislação sobre habilitação parcial; Dificuldades financeiras e psicossociais que impedem a continuidade do curso para alunos vulneráveis; Inexistência de políticas de apoio para preceptores e professores sobrecarregados.

**Sugestões e Propostas:** Adotar o conceito de "Resultados fixos com tempo variável", permitindo que o tempo de integralização seja flexível conforme a necessidade pedagógica; Criar programas de mentoria longitudinal para construção da identidade profissional e desenvolvimento pessoal; Fortalecer o Núcleo de Apoio Psicopedagógico para oferecer suporte longitudinal tanto a discentes quanto a docentes; Fomentar uma "Cultura para a Paz", comunicação não-violenta e sentimento de pertencimento através de oficinas e compartilhamento de espaços decisórios.

### MESA 4 – VERDE (FORMAÇÃO DE EDUCADORES)

**Desafios e Lacunas:** O perfil docente, 33% das instituições públicas relatam não possuir ferramentas de metodologias ativas consolidadas; Dificuldade em migrar do modelo tradicional para o papel de facilitador/mentor; Ausência de tempo protegido no contrato de trabalho para capacitação pedagógica.

**Sugestões e Propostas:** Criar e fortalecer o Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente como órgão central de formação; Realizar diagnósticos de perfil docente e estabelecer indicadores e prazos para a qualificação (cursos, eventos e pesquisa); Garantir tempo protegido em contrato e incentivos financeiros ou de visibilidade para o grupo docente; Incluir o preceptor externo nas atividades de formação pedagógica do NAPED.

### MESA 5 - AZUL (GESTÃO DA ESCOLA MÉDICA)

**Desafios e Lacunas:** Gestão focada apenas na teoria, sem estratégias reais de integração ensino-serviço; Falha na devolutiva (feedback) dos processos avaliativos institucionais; Dificuldade em quebrar modelos tradicionais e burocráticos para adotar uma mentalidade inovadora.

**Sugestões e Propostas:** Realizar reuniões regulares, "semanas do docente" semestrais e envolver estudantes em treinamentos e decisões; Implementar métricas para medir a eficácia do próprio sistema avaliativo da instituição; Detalhar rigorosamente os objetivos de aprendizagem nos planos de ensino para que docentes e discentes tenham clareza das metas; Buscar fontes para infraestrutura tecnológica e capacitação de Recursos Humanos.

### MESA 6 – ROSA (SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA)

**Desafios e Lacunas:** Dificuldade do estudante na passagem do método avaliativo do Ensino Médio para o Superior; Presença de vieses nas avaliações práticas ; Falta de critérios objetivos e metas claras nos planos de avaliação; Incerteza sobre como conduzir a remediação do aluno.

**Sugestões e Propostas:** Substituir a rigidez somativa por uma avaliação longitudinal ;Elaborar indicadores específicos para todos os domínios (cognitivo, habilidades e atitudes) para reduzir o viés do avaliador; Utilizar os resultados da avaliação como diagnóstico; Capacitar o docente na perspectiva da avaliação inclusiva.

## **SALA 2 – RELATORIA/GUILHERME SALGADO**

### **Mesa 1 – Vermelho (Integração ensino-serviço-comunidade)**

#### **Desafios:**

- Capacitação de Preceptores; 1º Contato com APS e Território; Determinantes Sociais da Saúde; Feedback Contínuo para o Aluno; Integração Teoria e Prática; Colaboração Ativa.
- **Propostas** : Desenvolvimento de Competências; Engajamento discente; O estágio como um espaço de gerar novos saberes; Reflexão crítica das prática; Formação centrada na pessoa; Visão além do campo de estágio; Implementação/fortalecimento deste ciclo ou conselho como suporte ao processo

### **Mesa 2 – Laranja (Internato)**

**Desafios:** Sobreposição de horários, tempo destinado a atividades teóricas ou de estudo (área verde) está sendo confundido ou fundido com o descanso pós-plantão. Distanciamento Pedagógico, necessidade de maior integração dos preceptores com as diretrizes acadêmicas.

**Propostas:** Garantir o mínimo de 4 h para “área verde” e proibir a fusão desse horário com o período de pós-plantão. Promover a

qualificação docente específica para os preceptores e garantir que os preceptores conheçam e se apropriem do PPC.

### Mesa 3 – Amarelo (Cuidado Educando/Educador/Escola)

O capítulo traz possibilidade de propostas práticas como:

**Desafios:** Dificuldade em incentivar e sensibilizar os professores quanto à importância da Integração Ensino-Serviço-Comunidade; Predomínio de um modelo “passivo”, focado apenas em cumprir as exigências das DCNs de forma burocrática; Deficiência na qualificação e no tempo destinado às atividades da “área verde”; Ausência de diretrizes claras sobre a carga horária mínima e a periodicidade dos encontros de mentoria.

**Propostas:** Criar programas de capacitação que demonstrem o valor prático do IESC, transformando o corpo docente em agente ativo do processo; Migrar do cumprimento passivo de normas para um planejamento ativo, estruturado e contínuo; Fortalecimento da “Área Verde”; Estruturação da Mentoria: Estabelecer uma CH mínima obrigatória; Definir um cronograma fixo de frequência.

### Mesa 4 – Verde (Formação de Educadores)

**Desafios:** Comprometimento da Gestão; Avaliação de Docentes e Preceptores; Integração Teoria-Prática( Ruído ou falta de conexão entre o que é ensinado em sala de aula e a prática executada); Relação entre docente e preceptor; Complexidade de Fluxos; Falta de estruturação ou clareza nos fluxos de atendimento e atuação desses núcleos psicopedagógicos.

**Propostas:**Engajamento Institucional; Sistemática de Feedback; Padronização da “Área Verde”; Mapeamento e redesenho dos

fluxos de processos na gestão para torná-los mais fluidos; Alinhamento Pedagógico; Criação de protocolos de integração e orientação entre o docente (teoria) e o preceptor (prática); Definição e formalização dos fluxos de trabalho dos Núcleos Psicopedagógicos.

### **Mesa 5 - Azul (Gestão da Escola Médica)**

**Desafios:** Sensibilização do corpo docente para capacitação; Dificuldade de alinhamento do PPC entre os componentes; Autonomia limitada da gestão.

**Propostas:** Sensibilização; Alinhamento do conteúdo pedagógico de acordo com a realidade de cada IES; Estímulo a autonomia de todas as pessoas envolvidas com o processo de gestão.

### **Mesa 6 – Rosa (Sistema de Avaliação do estudante de Medicina)**

**Desafios:** Dificuldade de avaliação de alunos com limitações; Desafios no acompanhamento e avaliação da saúde mental e cognitiva.

**Propostas:** Necessidade de adaptações para acessibilidade visual; Necessidade de metodologias específicas para avaliar alunos neuroatípicos em ambientes de prática; Adaptação da avaliação de desempenho físico/prático; Limitação Motora e Limitação Física (Visão).

## SÍNTESE DE ESPECIALISTAS MONOCROMÁTICOS DE TODAS AS SALAS PLENÁRIA

Com base na orientação da equipe de coordenação foi realizado o compartilhamento da construção dos diferentes Grupos por cores, a partir das sínteses dos flipcharts, de forma a organizar um consolidado em plenária informando o título do capítulo, cor do grupo e produções. Os grupos monocromáticos da sala 1 apresentaram suas sínteses sendo complementados pelos respectivos grupos da sala 2. A síntese das informações encontra-se descrita abaixo.

Rodrigo realizou o sorteio da ordem de apresentação das sínteses elaboradas pelos grupos para apresentação durante 5 minutos e posterior intervenção para contribuições da plateia.

A VI Oficina Regional do Projeto REVER para a etapa de compartilhamento dos resultados das discussões em grupo, marcada por um forte sentimento de pertencimento e colaboração regional. O encerramento das atividades de grupo foi permeado por uma sensação de acolhimento, com os participantes expressando que realizar o encontro em cidades como Manaus faz com que se sintam "em casa", conectando as diretrizes nacionais à realidade amazônica.

A dinâmica proposta para a plenária foi estruturada os grupos das salas A, B e C (mesas de nº 1 a 6) foram organizados para apresentar seus consensos em intervenções de cinco minutos, focando estritamente em dois eixos: os desafios identificados em cada tema e as contribuições específicas para o aprimoramento do caderno de diretrizes.

### Grupo Azul da Sala (Gestão da Escola Médica)

**Desafios:** Dificuldade em engajar professores e preceptores em processos de formação e aprimoramento pedagógico; Falta de articulação entre as diversas instâncias de gestão (NDE,

coordenação, comissões de avaliação); Impasses burocráticos e financeiros, tanto no setor público quanto no privado, que cerceiam iniciativas de inovação da gestão.

**Contribuições e Soluções:** Proposta de criação obrigatória de uma Comissão Interna de Avaliação para institucionalizar o processo de feedback; Criação de um portfólio eletrônico como ferramenta de feedback ; Sensibilização precoce do corpo docente sobre o impacto da gestão na qualidade da formação.

As discussões revelam um cenário de fragmentação e desafios estruturais. O 1º grande entrave identificado é a baixa adesão e engajamento de docentes e preceptores nos processos de gestão e aprimoramento formativo. Somado a isso, há um grave desalinhamento institucional. Embora existam diversas instâncias gestoras e comissões, a comunicação entre elas é ineficaz.

Outro desafio crítico é a autonomia limitada, tanto em instituições públicas quanto privadas, onde impasses burocráticos e administrativos travam iniciativas inovadoras. O grupo sugeriu a criação obrigatória de Comissões Internas de Avaliação que utilizem ferramentas como o portfólio eletrônico. Propôs-se também que a sensibilização docente ocorra de forma precoce e contínua, vinculando o aprimoramento pedagógico às necessidades da carreira médica.

Por fim, os debates reforçaram que a gestão deve alinhar o conteúdo pedagógico às realidades locais, respeitando as múltiplas diversidades regionais .

### **Grupo Rosa (Avaliação)**

**Desafio:** Objetivos de aprendizagem não detalhados; Instrumentos de avaliação subjetivos; Avaliação somativa para o internato; Inclusão; Avaliação com estudantes neurodivergentes;

Reestruturação do Núcleo de Apoio Pedagógico; Detalhamento do plano de ensino do generalista; Alunos acostumados a métodos tradicionais; Objetivos de aprendizagem vagos no plano de ensino e instrumentos de avaliação ; Dificuldade em adaptar avaliações estruturadas para alunos com limitações;

**Contribuições e Soluções:** Necessidade de ferramentas de avaliação mais objetivas e padronizadas, que independem do avaliador, reduzindo margens para recursos e judicialização; Implementação de oficinas de treinamento logo no ingresso do curso e detalhamento progressivo das metas de aprendizado; Reflexão sobre se a falha do aluno no oitavo período é um problema individual ou um reflexo da insuficiência da própria escola em prepará-lo.

### **Discussão:**

O grupo propõe a reestruturação dos Núcleos de Apoio Pedagógico (NAP) para realizar oficinas de treinamento logo no início do curso, ensinando o discente a compreender e utilizar o feedback para sua evolução, em vez de focar apenas na nota. Criticou-se a falta de clareza nos planos de ensino.

A contribuição é o detalhamento progressivo das metas, o que se espera que o aluno saiba e seja capaz de fazer no ciclo básico, clínico e internato, garantindo que o perfil do egresso seja construído de forma cumulativa e transparente. Para reduzir a interferência do "olhar do avaliador", defendeu-se a aplicação de instrumentos de avaliação objetivos, sugeriu que as avaliações sejam claras, protegendo tanto o aluno quanto o docente.

Um dos pontos polêmicos foi a avaliação que antecede o internato, o grupo manifestou dúvida sobre como operacionalizar essa etapa. O debate evoluiu para a necessidade de avaliações diagnósticas contínuas desde o início do curso, se

o aluno chega ao 8º período sem as competências necessárias, a falha pode não ser apenas individual, mas da própria escola.

A discussão trouxe um olhar sensível para alunos com limitações físicas, psíquicas ou neurodivergentes. O desafio é como adaptar exames práticos sem comprometer a avaliação das competências, o grupo defendeu a criação de planos individuais de progressão e uma avaliação que considere o estudante de forma integral.

O sistema de avaliação deve ser programático e longitudinal. O objetivo final é substituir a cultura da "nota" pela cultura da "competência".

## **Grupo Laranja (Internato)**

### **Desafios:**

Detalhar área verde conforme o contexto loco regional; Como operacionalizar a saúde coletiva no internato; Internato; Sugestão discutir saúde coletiva de forma transversal; Saúde coletiva e MFC não sinônimos; nó crítico: a características dos preceptores e a falta de formação; Internato Rural e Internato Indígena; Internato indígena no Amapá, a importância do preparo do preceptor; A falta de preparo dos médicos para docência e necessidade de incentivos à carreira; Internato Rural e Indígena funciona bem mas tem muitas dificuldades, conseguiram bolsas para isso; Boas experiências e como fazer a do internato indígena, incrementar isso no caderno; Sugestão de política pública de incremento para preceptoria;

### **Discussão:**

O grupo destaca os desafios práticos de operacionalizar as novas DCN's na realidade das escolas médicas da região Norte, especialmente aquelas localizadas no interior. O caderno orientador precisa oferecer um detalhamento que

contemple as dificuldades regionais, permitindo uma aplicação que faça sentido no cotidiano dessas instituições. No que tange à organização do internato, o grupo ressaltou a necessidade de preparar o egresso para o mundo real. Defendeu-se um detalhamento rigoroso das cargas horárias e competências, respeitando as demandas de cada serviço.

Além disso, enfatizou-se a importância de uma medicina baseada em evidências que utilize dados epidemiológicos locais para planejar a assistência, integrando a tecnologia e a análise estatística à realidade do serviço.

Um nó crítico identificado foi a fragilidade da preceptoría, marcada por profissionais que carecem de compromisso institucional ou formação pedagógica. Como solução, propôs-se a criação de políticas públicas de incentivo e valorização da supervisão. Por fim, o grupo destacou a urgência de incluir diretrizes específicas para o internato rural e indígena respondendo à diversidade e à responsabilidade social exigidas pelo contexto amazônico.

### **Grupo Amarelo (Cuidado-Educando-Educador-Escola)**

**Desafios:** Inclusão; Política de permanência; Saúde mental; Flexibilidade e tempo para os estudantes com limitações e necessidades particulares; a instituição tem o dever de adaptação; Carência de formação; Necessidades de estrutura os núcleos de apoio discentes e docentes; Aprofundar as necessidades de competências a serem desenvolvidas com pessoa com deficiência, neurodivergente tem que desenvolver, detalhar, ouvindo os estudantes e professores; Avaliação e ensino de alunos atípicos, neurodivergentes; Qual o limites?; área verde para o docente;

## **Discussão:**

O grupo foca na urgência de institucionalizar políticas de inclusão, mentoria e suporte à saúde mental. O debate girou em torno da operacionalização da inclusão e da neurodiversidade. Destacou que não basta que as diretrizes cite a importância de incluir, é necessário detalhar as competências do egresso de forma que permitam flexibilidade de tempo para estudantes com necessidades específicas.

Para que o aluno alcance as competências exigidas, a instituição deve oferecer adaptações curriculares baseadas em um planejamento minucioso, superando a carência atual na formação docente para lidar com essa perspectiva. A proposta é que esse detalhamento não seja apenas teórico, mas construído a partir da escuta ativa de pessoas com deficiência e alunos neurodivergentes, garantindo uma abordagem transdisciplinar que envolva especialistas de diversas áreas.

A mentoria institucional foi apontada como essencial que ainda carece de formalização nas universidades. Defendeu que a mentoria deve ser um espaço de desenvolvimento pessoal e profissional, que deve ser estendido aos docentes. Como solução, discutiu-se a implementação de "áreas verdes" tanto para alunos e professores, sugerindo-se um percentual de 5% a 15% da carga horária para autocuidado e planejamento.

Outro ponto inovador trazido pela experiência da UFPA foi a inclusão de disciplinas de "habilidades para a vida" desde o ciclo básico. Essa abordagem foca em autoconhecimento, comunicação e ética, preparando o estudante para as exigências emocionais da profissão médica. O grupo também refletiu sobre o papel da inteligência artificial como ferramenta de auxílio na identificação de dificuldades de aprendizagem que muitas vezes passam despercebidas, os chamados "estudantes invisíveis", cujas limitações não são físicas ou evidentes.

## Grupo Vermelho ( Integração ensino-serviço-comunidade)

Padronizar a quantidade de alunos por UBS; Educação inclusiva; Indicadores de monitoramento e avaliação das DCNs; A fragilidade das pactuações (COAPES); Indicadores; O desenvolvimento de competências voltados a ética e responsabilidade social; Diálogo e vivências intersetorialidade; Engajamento Discente; engajamento dos preceptores; formação/ EPS dos preceptores; Olhar para o cenário; planejamento e gestão dos serviços de saúde; A necessidade de trabalhar de forma transversal, aprendizagens significativas;

**Os grupos da cor vermelha abordam a Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC)**, destacando a necessidade de transformar diretrizes teóricas em indicadores práticos e quantificáveis para enfrentar a expansão desordenada do ensino médico.

O debate iniciou-se com um alerta sobre a densidade demográfica e a oferta de cursos: comparando o Brasil a países mais populosos, percebe-se uma proporção alarmante de escolas médicas, o que impõe o desafio de garantir que o estudante tenha, de fato, "o pé no chão" e acesso a campos de prática qualificados. O grupo defendeu que a integração não pode ser um conceito abstrato, mas deve ter um planejamento rigoroso de quantos alunos um cenário pode comportar para evitar a superlotação das salas e dos serviços, garantindo o aprendizado real ao lado do paciente.

Quanto à educação continuada, reforçou-se que ela deve ser bidirecional, atingindo tanto o docente quanto o preceptor que está na ponta do serviço. A proposta é detalhar as formas de acompanhamento desses profissionais, utilizando indicadores de monitoramento e avaliação de impacto da IESC a curto, médio e longo prazo. Entre os indicadores sugeridos, destacam-se a resolutividade do serviço, o impacto nos

indicadores de saúde da região onde a universidade está inserida e a satisfação dos usuários do SUS.

A discussão também tocou na fragilidade das pactuações (COAPES) entre universidades e municípios. Foi apontado que, muitas vezes, as instituições públicas sofrem mais por não oferecerem contrapartidas financeiras diretas, o que exige uma reorganização das redes de saúde para que o serviço não se afaste da academia. Além disso, o grupo enfatizou que competências relacionadas à ética e à responsabilidade social não devem ser disciplinas isoladas, mas eixos transversais que perpassam todo o currículo, especialmente no internato, onde o estudante lida com a complexidade real do sistema.

Por fim, o relator defendeu que o internato seja encarado de forma processual e significativa. É fundamental que o preceptor compreenda o que o aluno "precisa saber, saber fazer e saber ser", superando a formação puramente técnica ou biomédica da geração anterior. O aluno deve ser inserido não apenas na assistência, mas também na gestão e planejamento do serviço, permitindo que ele compreenda as dores e os fluxos do sistema de saúde. A ideia central é que a integração ensino-serviço promova uma aprendizagem significativa, onde o estudante se sinta parte do SUS e o serviço se reconheça como um espaço legítimo de formação e produção de conhecimento.

### **Grupo Verde (Desenvolvimento Docente)**

- valorização do NAPED e aproximação do preceptor;
- rotinas de qualificação continuada de docentes e preceptores;
- regularidade das ações para resolução das problemáticas encontradas, maior agilidade e resolução a curto prazo.

- Criação de protocolos de integração e orientação entre o docente (teoria) e o preceptor (prática).
- Importância de cada IES refletir os seus processos e exercitar a implementação das diretrizes, de acordo com sua necessidade, realidade e possibilidade, de maneira singular.
- Fortalecer o COAPES como espaço possível de formação para preceptores e trabalhadores da rede.

Os **Grupos da cor Verde (Desenvolvimento Docente (Capítulo 14))** reflete os desafios estruturais e práticos da formação de educadores médicos, destacando a necessidade de maior integração entre teoria pedagógica e realidade assistencial.

O debate apontou como lacuna central a falta de uma padronização de instrumentos que orientem o desenvolvimento docente de forma contínua, evitando que o processo seja negligenciado ao longo dos anos. Um ponto crítico levantado foi o distanciamento do preceptor, que muitas vezes atua no cenário de prática sem vínculo institucional sólido ou formação pedagógica adequada.

O grupo defendeu a necessidade urgente de criar rotinas de qualificação que incluam tanto o professor acadêmico quanto o preceptor do serviço, baseando-se sempre em avaliações diagnósticas reais. Criticou-se a tendência de as instituições oferecerem treinamentos genéricos (como inteligência artificial) em vez de sanar dúvidas fundamentais sobre o cotidiano, como processos avaliativos.

A atuação do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) também foi questionada, o grupo sugeriu que o NAP deve ser mais ágil, intervindo em problemas pontuais no meio do semestre, em vez de aguardar janelas anuais de planejamento.

Além disso, houve um forte apelo à valorização profissional, enfatizando que a dedicação à docência não pode depender apenas do "amor à instituição" ou da gratidão do médico, exigindo reconhecimento financeiro e suporte à saúde mental para evitar o desgaste dos educadores.

No contexto da gestão, discutiu-se a diferença entre instituições públicas e privadas na organização do internato, ressaltando a necessidade de uma institucionalização mais robusta das parcerias ensino-serviço. O grupo destacou que instrumentos como o COAPES (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde) são fundamentais para organizar a contrapartida das escolas e garantir que o serviço de saúde seja reconhecido como um território legítimo de produção de assistência e conhecimento.

Por fim, reafirmou a responsabilidade social como o princípio norteador da formação médica. Independentemente da natureza da instituição (pública ou privada), as escolas devem responder às demandas sociais e diversidades da população brasileira, sintonizando o processo formativo com os novos modelos de avaliação de cursos. O objetivo final é garantir que o esforço pedagógico resulte na formação de médicos comprometidos com um sistema de saúde universal e socialmente referenciado, superando a visão da educação como mera mercadoria.

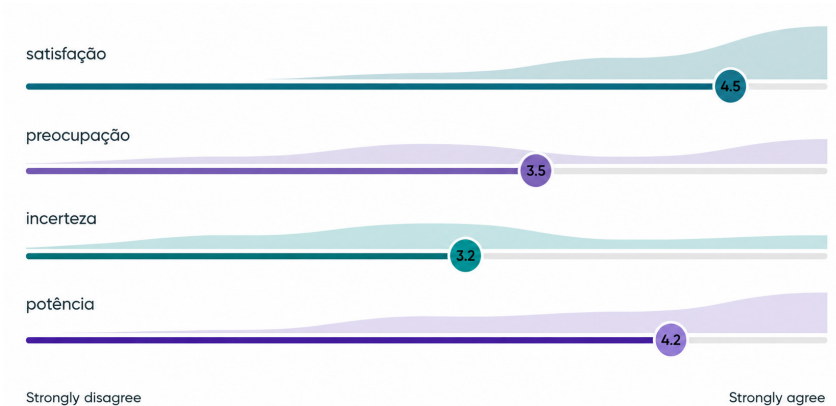
Rodrigo finaliza o segundo dia agradecendo a apresentação de todos e em seguida passa para Lorene, que traz a reflexão sobre a responsabilização pública e social com a qualidade do processo formativo dos profissionais médicos, de acordo com as singularidades e necessidades dos territórios, das comunidades e das pessoas.

**Avaliação do encerramento (Lia):** O encerramento do 1º dia de atividades da 6º oficina regional do projeto Rever

reflete um momento de balanço coletivo sobre o processo de apropriação do caderno de diretrizes. O debate final orbitou em torno do grau de satisfação, preocupação e potência dos participantes, revelando que, embora persistam incertezas quanto à implementação prática, há um forte compromisso com a construção de soluções conjuntas para os desafios do ensino médico. Um ponto de destaque foi a fala dos discentes sobre a sobrecarga avaliativa e a pressão do mercado, questionando como o excesso de provas e a competitividade por vagas de residência podem distorcer o sentido da formação, reforçando a necessidade de uma governança que proteja os direitos dos estudantes e a qualidade da assistência.

Manifestou-se surpresa e entusiasmo com o engajamento atual em comparação com ciclos anteriores, como o de 2014. Observou-se que as escolas médicas e seus atores estão “incomodados” e desejosos de mudança, transformando o desconforto individual em uma força coletiva de transformação. O encerramento reafirmou que educar é um ato eminentemente coletivo, que exige a união de esforços para alcançar a universalidade e a equidade no SUS. O dia foi finalizado com a expectativa para a jornada seguinte, que se voltará para a resolução de situações-problema reais trazidas pelos participantes, visando aplicar as diretrizes discutidas diretamente no cotidiano das instituições de saúde e ensino da região Norte.

## Como você está saindo hoje em relação ao seu grau de...



## 2º DIA

2º dia de atividades foi iniciado com um momento de acolhimento conduzido por Lia Silveira, que convidou os participantes a expressarem suas impressões sobre a jornada anterior. Palavras como ânimo, desafio e o sentimento de estar fazendo história marcaram a abertura, reforçando a profundidade do debate e a motivação do grupo para transformar a realidade da formação médica.

Na sequência, Willian Luna, da Comissão Integração Ensino Serviço e Comunidade (SEGETS/Ministério da Saúde), apresentou iniciativas fundamentais para a integração ensino-serviço. Entre elas, destacou o Programa Nacional de Vivência no SUS (VER-SUS), que promove imersões interprofissionais e conta com mais de 300 vivências em andamento, incentivando a submissão de novas propostas regionais. Também foi anunciada a nova edição do PET-Saúde Equidade, com inscrições abertas até 7 de maio, que traz o PET-Saúde CLIMA como foco central.

O encerramento da manhã foi dedicado à atividade prática orientada pela professora Lia Silveira. Os participantes foram organizados em três grupos diversos para processar situações-problema utilizando a metodologia do Café Mundial adaptado.

### **TRABALHO EM GRUPOS: Exercício de reflexão na busca de soluções para os desafios do cotidiano**

O objetivo das atividades do segundo dia de oficina foi refletir em grupo sobre situações do cotidiano dos cursos de medicina, à luz das DCN 2025 e do Caderno de orientações, para buscar soluções possíveis caminhos ou percursos de solução. A metodologia utilizada foi Café Mundial que foi explicada ainda na plenária e reforçada pelos coordenadores nas salas. Nesta metodologia parte dos grupos vão circular entre em mesas, passando por todas as situações problemas e contribuindo com as discussões, enquanto uma pessoa fica permanente em sua mesa original e vai esclarecendo aos novos participantes o que foi feito pelo grupo anterior. Nesta atividade terá o momento em que os integrantes de 3 mesas irão mudar de sala e se juntarão com as mesas de mesma numeração da outra sala e discutirão as situações problema no grande grupo, antes da apresentação na plenária final.

A sala A, facilitada por Lorene, foi formada por 41 pessoas, a sala B, facilitada por Lia, foram 45 pessoas, e a sala C, facilitada por Rodrigo, 47 pessoas. Cada sala foi organizada em 6 grupos de 7 ou 8 pessoas.

Após leitura da comanda e orientações sobre a atividade, leitura da situação problema em cada mesa, os participantes tiveram 30 minutos para refletir sobre a situação de sua mesa de origem, utilizaram o caderno de orientação e

as DCN. Em seguida aconteceram rodadas a cada 20 minutos e os integrantes dos grupos circularam pelas demais mesas para contribuir com as discussões das outras situações apresentadas, ficando apenas uma pessoa de cada grupo para receber os demais e explicar o que havia sido discutido nas rodadas anteriores. Ao final os grupos voltaram às suas mesas de origem para olhar o material que haviam construído e as contribuições recebidas. No momento as pessoas das mesas 1,2 e 3 se deslocaram para outra sala para se juntar aos grupos 1,2 e 3 daquela sala, e nessa sala chegaram os grupos das mesas 4, 5 e 6 da outra sala para se juntar aos grupos 4,5 e 6 desta sala formando grandes NDE para a construção de um documento final para apresentação na plenária onde todas as pessoas estarão para assistir as apresentações e contribuir com as discussões.

## **Mesa 1: ADOÇÃO DE TECNOLOGIAS NO PROCESSO FORMATIVO-Situação problema**

### **Principais pontos discutidos**

**Soluções de Baixo Custo:** MBE: plataformas confiáveis / sites; InovaSUS - Gestão / Acessibilidade; Redes – PP / Internet / COAPES; Interdisciplinaridade; Equipamentos pessoais; Parcerias com serviços bem-sucedidos; Desenvolvimento de aplicativos de baixo custo para soluções de problemas da comunidade; Capacitação do corpo docente; Utilizar os dados digitais da rede de saúde (telemonitoramento, Tabnet).

**Soluções Custo mais elevado:** Telessaúde: Teleinterconsulta / Telemedicina / Teleconsulta; Parcerias PP; Responsabilidade Social das Empresas; Parcerias com judiciário para realocação de recursos de multas/penalidades; PET – Saúde Digital; Ambiente Virtual; Pós-graduação; Uso crítico de tecnologias no cuidado; Tecnologia e equidade; Uso MEDIC; Uso

APRENDIZADO; Formação básica / nivelamento = aperfeiçoar / aprimorar; São instrumentos para qualificar o cuidado! Não formação/objetivo.

**Campos de prática:** Parcerias com hospitais que usam "Telemedicina, Teleconsulta, Telemonitoramento, Telessaúde; Desenvolvimento de app que impactem na assistência e no aprendizado-multiprofissional; Incorporação de IA na rede da faculdade: "Gemini – Google / ChatGPT / Notebook LM" =Docente e Discente; Atenção à LGPD; Garantir letramento digital / ético / literacia; Garantir aperfeiçoamento profissional / CELENE; Garantir: Exames / Avaliação Formativa / Garantir uso analógico; ANGA DETOX; Usar tecnologias leves – 6x começa fáceis; LAB. DE INFORMÁTICA; Desenvolvimento transversal de habilidades para utilização; Disciplina multicêntrica optativa: "(Tecnologia) obrigatória!"

**Adoção de tecnologias:** prontuário eletrônico, AVA -UNA-SUS, DATA SUS & TABNET (*Respeito*)

### **Instruir os docentes e capacitar - Regimento**

**IA:** Anamnese - Interação; Incluir na ementa da disciplina de ética/metodologia e normas do CNPQ; Tutoria - final; Garantir cuidado com equidade, segurança, proteção de dados pessoais

## **Mesa 2 – PRÁTICAS INCLUSIVAS - Situação Problema**

### **Inclusão, Acessibilidade e Permanência**

**TEA:** Sensibilidade auditiva e fotossensibilidade e Abulomania/ Dificuldade sob pressão;

**PEI:** habilidades; limitações; competências desenvolvidas ; NAAP / NED; NAPED; Coord. Pedagógica; Equipe local e acadêmicos; Cuidado

**Inclusão/Acessibilidade:** Saúde mental; Permanência Estudantil; Habilidades mínimas / pré-curso / pós-curso / diploma com restrições; Embasamento Jurídico; Alinhamento com CFM, universidade e conselhos; Métodos de avaliação adaptados; Ambiência em saúde; Fortalecimento de rede de apoio; Projetos interdisciplinares; Inserção gradual no serviço de saúde; Adaptação do cenário de prática;

**Estratégias:** Acomodação realística; Acompanhamento longitudinal; Núcleo específico para apoio discente; Psicólogo e Psicopedagogo- compartilhado com o preceptor; Elaboração adequada do PEI e atualização; Feedback contínuo entre docente, discente e NED; Preceptor; Qualificação Docente; Envolvimento da família / rede de apoio do discente com a IES/NED; Trabalho com a turma para que se torne uma rede de apoio;

**Aluno:** Comunicação assertiva; Exposição teórica do online; CH Mínima- Contempla Habilidades / Competências; Equipamentos de proteção individual; Acompanhamento longitudinal; Processos avaliativos individualizados; Profissional médico psiquiatra (multiprofissional);

**Final: Competências - Avaliações / Reavaliações Meio: Flexível**

### Mesa 3 – ÁREAS VERDES/JANELAS CURRICULARES -Situação problema

**Principais pontos discutidos pelo grupo:**

**Gestão e Estrutura Curricular:** Assegurar e proteger as Áreas Verdes; Reformular a Grade Curricular p/ CH mínima de 7.200h; Inclui o foco no Internato; Carga Horária Semestral Equilibrada; Utilizar sábado letivo com rodízio de dias da semana.

**Dinâmica das Áreas Verdes:** Rodízio de A.V; Organizado por turma, grupo ou subgrupos; Promover Atividades de Relaxamento; Práticas integradas com outros cursos;

**Apoio e Sensibilização:**Sensibilizar docentes e alunos; Palestras e treinamentos; mentorias, organizações estudantis e padrinhos; realizar levantamento do perfil do discente; Foco em saúde mental, rede de apoio e segurança; Acompanhamento periódico.

**Internato:** 4 dias com 9H; 1 dia com 4H= 40H ; Contraturno 4H -Área Verde; Rodízio entre os alunos e áreas respeitando a CH máxima diária e total; questão locorregional vale considerar; Estágio MFC= aula teórica à noite todos os internos fariam a área verde no mesmo período (turno); Oferecer atividades físicas, oficina de artes, práticas religiosas, clube de leitura , IA, oratória, libras e idioma; Área verde em grupos, com rodízio, um turno;

#### **Mesa 4 – PROGRAMAS ESTRUTURADOS DE ACOMPANHAMENTO ESTUDANTIL - Situação problema**

##### **Principais pontos discutidos pelo grupo:**

**Gestão Institucional e Política Educacional:** Garantia do cumprimento das DCNs e constante atualização do PPC; Consolidação do marco regulatório do NDE; Articulação da gestão por meio do COAPES ; Assegurar proteção da carga horária para docentes e discentes e estabelecer uma estabilidade mínima de carga horária para o corpo docente;

**Estruturação Pedagógica e Curricular:** Efetivar a curricularização (projetos de extensão e práticas integradas ao currículo); Garantir o monitoramento pedagógico rigoroso de todos os processos avaliativos; Implementação do PEI para atender às necessidades específicas de aprendizagem.

**Desenvolvimento, Apoio e Valorização Docente:** Estruturação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico e Experiência Docente com ações específicas para o corpo docente; Estratégias de Capacitação: Promover espaços que gerem reflexão crítica; diversificar os formatos de formação (ex: grupos de WhatsApp, cafés pedagógicos); Ofertar oficinas regulares de planejamento e treinamento em metodologias ativas; O Professor como Catalisador: Sensibilização contínua da categoria; oferta de incentivos institucionais; estímulo à integralidade e à produção acadêmica, com suporte para inserção e progressão em programas de mestrado e doutorado.

**Estratégias de Acolhimento e Apoio Discente:** Disponibilização de apoio psicológico estruturado, iniciando com o acolhimento formal dos calouros por profissionais de psicologia; Implementação de mentoria para guiar o desenvolvimento do aluno; Emissão de certificados de participação e criação de premiações para engajar e reconhecer o mérito discente;

**Promoção da Saúde e Qualidade de Vida:** Institucionalização e manutenção de áreas verdes; Promoção de oficinas focadas em PICS; Ações sistemáticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo o incentivo à prática de atividade física.

## Mesa 5 - INTERNATO - Situação problema

### Principais pontos discutidos pelo grupo:

**Estrutura e Propostas de Rodízio: (Proposta 1):** 9º Período: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Saúde Coletiva; 10º Período: Cirurgia, Traumatologia-Ortopedia e UTI; 11º Período: Urgência e Emergência, Saúde Mental e Clínicas Especializadas; 12º Período: MFC, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia.

**Propostas Alternativas:** Inserção de Medicina Intensiva dentro do rodízio de Clínica Médica; Inserção de Traumatologia-Ortopedia nos rodízios de Cirurgia ou Urgência e Emergência e Inclusão de Saúde Coletiva no 12º período junto à MFC.

**Temas Transversais:** Saúde Coletiva, Medicina Intensiva associada à Clínica Médica, Pediatria e GO e Traumatologia-Ortopedia associada aos eixos de Cirurgia e Urgência e Emergência.

**Organização por áreas:** Clínica Médica (20%) (incluindo medicina intensiva e saúde mental); Cirúrgica (15%) incluindo trauma; Ginecologia e Obstetrícia (15%); Pediatria(15%); Urgência (15%), MFC (15%); Saúde Coletiva c/ Rodízio específico (5%);

**Diretrizes de Gestão e SUS:** Ênfase no controle social e nível estratégico de organização; Deve responder às demandas e indicadores de saúde do município e do estado; Uso do SUS e do COAPES como eixos centralizadores da prática.

**Internato,** a formação médica deve contemplar as áreas: Atenção à saúde; Gestão em saúde; Educação em saúde; 70% CH internato( Saúde Coletiva, Medicina Intensiva, Traumatologia-ortopedia)

**Como organizar?:** Participação popular 5%; Saúde Coletiva (rodízio específico?)

## Mesa 6 – SISTEMA DE AVALIAÇÃO- Situação problema

### Principais pontos discutidos pelo grupo:

**Diagnóstico de Problemas Atuais:** avaliação puramente Somativa; falta de avaliação Programática; Descompasso com as DCNs (Art. 36 e 37); Foco exclusivo no domínio cognitivo, negligenciando o psicomotor e o atitudinal; Falta de clareza se a prova aplicada foi coerente com o que foi ensinado; Falta de Feedback;

**Propostas de Mudanças na Avaliação:** Transição de uma prova isolada para um sistema contínuo e longitudinal; Usar a avaliação para identificar fragilidades e lacunas de aprendizagem logo no início; Diversificação de Instrumentos; Uso de OSCE e Mini-Cex para avaliar habilidades clínicas; Avaliação de múltiplos domínios; Criação de um calendário de avaliações que acompanhe a progressão do discente.

**Desenvolvimento Docente:** Necessidade de capacitar o corpo docente para o novo sistema avaliativo; Criar uma metodologia pedagógica unificada e um banco de questões alinhado às competências do PPC; Envolvimento do NDE e NAPED .

**Estratégias de Remediação ao Aluno:** Criar planos individuais para alunos com baixo desempenho; Uso de ambientes simulados e suporte direto para corrigir lacunas de aprendizado; Instituir um grupo para estratificar e acompanhar a evolução dos discentes.

**Mudanças na estrutura da organização:** Atualizar o PPC para refletir o novo sistema de avaliação e a orientação discente; Necessidade de respaldo legal para definir a progressão ou retenção de alunos; A abordagem avaliativa deve estar clara e acessível a todos os envolvidos no processo.

## PLENÁRIA

### Apresentação das sínteses dos NDE que trabalharam com as situações problemas

Os trabalhos foram iniciados sob a coordenação de Lorene, que convidou os grupos a apresentarem suas sínteses pautadas nas situações-problema discutidas anteriormente. Como diretriz metodológica fundamental para esta etapa, solicitou-se que cada relator realizasse a leitura integral da

situação problema. Foi realizado o sorteio para definir a ordem de apresentações dos grupos.

### **MESA 1- Situação problema( Adoção de tecnologia no processo formativo)**

A discussão consolidou a premissa de que a tecnologia não pode ser tratada como conteúdo estanque, mas deve ser incorporada de maneira longitudinal e transversal em toda a matriz curricular. Entre as ações estratégicas, destacou-se a necessidade de promover o *"letramento e fluência digital"*, visando qualificar professores e estudantes para o manuseio ético de novos recursos. Inovadoramente, sugeriu-se a aplicação de sessões de *"detox tecnológico"*, instigando o acadêmico a exercitar o raciocínio clínico por vias puramente analógicas.

Para enfrentar as restrições orçamentárias de diversas unidades formadoras, o debate priorizou a busca por alternativas de baixo impacto financeiro e parcerias interinstitucionais. A proposta central reside na colaboração entre o setor público e o privado, permitindo que centros com suporte tecnológico robusto compartilhem infraestrutura com faculdades menores ou redes municipais, capilarizando a inovação. Defendeu-se, ainda, a integração interdisciplinar com eixos de engenharia e computação para a criação de dispositivos customizados, otimizando investimentos e fomentando a soberania tecnológica local.

A inovação digital foi reafirmada como um potente dispositivo, em que o emprego da telessaúde e do monitoramento à distância deve seguir rigorosos preceitos éticos e as normativas da LGPD. O propósito maior é qualificar o acolhimento e a resolutividade, sobretudo em localidades geograficamente isoladas. Dada a volatilidade desse campo, as instituições devem assegurar a educação permanente do corpo docente.

## MESA 2- Situação problema (Práticas Inclusivas)

### **Que estratégias podem ser elencadas para abordar situações como esta sem comprometer o desenvolvimento das competências detalhadas nas DCN 2025?**

O consenso entre os grupos é que não é possível tratar todos os alunos como se estivessem em uma "mesma caixinha". Mesmo estudantes com o mesmo diagnóstico podem apresentar necessidades distintas. A implementação de um plano individualizado é vista como obrigatória para traçar metas e estratégias.

Para que a inclusão seja efetiva, o suporte não pode depender apenas da boa vontade dos professores. Propôs-se a criação e fortalecimento de núcleos de acessibilidade e experiência docente, compostos por psicólogos e psicopedagogos, que auxiliem as coordenações no manejo desses casos. Um ponto foi a manutenção do rigor acadêmico aliado à equidade, o objetivo de aprendizagem e a competência a ser atingida. No entanto, o processo pode ser adaptado. Sugeriu-se que o formato da avaliação não seja alterado, mas sim as condições de sua realização, garantindo que o estudante neurodivergente possa demonstrar seu conhecimento em um ambiente adequado.

O debate tocou em questões complexas sobre o exercício profissional, questionou-se a possibilidade de diplomas com restrições ou competências específicas. Ressaltou-se a necessidade de um embasamento jurídico sólido que oriente as instituições sobre os limites das adaptações e os deveres das faculdades perante o MEC e os conselhos de classe.

A discussão encerrou-se com uma poderosa reflexão sobre a diversidade como potencialidade, e não apenas como falta, a inclusão deve envolver os próprios estudantes, médicos e professores com deficiência na construção das políticas institucionais.

### MESA 3- ÁREAS VERDES/JANELAS CURRICULARES

A discussão partiu da necessidade de esclarecer que a área verde não é um tempo vago, mas sim um espaço protegido dentro da carga horária semanal. O objetivo é garantir o bem-estar, a autonomia e o desenvolvimento pessoal do estudante.

Ficou definido que a decisão sobre o que fazer nesse período cabe exclusivamente ao estudante. A proposta de implementar essas janelas enfrenta resistências, especialmente de professores que temem a “perda de conteúdo”. É necessário investir na qualificação do Núcleo Docente Estruturante para que a mudança não seja vista como “folga”, mas como uma estratégia de saúde mental.

Implementar áreas verdes no internato é o cenário complexo devido à rotina dos serviços de saúde. As propostas incluíram em vez de liberar um turno inteiro de uma vez, propôs-se estender levemente os turnos de quatro dias para liberar um turno completo no quinto dia. A área verde foi apontada como uma ferramenta diagnóstica e terapêutica, foi sugerido realizar levantamentos periódicos sobre a saúde mental dos alunos .

### MESA 4- Situação problema PROGRAMAS ESTRUTURADOS DE ACOMPANHAMENTO ESTUDANTIL

A discussão central do grupo focou na institucionalização de programas de suporte acadêmico e psicossocial que sejam efetivos para as novas gerações de estudantes sem, contudo, gerar uma sobrecarga irreal ao corpo docente. O grupo defendeu a urgência de um marco regulatório que delimite as competências do Núcleo de Apoio ao Estudante e as atribuições específicas da mentoria, garantindo que esta seja incorporada à matriz curricular e à carga horária dos professores. Nesse modelo, a mentoria ocupa espaços verdes previstos desde o início do curso, incentivando a reflexão crítica sobre a trajetória profissional.

Para viabilizar essa transição de paradigma, especialmente para docentes formados em modelos tradicionais, a instituição deve investir em capacitação contínua. O papel do mentor é redefinido como uma função narrativa e reflexiva, capaz de acolher a ansiedade dos estudantes. O grupo ressaltou que a sustentabilidade desse sistema depende de uma cultura organizacional sólida e de uma política de incentivos que valorize a dedicação do mentor.

A institucionalização da mentoria é apresentada como uma necessidade para as escolas médicas brasileiras, visando transformar o que hoje é muitas vezes uma prática informal em um programa estruturado e profissional. Garantindo carga horária específica e capacitação para atuar, mas como um guia em um espaço de segurança.

Esse ambiente protegido é essencial para que o aluno desenvolva sua identidade profissional e sua capacidade crítica, permitindo a construção de competências humanas e emocionais. Em última análise, a mentoria deve ser reconhecida como um componente intrínseco da prática docente.

### **MESA 5 - Situação Problema ( Internato)**

O debate partiu da necessidade de adequação às novas recomendações para 2026, estabelecendo que temas de alta complexidade precisam de espaços bem definidos na carga horária prática. No caso da medicina intensiva, o grupo consolidou o entendimento de que este deve ser um período de imersão específica, dada a densidade técnica exigida. Já para a traumatologia e ortopedia, a proposta predominante foi a sua incorporação ao rodízio de clínica cirúrgica, desde que os objetivos de aprendizagem estejam detalhados no plano de ensino.

O ponto de maior divergência durante a plenária foi a operacionalização da Saúde Coletiva no internato. Prevaleceu a

defesa de que a disciplina deve constituir um rodízio obrigatório e isolado, evitando que o tema se perca se trabalhado apenas de forma longitudinal ou vinculado estritamente à assistência de outras especialidades.

A discussão também revelou a persistência de resistências culturais nos colegiados de curso, que priorizam a visão assistencialista em detrimento da visão coletiva. Contrapondo essa lógica, o grupo reforçou que a compreensão do sistema e do contexto social do paciente torna a conduta médica muito mais resolutiva e eficiente, pois permite ao profissional entender o impacto de suas decisões. Na organização curricular, a discussão enfatizou a importância da mobilidade acadêmica e da flexibilidade das matrizes. A proposta central é que a Saúde Coletiva deixe de ser vista como abstrato para se tornar um campo de prática real, onde o estudante compreenda o funcionamento do sistema de saúde.

### **MESA 6- Situação problema Sistema de Avaliação**

**Que estratégias podem ser elencadas para promover uma adequada análise desta situação e garantido avanço da instituição na direção de uma avaliação seriada de qualidade?**

O grupo identificou que avaliações baseadas exclusivamente em notas e aplicadas de forma isolada tendem a ser excludentes e punitivas, não refletindo a real capacidade do estudante em cenários de prática. Se o ensino é ativo e baseado em competências, a avaliação não pode ser meramente tradicional. Questionou-se se uma prova única pode ser o único parâmetro de progressão, alertando que mesmo índices altos de aprovação podem esconder falhas éticas ou de profissionalismo que não são captadas por testes de múltipla escolha.

A solução proposta gira em torno da avaliação programática, que entende o processo como um contínuo de

coleta de dados para tomada de decisão pedagógica. Em vez de uma barreira final, as avaliações devem ser ferramentas de diagnóstico precoce, permitindo o planejamento de estratégias de remediação ao longo do curso.

Para avaliar adequadamente os domínios (cognitivo, habilidades e atitudes/profissionalismo), é necessário combinar diferentes métodos que contemplem a integração do ser médico. O planejamento deve ser feito de trás para frente, definindo o perfil do egresso desejado e estruturando o sistema de avaliação como um "GPS" que guia o aluno até esse objetivo.

A reestruturação do sistema exige uma mudança na cultura institucional e no suporte aos docentes. O grupo propôs, com criatividade, a criação de uma instância apelidada de "CIA" responsável por investigar e analisar os dados gerados pelas avaliações, identificando se as falhas são dos alunos, de áreas específicas do currículo ou da própria atuação docente. O NDE deve estar capacitado para alinhar o que está escrito no PPC com a prática real em sala de aula e nos cenários de serviço. Evitar o "professor isolado" que avalia conforme suas próprias convicções, sem sintonia com o programa.

Um ponto da discussão foi que não é possível estruturar um currículo por competências sem um sistema de avaliação que lhe seja correspondente. O grupo defendeu que o acompanhamento deve ser precoce, permitindo intervenções ainda no ciclo básico e clínico. O objetivo é garantir que o estudante atinja as competências técnicas e éticas necessárias antes de chegar ao estágio supervisionado. Houve uma reflexão sobre o papel do preceptor, que atua na ponta do serviço sem um vínculo pedagógico com a instituição de ensino. Ressaltou-se a importância de que o preceptor esteja alinhado às diretrizes da escola.

## PROJETO REVER: PRÓXIMOS PASSOS

### Estevão Toffoli Rodrigues (ABEM - Diretor Vice-Presidente)

A fala consolidou a visão estratégica do Projeto REVER e o cronograma de ações para a educação médica brasileira em 2026, reafirmando o compromisso da entidade com uma construção democrática e baseada em evidências. Ele detalhou os próximos passos institucionais, com destaque para a Oficina Nacional em Brasília.

Estevão trouxe um relato impactante de sua participação no Encontro Africano de Educação Médica, realizado em Lagos, na Nigéria. A partir dessa experiência, propôs uma reflexão sobre a parceria entre os povos do Sul Global, denunciando o impacto econômico e social da migração de profissionais formados em países em desenvolvimento para nações centrais.

Ao final, foram reforçados convites essenciais para a mobilização da comunidade acadêmica: o XII CRENEM, que ocorrerá de 18 a 20 de junho em Macapá, focado nos desafios da região norte, e o 64º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), agendado para o período de 17 a 20 de setembro em Porto Alegre. Estevão encerrou reafirmando que a transformação da educação médica é um processo sistêmico e coletivo.

## AVALIAÇÃO DE ENCERRAMENTO

O encerramento da oficina, conduzido por Lia Silveira, consolidou um sentimento de profunda gratidão e realização coletiva. Ao retomar o *mentimeter* das expectativas construído no início do encontro, Lia dialogou com os participantes para verificar se o grupo havia alcançado seus objetivos. A resposta da plenária foi unânime em ressaltar a importância estratégica













**OPAS**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

