



**Formação Médica  
para o Brasil**

**onde estamos e  
para onde vamos?**

Um olhar comprometido  
com a responsabilidade  
social no século XXI



**abem**  
associação  
brasileira de  
educação  
médica

Relatório  
**Oficina Regional**  
**CENTRO-OESTE**

Brasília – DF  
13 e 14 de abril  
de 2026



**OPAS**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE







**OFICINAS REGIONAIS  
DO PROJETO REVER- 2026**  
Regional Centro Oeste  
Brasília – DF

13 e 14 de abril de 2026  
06 e 07/04//2026



## OFICINAS REGIONAIS DO PROJETO REVER- 2026 Regional Centro Oeste

### 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 Luís 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.

75 p. : il.  
ISBN  
1. Educação na Saúde. 2. Administração em Saúde. 3. Saúde Pública.  
I. Título.

Título para indexação:  
Central-West Regional Workshops

## Sumário

APRESENTAÇÃO.....	5
DIA 1 – ACOLHIMENTO.....	7
ABERTURA.....	9
PROJETO REVER .....	14
CADERNO DE ORIENTAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS DCN .....	15
METODOLOGIA DE TRABALHO: O JIGSAW ADAPTADO .....	16
SALA B – RELATORA / JAMILE GOMES .....	17
SALA A – RELATORIA / MATHEUS PEDREIRA .....	24
PERÍODO DA TARDE .....	29
SALA A – RELATOR / MATHEUS PEDREIRA .....	30
PLENÁRIA .....	41
DISCUSSÃO DA PLENÁRIA .....	53
AVALIAÇÃO DO ENCERRAMENTO .....	55
PRÓXIMOS PASSOS – SANDRO SCHREIBER (ABEM - DIRETOR PRESIDENTE) .....	71
AVALIAÇÃO DE ENCERRAMENTO (DENISE) .....	72
REGISTROS FOTOGRÁFICOS .....	74





**Apresentação**



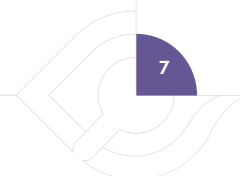


A Oficina Regional do Projeto Rever de 2026, Regional Centro Oeste, foi realizada em Brasília, Distrito Federal, nos dias 13/04/2026 e 14/04/2026, no Centro Internacional de Convenções do Brasil endereço: SCES, Asa Sul Trecho 2 Conjunto 63 Lote 50 - Plano Piloto, Brasília - DF, 70200-002, com a participação **90 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 – ACOLHIMENTO**

O acolhimento da Oficina Regional Centro-Oeste, realizada em Brasília, foi conduzido pela professora Liliana Santos, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Na ocasião, a docente deu as boas-vindas aos participantes e promoveu um ambiente de integração pautado pelo diálogo, pelo afeto e pela construção coletiva.

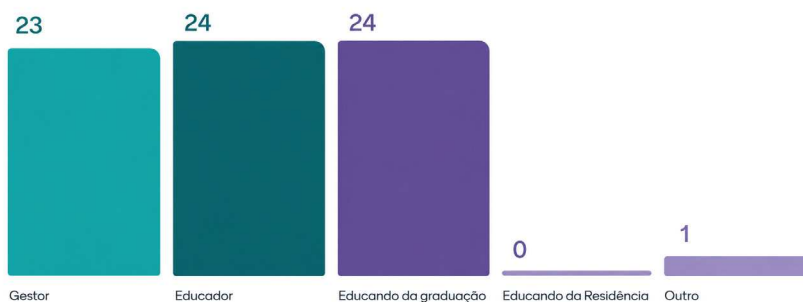
Como estratégia de aproximação e engajamento, foi utilizada a plataforma Mentimeter para a realização de uma dinâmica interativa, por meio da qual foram coletadas informações sobre o perfil dos participantes, incluindo nome, segmento de atuação, participação prévia em outras oficinas e expectativas em relação ao encontro. Os resultados dessa atividade estão apresentados nas imagens a seguir.



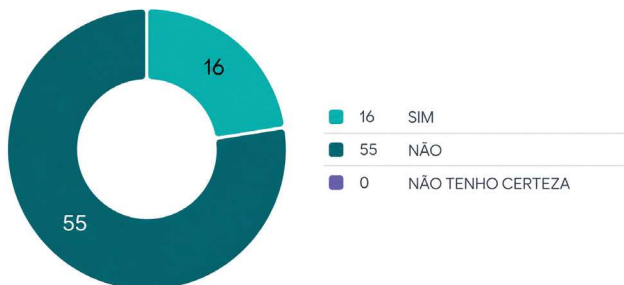
## Meu nome é...



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

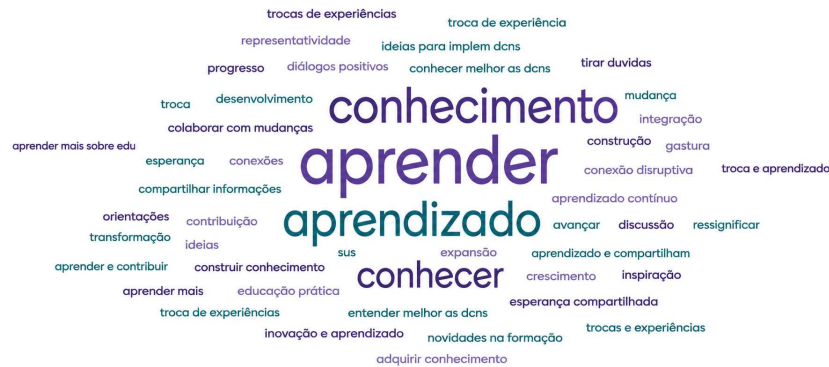


## Particpei da Oficina Regional do REVER em 2024





## Minha principal expectativa para esta Oficina é...



## ABERTURA

A mesa de abertura contou com a participação da professora Carolina Paz, representando a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDS) do Ministério da Educação (MEC); da professora Elizabeth Guedes, representante do Conselho Nacional de Educação (CNE); e de Emille Sampaio Cordeiro, representando a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS).

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) esteve representada por seu presidente, professor Sandro Santos Schreiber, e pelo diretor da Regional Centro-Oeste, professor José Baronesa, reafirmando o compromisso da entidade com o fortalecimento da educação médica e com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de Medicina.

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

O presidente da ABEM, professor Sandro Santos Schreiber, iniciou os trabalhos contextualizando a trajetória do projeto, desenvolvido desde 2023 a partir da articulação entre a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e o Ministério da Educação (MEC).

Em sua fala, marcada também pelo encerramento de sua gestão à frente da entidade, destacou a relevância do processo de construção coletiva que deu origem às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina. Ressaltou que o documento é resultado da participação de diferentes segmentos da educação médica brasileira, refletindo um esforço coletivo que ultrapassa perspectivas individuais e regionais.

Sandro também anunciou a continuidade do projeto pelos próximos dois anos, com ampliação das ações para o campo da Residência Médica. Por fim, enfatizou que o principal desafio do momento consiste na validação e consolidação de instrumentos e materiais capazes de apoiar a implementação das DCN, especialmente em aspectos inovadores e complexos, como a avaliação programática e a responsabilidade social das escolas médicas.

### **Emille Sampaio Cordeiro (SGTES/MS)**

Emille Sampaio Cordeiro destacou o caráter amplamente participativo que marcou a construção das novas Diretrizes Curriculares Nacionais, afirmando que o documento incorpora contribuições de diferentes atores envolvidos com a educação médica brasileira, refletindo uma construção coletiva comprometida com os desafios contemporâneos da formação em saúde.



Em sua fala, ressaltou o papel do Governo Federal na retomada de uma política de regulação responsável da formação médica, orientada pela correção de distorções históricas e pela ampliação do acesso à educação médica em regiões com efetivas necessidades sociais e condições adequadas para o desenvolvimento de cenários de prática.

A representante da SGTES/MS também enfatizou avanços recentes voltados ao fortalecimento da formação médica, destacando a expansão das bolsas de residência médica e o investimento em programas de indução e integração ensino-serviço, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Finalizou reafirmando o compromisso do Ministério da Saúde com a formação de profissionais preparados para responder aos desafios do século XXI e às necessidades de saúde da população brasileira

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

A professora Carolina Paz compartilhou aspectos de sua trajetória acadêmica e profissional, desde sua vivência como estudante até sua atuação docente e sua participação na Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), ressaltando a importância do engajamento coletivo nos processos de transformação da educação médica.

Em sua fala, colocou a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDS/MEC) à disposição para aprofundar debates considerados estratégicos para o fortalecimento da formação médica, destacando temas como a saúde mental de estudantes e residentes e a avaliação crítica da efetividade das metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Carolina também refletiu sobre os desafios ainda presentes na implementação das Diretrizes Curriculares

Nacionais de 2001 e 2014, reconhecendo que esse processo permanece em construção. Contudo, enfatizou os avanços alcançados nas últimas décadas, argumentando que a formação médica atual apresenta importantes melhorias em relação a períodos anteriores. Nesse sentido, destacou a necessidade de manter um movimento contínuo de aperfeiçoamento, inovação e adaptação das propostas formativas às diferentes realidades e necessidades dos territórios brasileiros.

### **Elizabeth Regina Nunes Guedes (CNE)**

A professora Elizabeth Guedes trouxe uma reflexão crítica sobre o significado e os desafios da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, ressaltando que esse processo vai além da revisão de projetos pedagógicos ou da adequação a normativas. Para ela, a efetiva implementação das DCN requer uma transformação da cultura institucional e das práticas que sustentam a formação médica.

Em sua fala, destacou o papel central do professor nesse processo, caracterizando-o como protagonista da formação e responsável por desenhar os percursos de aprendizagem dos estudantes. Nessa perspectiva, enfatizou a importância de uma docência comprometida com a inovação, a reflexão crítica e a construção de experiências formativas significativas.

Elizabeth também abordou a avaliação por competências como um instrumento fundamental para qualificar a formação médica, argumentando que ela permite identificar lacunas entre o currículo previsto e a prática efetivamente desenvolvida, evidenciando aspectos que necessitam de fortalecimento ou reorientação. Ressaltou, ainda, que as políticas públicas somente alcançam sua plena legitimidade quando são apropriadas pelos sujeitos e instituições responsáveis por sua implementação.



Ao final, destacou a relevância do material produzido pelo Projeto REVER como uma ferramenta estratégica para apoiar as escolas médicas em seus processos de transformação curricular, contribuindo para ampliar o alcance das Diretrizes Curriculares Nacionais e fortalecer a qualidade da formação médica em diferentes contextos do país.

### **José Eduardo Baroneza (Diretor Regional Centro Oeste)**

Encerrando as saudações da mesa de abertura, o professor José Eduardo Baroneza, diretor da Regional Centro-Oeste da ABEM, celebrou a presença dos participantes que se deslocaram de diferentes localidades do país para participar do encontro em Brasília, destacando o compromisso coletivo com o fortalecimento da educação médica brasileira.

Em sua fala, reafirmou a crença da ABEM no diálogo, na troca de experiências e na construção de redes colaborativas como elementos fundamentais para promover transformações significativas na formação médica. Ressaltou que espaços como as oficinas regionais constituem oportunidades privilegiadas para o compartilhamento de saberes, a reflexão crítica e a construção conjunta de soluções para os desafios contemporâneos da educação em saúde.

Inspirando-se no pensamento de Lev Vygotsky, lembrou que o desenvolvimento humano ocorre nas interações sociais e que "é por meio dos outros que nos tornamos nós mesmos". Com essa perspectiva, incentivou os participantes a aproveitarem a oficina como um espaço de aprendizagem coletiva, capaz de fortalecer práticas acadêmicas e profissionais mais comprometidas com a qualidade da formação médica e com as necessidades da sociedade brasileira.

### **Encerramento de mesa de Abertura:**

Ao final da mesa de abertura, o professor Sandro Santos Schreiber expressou agradecimentos aos integrantes do G10, destacando a contribuição coletiva do grupo para o desenvolvimento das ações do Projeto REVER. Em sua fala, reconheceu nominalmente cada uma das pessoas que compõem esse coletivo, ressaltando o compromisso, a dedicação e o trabalho colaborativo que têm sustentado a construção do projeto.

Na sequência, a professora Liliana Santos agradeceu a participação dos membros da mesa, dos convidados e dos participantes da oficina, encerrando oficialmente a atividade de abertura. Dando continuidade à programação, convidou o professor Estevão Toffoli para apresentar a trajetória, os avanços e os movimentos desenvolvidos pelo Projeto REVER ao longo de sua implementação.

### **PROJETO REVER**

Na apresentação do Projeto REVER, o professor Estevão Toffoli, vice-presidente da ABEM, contextualizou a trajetória e os objetivos da iniciativa, destacando-a como uma estratégia voltada ao fortalecimento da formação médica e do Sistema Único de Saúde (SUS). Formalizado em 2024 por meio de uma cooperação entre OPAS, Ministério da Educação e Ministério da Saúde, o projeto busca subsidiar a regulação, a avaliação e o monitoramento das escolas médicas com base em evidências e compromisso social.

Estevão apresentou a estrutura de liderança do projeto, composta por diferentes grupos de trabalho e instituições parceiras, e destacou seus principais eixos de atuação: a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais, a construção de



indicadores para avaliação das escolas médicas, a ampliação do Teste de Progresso, a análise dos Projetos Pedagógicos dos Cursos e a realização de estudos sobre o contexto econômico da formação médica no Brasil.

Ao encerrar sua apresentação, Estevão ressaltou que o principal desafio atual não é apenas a elaboração de novas diretrizes, mas sua efetiva implementação nos diferentes contextos institucionais. Nesse sentido, enfatizou a importância dos materiais produzidos pelo Projeto REVER como instrumentos de apoio às escolas médicas na construção de estratégias locais capazes de aproximar a formação profissional das necessidades de saúde da população brasileira.

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

A apresentação do caderno do Projeto Rever, conduzida por Denise Herdy Afonso (Uerj) e pelo professor Valdes Roberto Bollela (USP- Ribeirão Preto) , constituiu uma convocação à coragem, à exposição e à construção coletiva, servindo como o marco de operacionalização do material.

Mais do que um documento técnico, o caderno foi apresentado como um dispositivo vivo de transformação das práticas pedagógicas, cujo objetivo central é atualizar as ações do projeto e permitir que os atores envolvidos possam experimentar e “transbordar” esse conhecimento para além dos círculos imediatos de discussão. Enfatizou-se, com rigor, que o material não se configura como um instrumento normativo engessado ou um *checklist* prescritivo, sua natureza é puramente orientadora, visando apoiar a implementação de desenhos de ensino sem jamais substituir a autonomia da construção local.

Para garantir essa flexibilidade e alcance, o caderno foi estruturado para uma diversidade de públicos, utilizando recursos visuais, glossários e uma linguagem que facilita a navegação pelos seus diferentes níveis de complexidade. No plano conceitual, o material ancora-se na Educação Baseada em Competências (EBC) como eixo estruturante de uma mudança profunda, deslocando o foco do conteúdo passivo para o perfil do egresso e sua capacidade de resposta social. Entre os temas prioritários, destacam-se a inovação tecnológica, o fortalecimento de competências transversais, como ética, liderança e comunicação e a valorização de múltiplos contextos formativos, incluindo o internato e as chamadas "áreas verdes".

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

A metodologia da oficina foi baseada na experimentação prática do Caderno de Implementação das DCN 2025. Em vez de uma leitura expositiva do documento, os cerca de 90 participantes foram distribuídos em duas salas e organizados em grupos de trabalho, com o objetivo de utilizar o material como ferramenta para análise e discussão de desafios reais vivenciados pelas instituições de ensino.

As salas foram previamente estruturadas para apoiar o desenvolvimento das atividades. Havia seis mesas redondas, cada uma equipada com QR Code para acesso ao Caderno de Orientações para Implementação da DCN, além de canetas, folhas para registro das sistematizações, flipchart e adesivos para identificação dos participantes, organizados por cores associadas às temáticas de cada mesa.

As atividades seguiram um planejamento comum nas duas salas. Cada grupo ficou responsável por analisar e discutir um capítulo específico da Seção III do Caderno, intitulada



*"Diretrizes Curriculares Nacionais 2025 em Múltiplos Contextos Formativos"*. Os temas foram distribuídos de forma equivalente entre as mesas, identificadas por cores, garantindo a discussão simultânea dos mesmos conteúdos em diferentes grupos.

A dinâmica favoreceu a troca de experiências, a reflexão crítica e a sistematização de contribuições para o aprimoramento do documento, permitindo que as vivências dos participantes retroalimentassem o próprio Projeto REVER. Dessa forma, a oficina buscou fortalecer a integração entre gestão, educação e prática profissional, contribuindo para a implementação das DCN e para o aprimoramento da formação médica no contexto do SUS.

## **SALA B – RELATORA / JAMILE GOMES**

### **A MESA 1 – “INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE” (IESC) (VERMELHO)**

A discussão da Mesa 1, dedicada ao tema Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), reafirmou esse componente como um eixo estruturante da formação em saúde é fundamental para a concretização das Diretrizes Curriculares Nacionais. O grupo destacou que a aproximação entre formação acadêmica e necessidades da população deve ocorrer desde o início do curso, por meio da inserção dos estudantes em cenários de prática diversificados, compreendidos como espaços formativos capazes de promover o contato com a realidade dos territórios e com os desafios concretos do cuidado à saúde.

As reflexões enfatizaram a importância da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e da articulação entre instituições de ensino, serviços de saúde, equipamentos

sociais e comunidade, reconhecendo que a formação de profissionais comprometidos com o SUS exige experiências integradas e contextualizadas. Nesse processo, foi ressaltado o papel estratégico dos preceptores, supervisores e tutores como mediadores da aprendizagem nos territórios.

grupo também apontou a necessidade de fortalecer mecanismos institucionais que garantam a sustentabilidade da integração ensino-serviço-comunidade, incluindo protocolos orientadores para organização das parcerias locais, maior estabilidade dos cenários de prática e processos contínuos de monitoramento e avaliação. Como síntese, destacou-se que a efetividade da IESC depende de uma articulação permanente entre instituições formadoras, gestores, serviços e comunidade, assegurando que a formação médica responda de forma qualificada às necessidades sociais e de saúde da população.

#### **A MESA 2 – “INTERNATO MÉDICO” (LARANJA)**

A discussão da Mesa 2, dedicada ao tema Internato Médico, reafirmou o internato como o principal espaço de aprendizagem prática da graduação em Medicina, concentrando experiências essenciais para o desenvolvimento das competências profissionais previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Os participantes destacaram as mudanças introduzidas pelas DCN 2025, especialmente a reorganização da carga horária e a definição de percentuais mínimos para áreas estratégicas, como atenção à saúde, medicina de comunidade e urgência e emergência, além da ampliação de conteúdos relacionados à medicina intensiva e traumatologia.

O grupo discutiu os desafios decorrentes dessas mudanças, com destaque para a organização da carga horária teórica, agora delimitada entre 5% e 15% do internato, e sua adequada integração aos cenários de prática. Foram apontadas



dificuldades operacionais para garantir o equilíbrio entre atividades teóricas e práticas, preservando a qualidade da formação e a coerência com os objetivos educacionais previstos.

Também foi enfatizada a importância da coordenação pedagógica do internato, do papel dos supervisores das grandes áreas e da qualificação contínua dos preceptores como elementos fundamentais para assegurar a qualidade do processo formativo. Nesse contexto, foram sugeridas estratégias de desenvolvimento docente, incluindo o uso da simulação realística para capacitação em avaliação e feedback.

Por fim, o grupo destacou a necessidade de fortalecer os processos avaliativos do internato, tanto na discussão sobre avaliações prévias ao ingresso nessa etapa quanto na implementação de avaliações contínuas orientadas por competências. Como síntese, concluiu-se que a efetividade do internato depende de uma estrutura pedagógica claramente definida, capaz de integrar formação, supervisão e avaliação, garantindo maior qualidade, coerência e alinhamento às novas Diretrizes Curriculares Nacionais.

### **A MESA 3 – CUIDADO EDUCANDO/EDUCADOR/ESCOLA (AMARELO)**

A discussão da Mesa 3, dedicada ao tema *Cuidado Educando/Educador/Escola*, destacou o cuidado como um eixo estruturante da formação médica, abrangendo estudantes, docentes, preceptores e a própria instituição de ensino. O grupo reconheceu que as DCN 2025 conferem centralidade a temas como inclusão, acessibilidade, permanência estudantil e construção de redes de apoio, reforçando a necessidade de que as escolas médicas desenvolvam políticas institucionais comprometidas com a equidade e o acolhimento das diversidades.

Os participantes enfatizaram a importância da participação ativa dos estudantes nos processos decisórios relacionados à inclusão e permanência, defendendo que as ações institucionais sejam construídas com a participação dos sujeitos diretamente envolvidos. Também foram discutidos os desafios contemporâneos da inclusão no ensino superior, incluindo questões relacionadas à diversidade, acessibilidade e ao crescente ingresso de estudantes com diferentes trajetórias e faixas etárias, evidenciando a necessidade de adaptação das instituições a essa nova realidade.

O grupo ressaltou a importância do fortalecimento de núcleos de apoio ao estudante e ao docente, bem como da implementação de ações voltadas à saúde mental e ao desenvolvimento institucional. Nesse contexto, destacou-se o papel da chamada “área verde” como espaço curricular protegido para descanso, autocuidado e promoção do bem-estar, além da relevância da mentoria como estratégia longitudinal de acompanhamento, acolhimento e construção da identidade profissional dos estudantes.

Por fim, foi enfatizada a necessidade de ampliar o cuidado com docentes e preceptores, por meio de políticas de valorização, qualificação e suporte institucional. Como síntese, a mesa concluiu que a promoção de ambientes formativos saudáveis, inclusivos e acolhedores constitui condição essencial para a qualidade da educação médica e para a formação de profissionais comprometidos com o cuidado em suas múltiplas dimensões.

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

A Mesa 4, dedicada ao tema *Formação de Educadores em Saúde*, promoveu uma reflexão sobre o papel estratégico dos docentes e preceptores na qualidade da formação médica. A partir de uma abordagem problematizadora, os participantes discutiram as competências esperadas de um educador em



saúde, destacando que o domínio técnico, embora essencial, não garante, por si só, a capacidade de ensinar. Nesse sentido, foi ressaltada a importância da formação pedagógica para o desenvolvimento de habilidades relacionadas à facilitação da aprendizagem, aos processos de avaliação e feedback e ao alinhamento das práticas educativas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O grupo reconheceu que os educadores em saúde são, em sua maioria, profissionais que assumem funções de docência e preceptoria ao longo de sua trajetória, o que reforça a necessidade de Programas de Desenvolvimento Docente (PDD) estruturados, contínuos e integrados à realidade institucional. Esses programas foram apontados como fundamentais para qualificar a atuação de professores, preceptores, residentes e coordenadores, promovendo maior coerência entre os objetivos formativos e as práticas pedagógicas desenvolvidas nos diferentes cenários de ensino.

As discussões também evidenciaram desafios importantes para a implementação dessas estratégias, entre eles a integração entre os diferentes ciclos formativos, a garantia de tempo protegido para a formação docente e a criação de mecanismos institucionais de valorização e incentivo ao desenvolvimento profissional. Como encaminhamento, foram destacadas ações como o mapeamento dos atores envolvidos no processo formativo, a construção de trilhas progressivas de aprendizagem, a definição de currículos mínimos para o desenvolvimento docente e a incorporação dessas iniciativas às rotinas acadêmicas.

Como síntese, a mesa concluiu que o fortalecimento da formação de educadores exige investimento institucional permanente, valorização da carreira docente e oferta de estratégias sistemáticas de capacitação, reconhecendo que

a qualidade da educação médica depende diretamente da formação daqueles responsáveis por conduzir os processos de ensino e aprendizagem.

### **A MESA 5 – “GESTÃO DA ESCOLA MÉDICA” (AZUL)**

A Mesa 5, dedicada ao tema *Gestão da Escola Médica*, discutiu a gestão institucional como um eixo estratégico e estruturante para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais e para a qualidade da formação médica. Os participantes destacaram a importância de uma gestão capaz de articular o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) às DCN, assegurando a sustentabilidade do processo formativo e promovendo o desenvolvimento contínuo de docentes e estudantes.

As discussões enfatizaram a necessidade de fortalecer a integração entre diferentes instâncias institucionais, como Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) e Núcleos de Apoio Pedagógico (NAPED), reconhecendo seu papel na qualificação acadêmica e na condução dos processos de mudança curricular. Também foi apontado como desafio recorrente o baixo engajamento docente nas atividades de gestão, reforçando a necessidade de estratégias que ampliem a participação e a corresponsabilização dos diferentes atores institucionais.

O grupo destacou ainda que a gestão da escola médica deve ser pautada por princípios de participação, transparência e compromisso com as condições humanas de trabalho e aprendizagem, incluindo ações voltadas à promoção da saúde mental e do bem-estar de docentes, estudantes e técnicos administrativos. Foi igualmente ressaltada a importância de fortalecer a articulação entre as instituições formadoras e o SUS, ampliando a integração com a rede de serviços e qualificando os cenários de prática.



Por fim, a mesa reafirmou a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão como elementos constitutivos do processo formativo e destacou a responsabilidade social como princípio orientador da gestão acadêmica. Como síntese, concluiu-se que a gestão da escola médica deve atuar de forma estratégica, participativa e comprometida com as necessidades da sociedade e do sistema de saúde, contribuindo para a formação de profissionais alinhados aos princípios e demandas do SUS.

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

A Mesa 6, dedicada ao tema *Sistema de Avaliação do Estudante de Medicina*, promoveu uma reflexão sobre o papel da avaliação no processo de ensino-aprendizagem, especialmente a partir das diferenças entre modelos tradicionais e metodologias ativas de ensino. O grupo destacou que, nos currículos que utilizam metodologias ativas, a avaliação tende a assumir caráter contínuo e formativo, permitindo acompanhar o desenvolvimento do estudante ao longo de sua trajetória e favorecendo a construção progressiva das competências previstas para a formação médica.

As discussões enfatizaram a importância do feedback como elemento central dos processos avaliativos, possibilitando que os estudantes identifiquem suas potencialidades e fragilidades, reflitam sobre seu desempenho e desenvolvam estratégias para aprimorar suas aprendizagens. Em contraste, foi observado que modelos avaliativos centrados exclusivamente em provas escritas e atribuição de notas podem limitar as oportunidades de reflexão e crescimento acadêmico.

O grupo também ressaltou que a efetividade da avaliação formativa depende da clareza dos critérios

utilizados pelos docentes, incluindo a definição explícita das competências, habilidades e atitudes que se pretende avaliar. Nesse sentido, destacou-se a necessidade de evitar práticas avaliativas superficiais ou pouco criteriosas, reforçando a importância do engajamento docente na elaboração, aplicação e acompanhamento dos instrumentos de avaliação.

A mesa concluiu que a avaliação deve ser compreendida como um processo contínuo, intencional e integrado ao ensino, capaz de promover aprendizagem significativa, autonomia e desenvolvimento profissional. Dessa forma, os processos avaliativos assumem papel estratégico na formação de médicos críticos, reflexivos e comprometidos com a melhoria permanente de sua prática.

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

### **MESA 1 – INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE (VERMELHO)**

A Mesa 1 discutiu a Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) como um dos pilares da formação médica e elemento essencial para a aproximação entre o processo formativo e as necessidades reais da população. O grupo destacou que essa integração deve estar fundamentada nos princípios do SUS e articulada às atividades de ensino, pesquisa e extensão, promovendo a inserção dos estudantes nos territórios para além dos serviços de saúde, de modo a favorecer a compreensão das múltiplas dimensões que influenciam o processo saúde-doença.

As discussões ressaltaram a importância de reconhecer aspectos sociais, culturais, espirituais, ambientais, étnico-raciais e de gênero como componentes fundamentais da formação



médica, fortalecendo a competência cultural dos futuros profissionais e seu papel como agentes de transformação social. Também foi enfatizada a necessidade de consolidar ações de extensão e serviços à comunidade como espaços privilegiados de aprendizagem, articulando universidade, serviços e população em uma relação de corresponsabilidade.

O grupo destacou ainda a importância do monitoramento contínuo das ações de integração ensino-serviço-comunidade, avaliando seus impactos tanto na formação dos estudantes quanto na saúde da população. Como encaminhamento, foi reforçada a necessidade de investir na qualificação pedagógica dos preceptores e fortalecer mecanismos que garantam a sustentabilidade das ações integradas nos territórios.

## **MESA 2 – INTERNATO MÉDICO (LARANJA)**

A mesa discutiu os desafios e oportunidades relacionados à implementação das novas diretrizes para o internato médico. O grupo destacou que, embora a carga horária mínima permaneça em 35% do curso, as DCN 2025 introduzem mudanças significativas na organização dos estágios, incluindo a ampliação de áreas como medicina intensiva e traumatologia e a redefinição da distribuição das atividades em medicina de família e comunidade e urgência e emergência. As discussões evidenciaram preocupações quanto à operacionalização das áreas verdes no internato, especialmente diante das limitações impostas pela carga horária semanal e pela organização dos plantões. Também foram debatidos os desafios relacionados à avaliação pré-internato, à definição de estratégias de recuperação acadêmica e à articulação entre avaliações institucionais e instrumentos externos. Outro ponto de destaque foi a responsabilidade das instituições de ensino na formação dos preceptores e na qualificação dos cenários de prática. O grupo também discutiu as exigências de pactuação com o SUS

para garantir condições adequadas de alimentação, transporte e alojamento aos estudantes, bem como os desafios para assegurar experiências formativas em contextos específicos, como territórios quilombolas, indígenas e ribeirinhos. Como síntese, concluiu-se que a implementação das novas diretrizes exige planejamento institucional, fortalecimento da preceptoria e ampliação da articulação entre escolas médicas e serviços de saúde.

### **MESA 3 – CUIDADO EDUCANDO, EDUCADOR E ESCOLA (AMARELO)**

A Mesa 3 discutiu o cuidado como dimensão indissociável da formação médica, defendendo que o bem-estar de estudantes, docentes e preceptores deve ser compreendido como parte integrante do processo pedagógico. O grupo destacou a necessidade de consolidar uma cultura institucional baseada na inclusão, acessibilidade e permanência, de forma transversal ao currículo e sustentada por políticas estruturadas de acolhimento e resolução de conflitos. As discussões enfatizaram que o cuidado deve alcançar não apenas os estudantes, mas também docentes e preceptores, reconhecendo que as práticas e valores vivenciados pelos educadores influenciam diretamente a formação profissional dos futuros médicos.

Nesse sentido, foi ressaltada a importância de redes institucionais de apoio que promovam saúde mental, bem-estar e desenvolvimento pessoal para todos os envolvidos no processo educativo. O grupo também destacou mecanismos previstos nas DCN, como áreas verdes, mentoria e tutoria, entendidos como estratégias complementares para fortalecer o cuidado e favorecer o desenvolvimento acadêmico, profissional e humano dos estudantes. Como síntese, concluiu-se que a promoção de ambientes formativos saudáveis depende da



construção de uma cultura institucional que valorize o cuidado em suas múltiplas dimensões e o reconheça como elemento central da responsabilidade social das escolas médicas.

#### **MESA 4 – FORMAÇÃO DE EDUCADORES EM SAÚDE (VERDE)**

A Mesa 4 destacou a formação de educadores como requisito estrutural para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a qualificação da educação médica. O grupo ressaltou que o desenvolvimento docente deve ser compreendido como um processo contínuo, institucionalizado e articulado às necessidades do curso, envolvendo tanto professores quanto preceptores. As discussões enfatizaram a importância da criação e fortalecimento dos Núcleos de Apoio Pedagógico e Desenvolvimento Docente (NAPED), responsáveis pelo planejamento, execução e avaliação de programas permanentes de desenvolvimento docente. Esses programas devem contemplar competências relacionadas à facilitação da aprendizagem, avaliação e feedback, integração ensino-serviço e princípios do SUS, além de temas transversais como comunicação, trabalho interprofissional, segurança do paciente e uso ético de tecnologias. O grupo também destacou a necessidade de que as ações de desenvolvimento docente sejam estruturadas a partir de diagnósticos institucionais, com trilhas formativas diversificadas, estratégias de mentoria entre pares e processos contínuos de reflexão sobre a prática. Como síntese, concluiu-se que a valorização e a qualificação permanente dos educadores constituem condições indispensáveis para assegurar a qualidade da formação médica e a efetiva implementação das DCN.

#### **MESA 5 – GESTÃO DA ESCOLA MÉDICA (AZUL)**

A Mesa 5 discutiu a gestão da escola médica como eixo estruturante para a efetivação das Diretrizes

Curriculares Nacionais. O grupo destacou que a gestão deve atuar de forma estratégica, transparente e corresponsável, articulando governança acadêmica, projeto pedagógico, infraestrutura, sustentabilidade institucional e compromisso com a responsabilidade social. As discussões enfatizaram a importância da integração entre instâncias como NDE, NAPED e CPA, bem como da valorização da participação estudantil nos processos decisórios. Também foi ressaltada a necessidade de fortalecer a articulação entre escolas médicas e gestores do SUS, promovendo maior alinhamento entre as demandas da rede de serviços e os processos formativos. Além dos aspectos administrativos e pedagógicos, o grupo destacou que a gestão deve incorporar uma perspectiva centrada nas pessoas, promovendo condições adequadas para o desenvolvimento de docentes, estudantes e técnicos administrativos. Como síntese, concluiu-se que a gestão da escola médica desempenha papel fundamental na construção de uma cultura institucional comprometida com a qualidade da formação, a inovação pedagógica e as necessidades da sociedade.

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

A Mesa 6 discutiu os princípios e desafios da avaliação do estudante de Medicina à luz das DCN 2025 e da avaliação programática. O grupo destacou a necessidade de sistemas avaliativos abrangentes, capazes de contemplar diferentes dimensões da formação, incluindo conhecimentos, habilidades, atitudes, profissionalismo, comunicação e desempenho clínico. As discussões enfatizaram a importância de utilizar múltiplas evidências para apoiar decisões acadêmicas, reduzindo a dependência de avaliações isoladas e fortalecendo processos contínuos de acompanhamento do estudante. Nesse contexto, foram debatidos instrumentos como portfólios, e-portfólios, feedbacks estruturados, testes de progresso e



avaliações práticas, integrados a processos de mentoria e acompanhamento longitudinal. O grupo também ressaltou a importância dos planos individualizados de remediação, da criação de comitês de avaliação e do uso sistemático dos dados gerados pelos processos avaliativos para subsidiar a melhoria contínua dos cursos. Como síntese, concluiu-se que a avaliação deve ser compreendida não apenas como mecanismo de certificação, mas como ferramenta estratégica de aprendizagem, desenvolvimento profissional e gestão da qualidade da formação médica.

## **PERÍODO DA TARDE**

### **DCN 2025 DO CHÃO PARA ONDE EU PISO: ACOLHENDO A EXPRESSÃO DE CADA COTIDIANO DA ESCOLA**

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 A - RELATOR / MATHEUS PEDREIRA

#### MESA 1 – INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE (VERMELHO)

##### DESAFIOS:

- Levantamento das necessidades da comunidade: necessidade de assento no conselho municipal de saúde e conselho local.
- Avaliar o impacto da atuação da instituição na comunidade - desenvolvimento de estudos epidemiológicos com duplo foco (escola + comunidade)
- Efetivação da preceptoria qualificada no SUS: vinculação da prestação de preceptoria ao COAPS (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde)



- Falta de modelos avaliativos para mensurar impacto, conhecer o cenário epidemiológico das escolas e responsabilização para avaliação de competências
- Institucionalização das estratégias indicadas pelas DCNs para o cuidado discente e docente -NAPED (Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente, mentoria, tutoria)

#### **SUGESTÕES:**

- Pesquisa de satisfação do usuário, avaliação 360° e estudo epidemiológico para medir impacto institucional na comunidade;
- Elaboração e execução de política institucional de cuidado (pedagógico, psicológico e social), incluindo as estratégias das DCN 2025;
- Vinculação do preceptor ao COAPS; construção de modelo avaliativo; COAPS como apoio logístico;

#### **MESA 2 – INTERNATO (LARANJA )**

##### **DESAFIOS:**

- Desenvolvimento e vinculação do preceptor - sugestão: contrato/edital
- Grandes Áreas - proporção 1:1
- Carga horária e Áreas Verdes: vedação a pós-plantão e finais de semana (já destacado anteriormente)
- Avaliação Pré-Internato - natureza formativa (não somativa)

- Como adicionar Áreas Verdes e o que fazer com a avaliação? sugestão: avaliação diagnóstica
- Sobrecarga do preceptor, vínculo exclusivo com a instituição, rotatividade (Eixo 4)
- Carga exaustiva, motivação, desconhecimento, organização

#### **SUGESTÕES :**

- Preparação e conscientização do orientador; Especificação do perfil epidemiológico
- Proporções das Grandes Áreas; Definir carga horária adequada; Supervisão dos preceptores
- Definição: Mentoria e Tutoria; Implementar Núcleos de apoio e sua manutenção; Formas de implementar Áreas Verdes
- Incentivo aos preceptores; Como constituir o NAPED (Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente); Capacitação dos preceptores
- Ligação entre instituição e órgãos ordenadores; Ter/ conseguir COAPES
- Definir e explicar mentoria; Proporção de métodos de avaliação; Calibração da avaliação

#### **MESA 3 – CUIDADO EDUCANDO/EDUCADOR/ESCOLA (AMARELO)**

#### **DESAFIOS:**

- Dificuldade de institucionalização das estratégias de cuidado (discente e docente) indicadas nas DCN 2025



- Dificuldade na definição de "Áreas Verdes"

#### **SUGESTÕES:**

- Elaboração e execução de política institucional de cuidado (pedagógico, psicológico e social), incluindo as estratégias das DCN 2025
- Inclusão efetiva da "Área Verde" no planejamento acadêmico
- Evasão docente - acolhimento e institucionalização docente e discente

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

##### **DESAFIOS:**

- Investimento, qualificação e interdisciplinaridade no NAPED
- Capacitação do preceptor: como descrever detalhadamente a composição e como envolver o preceptor no NAPED
- Currículo, formação do preceptor, investimento (carga horária e pagamento), qualificação da equipe (Eixo 4)
- Não contemplado: Matriz de Competências → desafios de vinculação do preceptor, Prova do 4º ano, Áreas Verdes, articulação com o SUS

##### **SUGESTÕES :**

- Descrever detalhadamente a composição do NAPED e como envolver o preceptor

- Construção de modelo avaliativo
- COAPS como suporte logístico

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

### DESAFIOS E LACUNAS:

- Normativas: Constituição Federal, Lei 200, órgãos ordenadores, formação para SUS (profissionais)
- COAPES/Convênios: como contrapartida? Poder público?
- Organização para implantação das DCNs - Como dimensionar a institucionalização do NAPED?
- Processos avaliativos: qual nível e perfil? Mínimo e máximo?
- Gestão participativa
- Saúde mental e bem-estar da comunidade acadêmica
- Residências- profissionais ao poder público
- Fortalecimento do internato e das práticas de ensino → preceptores
- Integração: docente/discente/técnico-administrativo/comunidade
- Matrizes de competências / governança



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

### DESAFIOS:

- Falta de modelos avaliativos para mensurar impacto e corresponsabilização das escolas (Eixo 1)
- Como adicionar Áreas Verdes e lidar com a avaliação somativa do 4º ano (Eixo 2)
- Competências x avaliação cognitiva; avaliação do 4º ano: definições; mentoria: como implementar? (Eixo 6)
- Quem compõe o Comitê de Avaliação? Qualidade diagnóstica das avaliações
- Documentação das avaliações para melhoria institucional e percepção do estudante sobre o PPC

### SUGESTÕES:

- Medir impacto institucional via pesquisa de satisfação do usuário, avaliação 360° e estudo epidemiológico
- Avaliação somativa do 4º ano- mudar para natureza formativa
- Definir e explicar mentoria; proporção e calibração dos métodos de avaliação
- Remediação obrigatória com plano de ação individualizado (high-stakes), acompanhada pelo mentor
- Importância do e-portefólio na avaliação formativa (low-stakes); possível plataforma pública

## SALA B – RELATORIA: JAMILE GOMES

### MESA 1 – INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

#### SUGESTÕES:

- Fortalecer o COAPES, com diretrizes operacionais claras para pactuação, execução e avaliação.
- Valorizar e qualificar o preceptor, com reconhecimento institucional e formação pedagógica contínua.
- Incorporar a educação permanente, com ciclos sistemáticos de planejamento, execução e avaliação.
- Elaborar guia orientador nacional, com diretrizes práticas, exemplos e indicadores.
- Ampliar o comitê gestor, incluindo docentes, estudantes, gestores e comunidade.
- Fortalecer o controle social, com participação ativa de professores, alunos e gestores locais.
- Garantir longitudinalidade na formação, com vínculo contínuo com território e serviços.
- Enfrentar a não curricularização da mentoria, com estratégias de institucionalização e reconhecimento.
- Incluir ações de saúde e bem-estar discente, com exemplos práticos institucionais.
- Aprimorar o COAPES, com diretivas mais objetivas, responsabilidades definidas e indicadores claros.



## MESA 2 – INTERNATO MÉDICO (LARANAJA)

### SUGESTÕES:

- Incluir estratégias de incentivo à capacitação da preceptoria, com base em evidências de boas práticas.
- Ajustar a tabela da página 112, explicitando que áreas obrigatórias podem estar integradas a outros componentes curriculares.
- Detalhar as áreas verdes da página 121, considerando instituições com sábado letivo.
- Incluir exemplos de modalidades de desenvolvimento docente (páginas 141–193), com orientações práticas.
- Definir competências dos docentes e do comitê de avaliação institucional, no contexto da avaliação programática.

## MESA 3 – CUIDADO EDUCANDO/EDUCADOR/ESCOLA

### SUGESTÕES:

- Elaborar guia de implementação e fortalecimento do COAPES, com orientações práticas.
- Instituir avaliação pré-internato, incluindo Teste do Progresso e OSCE com caráter diagnóstico.
- Implantar núcleo de apoio ao discente, com foco em acessibilidade, etarismo e permanência, incluindo capacitação docente.
- Reorganizar atribuições docentes, com apoio de colaboradores, para reduzir sobrecarga.

- Capacitar docentes para gestão, fortalecendo competências administrativas e educacionais.

## MESA 4 – FORMAÇÃO DE EDUCADORES

### SUGESTÕES:

- Fortalecer a integração entre ensino, serviço e processos formativos.
- Institucionalizar a mentoria como estratégia pedagógica estruturante.
- Garantir tempo protegido para atividades de ensino, preceptoria e mentoria.
- Qualificar os processos formativos, com organização e clareza operacional.
- Reduzir a dissociação entre o docente ideal e o estudante real, alinhando expectativas pedagógicas às necessidades dos(as) alunos(as).
- Incluir formação docente para enfrentamento de etarismo, LGBTfobia e machismo, promovendo educação inclusiva e equitativa.
- Fortalecer a comunicação institucional, integrando docentes, discentes, técnicos e gestão.
- Ampliar o apoio ao estudante (NAPEM), articulado com a formação docente.
- Integrar IESC e gestão, qualificando a atuação docente nos territórios.
- Qualificar, valorizar e reconhecer a preceptoria, com foco na formação pedagógica.



- Elaborar guia orientador do COAPES, com direcionamento para atuação docente.
- Fortalecer a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão na prática docente.
- Qualificar a formação docente no internato, com diretrizes específicas.
- Instituir avaliação no 4º ano (7º e 8º semestres) como oportunidade formativa adicional.
- Garantir área verde docente, assegurando tempo protegido para desenvolvimento pedagógico.
- Promover valorização docente, com reconhecimento institucional.
- Fortalecer os PPCs, com participação ativa docente e discente.
- Incorporar a perspectiva discente na avaliação e qualificação da docência.
- Implantar Núcleo de Apoio ao Docente (NAPED).
- Incentivar a formação pedagógica docente, com políticas institucionais estruturadas.

## **MESA 5 – GESTÃO DA ESCOLA MÉDICA**

### **SUGESTÕES:**

- Implantar programa de apoio psicossocial para docentes e discentes.
- Detalhar a estrutura e funcionamento dos programas de apoio, com fluxos e responsabilidades definidos.

- Promover a valorização docente, com políticas institucionais claras.
- Definir mecanismos de proteção da carga horária docente, garantindo tempo para formação pedagógica.
- Estabelecer a composição do NAPED, com definição dos profissionais envolvidos.
- Detalhar os programas de mentoria, com objetivos, formatos e acompanhamento.
- Especificar as áreas verdes nos currículos, com orientações operacionais.
- Definir limites de sensibilidade nas avaliações de competências, garantindo segurança e equidade.
- Detalhar diretrizes de inclusão e acessibilidade, assegurando permanência e equidade no curso.

## **MESA 6 – SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA**

### **SUGESTÕES:**

- Implementar estratégias de acompanhamento de egressos, com indicadores de desempenho e inserção profissional.
- Fortalecer o diálogo entre MEC e Ministério da Saúde, para viabilizar a implementação das DCNs.
- Estabelecer fluxo operacional da implementação das DCNs, com etapas, responsabilidades e monitoramento.
- Incluir a portaria do COAPES como guia orientador, facilitando sua aplicação nos territórios.



- Incorporar a legislação sobre inclusão, garantindo alinhamento normativo nas práticas avaliativas.

## PLENÁRIA

### 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. A metodologia priorizou a construção coletiva, onde grupos podem complementar as falas uns dos outros, evitando repetições desnecessárias e focando no que ainda precisava ser detalhado ou corrigido no documento. O objetivo central dessa etapa foi garantir que o caderno final seja um instrumento robusto, legitimado pela coletividade e capaz de orientar a formação médica com precisão e sensibilidade aos contextos regionais.

### GRUPO INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE (VERMELHO)

#### DESAFIOS:

- Falta de instrumentos avaliativos e de monitorização para mensurar o impacto (necessidade de criação e implementação desses instrumentos)
- Política Nacional de Humanização como guia p/ IESC (e o estatuto do paciente)
- Compromisso institucional na formação dos profissionais da rede (preceptores)

- Organização curricular orientada pelo território, realidade epidemiológica e atenção primária à saúde
- Necessidades Territoriais como Guia
- Fortalecimento do COAPES
- Identidade do Preceptor-Educador
- Participação do Controle Social
- Monitoramento de Impacto
- Guia de Implantação para Municípios

Os grupos da cor vermelha abordam a Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), reafirmando que as necessidades epidemiológicas do território devem ser o eixo norteador para a definição de habilidades e competências do curso médico. O grupo, composto por representantes de diversas instituições do Cerrado e de Goiás, destacou que a formatação dos cenários práticos precisa responder diretamente às demandas reais da população, garantindo uma capacitação estudantil alinhada à realidade local.

Para superar as dificuldades na execução desse processo, os participantes sugeriram que o caderno de orientações incorpore estratégias de escuta ativa via Conselhos Municipais e Locais de Saúde, além de métricas para avaliar o impacto da presença da instituição de ensino no desenvolvimento da comunidade.

Um dos pontos mais enfáticos do debate foi a necessidade de fortalecer o vínculo do profissional do serviço com a academia, promovendo uma mudança de cultura institucional que transforme o preceptor em um verdadeiro preceptor educador. O grupo defendeu que esse profissional



deve sentir-se pertencente à instituição e ser valorizado por meio de políticas de educação permanente e qualificação pedagógica, superando a visão de que ele é apenas um agente externo ao processo de ensino. Como sugestão prática, propôs-se a criação de um guia de orientação para municípios que auxilie na implantação dos cenários de prática e na efetivação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES).

O encerramento deste eixo reforçou que a integração plena entre escola, serviço e comunidade depende de uma governança compartilhada e do investimento em pessoas. A coordenação da oficina pontuou que a valorização do educador que atua no serviço pode ser materializada por parcerias entre prefeituras e universidades em programas de especialização específicos. Assim, o produto das discussões aponta para um caderno que não apenas descreva os itens das diretrizes, mas que ofereça ferramentas para o monitoramento da preceptoria qualificada e para o fortalecimento do controle social, garantindo que a gestão e a educação caminhem juntas na consolidação do sistema público de saúde.

## **GRUPO INTERNATO (LARANJA)**

### **DESAFIOS**

- Investimento
- Sobrecarga do Preceptor
- Qualificação da equipe -NAPED
- Rotatividade do Preceptor
- Vínculo exclusivo com a Instituição de Saúde

As contribuições destes grupos (Laranja /Internato) destacam os desafios estruturais da preceptoria e do apoio docente. Revelaram que a principal barreira para a efetivação das novas diretrizes reside na precariedade das condições de trabalho e de formação dos profissionais que atuam na ponta do serviço. O grupo identificou que o investimento insuficiente e a sobrecarga de trabalho geram uma alta rotatividade de preceptores, comprometendo a continuidade pedagógica e a qualidade da assistência. Um ponto crítico levantado foi o distanciamento institucional, uma vez que o preceptor muitas vezes mantém vínculo exclusivo com a unidade de saúde, sentindo-se um agente externo à universidade e alheio ao projeto político pedagógico do curso.

Para enfrentar esse cenário, defendeu-se o fortalecimento do Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente (NAPED) como a instância central para qualificar pedagogicamente as equipes e promover o acolhimento desses educadores. A ideia é que o NAPED atue na criação de programas de desenvolvimento contínuo, transformando a preceptoria em uma atividade valorizada e tecnicamente sólida. Além disso, a mesa propôs que a integração ensino serviço comunidade utilize a Política Nacional de Humanização e o Estatuto do Paciente como guias éticos, garantindo que a formação médica seja orientada pela responsabilidade social e pelo respeito ao usuário do SUS.

O debate enfatizou a necessidade urgente de criar e implementar instrumentos de monitorização para mensurar o impacto real da presença acadêmica nos territórios. O grupo sugeriu que a organização curricular deve ser estritamente orientada pela realidade epidemiológica local e pela atenção primária à saúde, vinculando a formação às necessidades da população. O consenso final aponta que o compromisso institucional na formação dos profissionais da rede é o que



permitirá superar a visão passiva do serviço, consolidando uma parceria onde a gestão, a academia e a comunidade trabalham de forma coordenada para qualificar tanto o ensino quanto o cuidado em saúde.

## **GRUPO CUIDADO-EDUCANDO-EDUCADOR-ESCOLA (AMARELO)**

### **DESAFIOS**

- Autocuidado como Competência: Defesa do autocuidado como uma competência obrigatória e transversal no currículo.
- Política de Cuidado Institucional: Necessidade de criar políticas permanentes e estruturadas que garantam a inclusão, acessibilidade e permanência, abrangendo tanto discentes quanto docentes.
- Proteção das Áreas Verdes: A proposta é integrar esses espaços ao planejamento oficial com objetivos claros de saúde mental e desenvolvimento pessoal.
- Profissionalização da Acessibilidade
- Abordagem Individualizada: Fortalecimento dos canais de diálogo para suporte ao estudante
- Papel Estratégico do NAPED: articulador entre docentes e preceptores para consolidar a política institucional e o Projeto Político Pedagógico (PPC).

O grupo Amarelo aborda o Cuidado, Educando e Escola, enfatizando que o autocuidado deve ser encarado como uma competência obrigatória e transversal, combatendo o que chamaram de incoerência pedagógica: a contradição de ensinar o cuidado ao próximo enquanto estudantes e docentes

negligenciam a própria saúde. O grupo defendeu que o bem estar não pode ser tratado por meio de políticas isoladas ou dependentes de iniciativas individuais, mas sim por uma política de cuidado institucional, que sobreviva às trocas de gestão e garanta a inclusão, a acessibilidade e a permanência estudantil com suporte real tanto para quem aprende quanto para quem ensina.

Um dos pontos mais sensíveis do debate foi a gestão das áreas verdes no currículo. Houve um consenso crítico sobre o fenômeno do desmatamento dessas janelas de descanso, que ocorre quando o tempo livre é indevidamente ocupado por demandas acadêmicas extras de professores ou dos próprios alunos. A proposta do grupo é que esses espaços sejam protegidos e integrados ao planejamento acadêmico com objetivos claros, permitindo que o corpo discente se aproprie desses momentos para o desenvolvimento pessoal e a saúde mental sem a pressão de conteúdos secundários.

A mesa ressaltou a importância de profissionalizar a comunicação e a acessibilidade dentro das instituições. O grupo observou que, embora as universidades muitas vezes possuam recursos para apoiar alunos em situação de vulnerabilidade, a falta de um fluxo direto entre coordenação, docentes e técnicos faz com que as soluções fiquem dispersas e ineficazes. Foi proposta uma abordagem individualizada para cada caso de vulnerabilidade, fortalecendo os canais de diálogo para que o estudante se sinta confortável em buscar apoio e para que a instituição utilize seus órgãos especializados de forma articulada, garantindo que o cuidado deixe de ser apenas um conceito teórico e se torne uma prática cotidiana de gestão.



## GRUPO DESENVOLVIMENTO DOCENTE (VERDE)

### DESAFIOS:

- Institucionalização da Identidade Docente
- Centralidade e fragilidades do NAPED: A obrigatoriedade do núcleo é um avanço, mas a falta de diretrizes sobre o quantitativo de membros e a carga horária mínima de dedicação coloca em risco sua funcionalidade prática.
- O Preceptor como educador da rede: Necessidade de superar a fragmentação do vínculo do preceptor.
- Formação como política de Estado: Defesa de que a qualificação pedagógica, uma política pública que envolva as secretarias de saúde na regulação e valorização do preceptor.
- Entraves nas legislações municipais e estaduais que impedem o vínculo direto entre o preceptor do serviço e a instituição de ensino, dificultando a remuneração e a liberação para cursos de formação.
- Foco em garantir que as práticas e saberes pedagógicos sejam institucionalizados.
- Responsabilidade com o egresso.

As discussões dos grupos sobre a formação de educadores destacaram que a diretriz de 2025 representa um avanço excepcional ao definir as competências esperadas do educador médico, mas ressaltaram que os desafios de implementação permanecem semelhantes aos de décadas anteriores. O grupo observou que muitos profissionais ingressam na carreira docente sem qualquer processo de integração ou preparo pedagógico, desconhecendo muitas

vezes o funcionamento institucional e o seu papel no processo educacional. Embora as metodologias ativas tenham favorecido a inserção de educadores não médicos com contribuições brilhantes, a maior lacuna ainda reside na profissionalização do corpo docente e, especialmente, na formação dos preceptores que atuam na ponta do serviço.

A institucionalização do Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente (NAPED) como requisito obrigatório foi celebrada, porém o debate revelou fragilidades operacionais que podem comprometer sua eficácia. O grupo apontou que a ausência de definições sobre o quantitativo de membros e a carga horária mínima de dedicação pode fazer com que esses núcleos existam apenas formalmente, sem capacidade real de atuação. Surgiram questionamentos sobre a composição ideal dessas equipes e sobre quem seria responsável por formar os próprios formadores, evidenciando que, sem parâmetros claros de governança, o suporte pedagógico corre o risco de ser insuficiente para atender às demandas de instituições que possuem centenas de professores e preceptores.

Um dos pontos de maior tensão foi a formação da preceptoria, cuja realidade é marcada por vínculos frágeis e conflitos logísticos. Como o preceptor frequentemente é um funcionário da Secretaria de Saúde sem vínculo com a universidade, e muitas vezes orienta alunos de diferentes instituições simultaneamente, torna-se difícil exigir uma formação metodológica específica.

Além disso, as restrições legais para remuneração direta e a dificuldade de liberar o profissional da atividade assistencial para cursos de capacitação criam um entrave prático. O grupo concluiu que a formação de educadores não pode ser responsabilidade exclusiva da academia, devendo ser assumida como uma política de Estado que envolva as



secretarias de saúde e o governo federal para garantir que o desenvolvimento docente seja longitudinal, sustentável e integrado às necessidades do Sistema Único de Saúde.

### **GRUPO GESTÃO DA ESCOLA MÉDICA (AZUL)**

#### **DESAFIOS:**

- Baixa adesão docente: Dificuldade em engajar professores e preceptores em processos de formação e aprimoramento pedagógico.
- Desalinhamento interno: Falta de articulação entre as diversas instâncias de gestão (NDE, coordenação, comissões de avaliação), resultando em ações fragmentadas.
- Autonomia limitada: Impasses burocráticos e financeiros, tanto no setor público quanto no privado, que cerceiam iniciativas de inovação da gestão.

#### **CONTRIBUIÇÕES E SOLUÇÕES:**

- Normativas (Constituição Federal artigo. 200 - antecede COAPES)
- Órgãos ordenadores da formação para SUS (profissionais)
- COAPES / convênios
- Organização para implantação de DCN
- Processos avaliativos
- Gestão participativa
- Saúde mental e bem estar (comunidade acadêmica)

- Residências
- Profissionais do poder público
- Fortalecimento do internato e das práticas de ensino
- Preceptores
- Integração docente / discente / técnico-administrativo / comunidade

As discussões dos sobre a Gestão das Escolas Médicas sublinharam a necessidade de uma liderança dinâmica, tecnológica e profundamente articulada com as exigências regulatórias contemporâneas. O grupo identificou a gestão como o eixo central que une todas as problemáticas dos demais grupos, sendo responsável por operacionalizar o preceito constitucional de formação voltada ao SUS. O grande dilema posto foi o cronograma de implantação da nova DCN: as instituições enfrentam a pressão de decidir entre uma reforma imediata no início de 2025 ou uma transição gradual até o prazo final, avaliando os riscos de “acertar no começo” versus a necessidade de amadurecimento dos processos pedagógicos e administrativos.

A adequação do Projeto Político Pedagógico (PPC) surge não apenas como um desafio documental, mas como uma reforma estrutural que exige mudanças em salas de aula, aparatos tecnológicos e na própria comunicação institucional. Surgiu o questionamento sobre a capacidade dos órgãos atuais, como o Núcleo Docente Estruturante (NDE), de absorver sozinhos a velocidade dessas transformações. Como estratégia, propôs-se a criação de grupos de trabalho segmentados por anos ou ciclos, permitindo que a intervenção seja distribuída e que a responsabilidade pela mudança não fique concentrada em poucos indivíduos, o que comprometeria a sustentabilidade da reforma.



O debate destacou que a gestão da escola médica no século XXI não pode ser um ato solitário ou meramente administrativo. O sucesso da implementação das diretrizes depende da capilarização das ações e da capacidade da gestão de sensibilizar e “encantar” o corpo docente e discente. Foi reforçado que tentar carregar o trabalho nas costas, sem uma comunicação transparente e sem o apoio coletivo, levará inevitavelmente à exaustão e ao insucesso. Assim, a gestão deve atuar como uma instância mediadora que promove o treinamento de preceptores, o incentivo aos professores e a integração real entre todos os atores da comunidade acadêmica e do serviço de saúde.

### **GRUPO AVALIAÇÃO (ROSA)**

#### **DESAFIOS**

- Avaliação docente ( calibração, perfil preceptor e avaliador)
- Motivar o aluno - (adesão, compensação? prova, residência)
- Mentoria:( treinamento, carga horária, aluno vs mentor e escassez)
- Avaliação programática (plataformas lize e prova final de cada ciclo?)

As discussões da mesa de avaliação estabeleceram que o processo avaliativo é o ponto de convergência de todos os eixos da escola médica, consolidando-se como uma ferramenta estratégica de gestão e diagnóstico. O grupo propôs um plano de ação pragmático fundamentado na transição para a avaliação programática, que integra as vertentes somativa e formativa em todos os componentes curriculares. Para viabilizar essa mudança,

defendeu-se a adequação dos regulamentos institucionais e a operacionalização progressiva da matriz de competências, respeitando as especificidades de cada ciclo do curso, do básico ao internato, para garantir que o estudante atinja os requisitos mínimos de segurança para o exercício profissional.

A modernização do sistema passa obrigatoriamente pela adoção de tecnologias digitais, como e-portfólios e dashboards de desempenho. Essas ferramentas permitem um acompanhamento longitudinal e transparente, possibilitando identificar se oscilações no rendimento acadêmico decorrem de lacunas técnicas ou de fatores psicossociais e de saúde mental. Nesse cenário, o feedback deixa de ser uma mera entrega de notas para se tornar um instrumento qualificador e contínuo. A implementação de avaliações de ciclo ao final do quarto e oitavo semestre foi sugerida como um marco para gerar diagnósticos situacionais precisos, permitindo a criação de planos de aprendizagem individualizados e estratégias de nivelamento com o apoio de equipes multiprofissionais, como pedagogos e psicólogos.

A validade deste sistema depende diretamente da qualificação do corpo docente e da estruturação da mentoria. O grupo ressaltou a importância de capacitar os professores nos três domínios formativos (cognitivo, de habilidades e atitudinal) utilizando instrumentos como OSCE e Mini-CEX para reduzir a subjetividade e os vieses avaliativos. Diante da escassez de profissionais e gargalos de carga horária, propôs-se a inclusão de mentores não médicos e a colaboração de veteranos para sustentar o acompanhamento dos discentes.

O debate destacou a necessidade de promover uma cultura de pertencimento e engajamento entre os estudantes, para que eles compreendam a avaliação como um processo em benefício de sua própria formação, e não como uma



punição. Discutiu-se, inclusive, a possibilidade de vincular o desempenho em exames de proficiência a benefícios em processos seletivos de residência, dividindo a responsabilidade da qualidade do ensino entre a instituição e o aluno. Em suma, o plano reafirma que a gestão da avaliação deve ser pautada pela equidade, garantindo que, respeitados os diferentes ritmos de aprendizagem, todos os egressos entregues à sociedade possuam as competências necessárias para atuar no Sistema Único de Saúde.

## **DISCUSSÃO DA PLENÁRIA**

As discussões finais da plenária consolidaram a necessidade de uma mudança de paradigma na educação médica. O debate enfatizou que a decisão sobre a progressão do estudante deve deixar de ser uma prerrogativa isolada de cada disciplina para se tornar uma responsabilidade colegiada e institucional. Argumentou-se que o modelo tradicional, fragmentado em unidades curriculares estanques, falha ao supor que a soma de notas em matérias pulverizadas resulte automaticamente em competência clínica. A proposta atual defende uma avaliação supradisciplinar, com exames de ciclo robustos e alto rigor psicométrico, capazes de oferecer um diagnóstico real do desempenho do aluno antes de marcos críticos, como o ingresso no internato.

Nesse novo cenário, a distinção entre avaliação somativa e formativa torna-se fundamental. A avaliação formativa deve ser despida de seu caráter punitivo ou meramente focado em notas, servindo como um espaço de feedback contínuo que identifica fragilidades e permite a remediação precoce. O uso de tecnologias, como dashboards de desempenho e e-portfólios, foi apontado como essencial para que a gestão e o próprio estudante acompanhem curvas de aprendizado longitudinais. Quando um

aluno apresenta um desempenho persistentemente abaixo da média de sua turma, a função da escola não é apenas a reprovação, mas a oferta de planos de aprendizagem individualizados e suporte multiprofissional, garantindo que o tempo de formação respeite o ritmo necessário para que todos atinjam os níveis de segurança exigidos para o cuidado com pacientes.

A mentoria surgiu como a unidade curricular dedicada ao desenvolvimento pessoal e profissional, atuando como o espaço onde o estudante processa as angústias e vivências da trajetória acadêmica. Com grupos pequenos e acompanhamento longitudinal, a mentoria permite que docentes, médicos e não médicos, auxiliem na construção de uma identidade profissional ética e resiliente. O debate ressaltou que temas sensíveis, como o contato com a morte ou a integração social no ambiente universitário, devem ser elaborados por meio de narrativas reflexivas, transformando o "currículo oculto" em aprendizado consciente. A sustentabilidade desse modelo, contudo, exige que a mentoria seja integrada à carga horária oficial de docentes e discentes, protegendo o tempo de reflexão contra o "desmatamento" causado por demandas assistenciais ou teóricas excessivas.

Em última análise, o debate na plenária reafirmou que a avaliação e a mentoria não são atividades acessórias, mas sim o cerne de uma formação que preza pela segurança da sociedade. A formação da identidade profissional passa pela capacidade de autorregulação, onde o estudante aprende a reconhecer seus limites e a buscar o aprimoramento contínuo. Ao sair da lógica fragmentada e adotar uma visão sistêmica e programática, as escolas médicas assumem a responsabilidade ética de entregar à sociedade profissionais que não apenas detêm o conhecimento técnico, mas que possuem a atitude e o compromisso humano necessários para atuar de forma segura e qualificada no Sistema Único de Saúde.



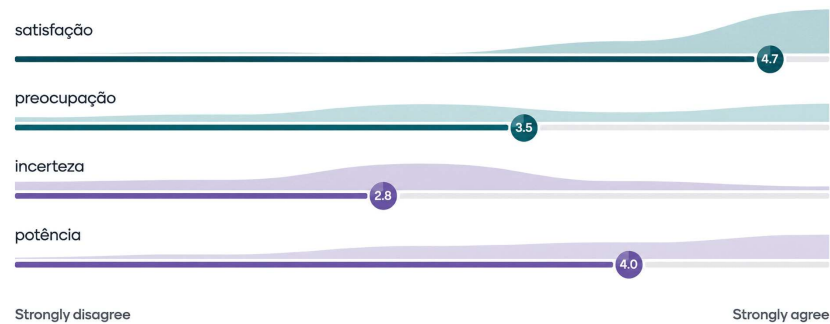
## AVALIAÇÃO DO ENCERRAMENTO

O encontro encerrou com um convite à reflexão sobre a trajetória percorrida, instigando os participantes a se perceberem como sujeitos ativos em relação às suas expectativas e vivências. Para mediar essa autopercepção, utilizou-se uma escala de quatro dimensões: satisfação, preocupação, incerteza e potência. No panorama geral do grupo, observou-se um alto grau de satisfação e uma potência vibrante que supera as preocupações e incertezas remanescentes.

A satisfação manifestou-se na alegria de ver um coletivo engajado e de alta capacidade técnica e política, reafirmando a relevância da atuação na universidade pública e no Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, a preocupação central emergiu na fala sobre o desafio do engajamento institucional: como transpor a riqueza das reflexões vivenciadas para o corpo docente que não esteve presente. Em resposta, destacou-se a estratégia de qualificar materiais e planos de atividade como ferramentas concretas para facilitar esse retorno e aproximar os pares nas instituições de origem.

Embora as incertezas tenham aparecido de forma residual, o sentimento de potência dominou o fechamento do dia. Esta potência foi descrita como "máxima", ancorada no alinhamento de propósitos entre os participantes de diversas regiões do país e na crença na força do coletivo. Ao final, reforçou que, enquanto o isolamento gera lacunas e inseguranças, a confluência de saberes e experiências transforma o grupo em um espaço de pactuação e reafirmação de compromissos ético-políticos, preparando o terreno para a continuidade das oficinas e o fortalecimento das práticas de saúde e educação.

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



## Dia 2

O segundo dia de atividades teve início com um momento de acolhimento conduzido por Denise Herdy Afonso, que apresentou a proposta de trabalho e a organização das atividades. Na abertura, foi destacado que a dinâmica do dia tinha como propósito ampliar a rede de colaboração entre os presentes, dando continuidade a construção coletiva de soluções para desafios concretos vivenciados nos cursos de Medicina. Denise explicou que seriam formados novos grupos de trabalho, diferentes dos constituídos no dia anterior, com foco na análise de situações reais à luz da DCN 2025 e do Caderno de Orientações.

A metodologia do Café Mundial (adaptada), apresentada na plenária e posteriormente reforçada pelos coordenadores em cada sala, baseou-se na circulação dos participantes entre as mesas. Nesse processo, os integrantes assumiram o papel de "viajantes", ou "abelhas", levando e conectando ideias entre os grupos, enquanto uma pessoa permanecia como âncora em cada mesa, responsável por acolher os novos participantes e dar continuidade às discussões a partir das contribuições já construídas.



Após a leitura da comanda e das orientações gerais, bem como da situação-problema de cada mesa, os grupos tiveram um primeiro momento de 30 minutos dedicado à reflexão inicial em suas mesas de origem, baseando-se na DCN 2025, com apoio no Caderno de Orientações. Em seguida, iniciaram-se as rodadas de circulação, com duração de 20 minutos em cada mesa, possibilitando que todos os participantes contribuíssem com as diferentes situações apresentadas. Durante essas rotações, manteve-se a presença de um integrante fixo em cada mesa, garantindo a continuidade e a sistematização das discussões.

Ao final do circuito, os participantes retornaram às suas mesas de origem para analisar o material produzido e as contribuições recebidas ao longo das rodadas. Na etapa seguinte, houve a reorganização dos grupos entre as duas salas, unindo mesas correspondentes (1, 2 e 3; 4, 5 e 6) para a formação de Núcleos Docentes Estruturantes ampliados. Esses grandes grupos tiveram como objetivo consolidar as discussões e elaborar um documento final, posteriormente apresentado em plenária.

## **MESA 1 – ADOÇÃO DE TECNOLOGIAS NO PROCESSO FORMATIVO**

### **SITUAÇÃO PROBLEMA**

Em uma Escola Médica docentes e gestores reconhecem que a formação precisa desenvolver nos estudantes competências relacionadas à inovação tecnológica em saúde incluindo o uso crítico de ferramentas como inteligência artificial (IA) e telemedicina, sem perder de vista a eficiência, a ética e o compromisso com o SUS.

Diante desse cenário, a Instituição se vê desafiada a garantir a formação de médicos capazes de utilizar tecnologias

digitais de maneira crítica, ética e responsável, em um contexto ainda marcado por limitações estruturais e desigualdades de acesso, sem ampliar iniquidades e sem fragilizar a qualidade da formação e do cuidado em saúde

*De que forma o curso pode desenvolver as competências relacionadas à inovação tecnológica sem depender exclusivamente de soluções de alto custo e garantindo o uso ético dentro da realidade do SUS?*

## MESA 2 – PRÁTICAS INCLUSIVAS

### SITUAÇÃO PROBLEMA

Uma Escola Médica que encontra-se em processo de adaptação de seu PPC às orientações das DCN 2025, alguns alunos com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) estão no período de Internato.

Durante o rodízio obrigatório em Urgência e Emergência um destes alunos enfrenta dificuldades na sala de trauma devido ao excesso de ruído, luzes e à necessidade de decisões rápidas baseadas em comandos verbais sobrepostos.

A preceptoría do hospital, acostumada a um modelo tradicional de "resistência física e emocional", questiona a aptidão deste aluno para a medicina, sugerindo que ele "escolha uma especialidade sem pacientes" ou que "tranque o curso se não aguentar a pressão do SUS". Outras situações semelhantes têm chegado à coordenação do curso.

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



## MESA 3 – ÁREAS VERDES/JANELAS CURRICULARES

### SITUAÇÃO PROBLEMA

Em uma Escola Médica, o Núcleo Docente Estruturante (NDE) identificou como um dos principais desafios a necessidade de reorganização da semana padrão para garantir a presença de “áreas verdes” ou janelas curriculares qualificadas em todos os períodos do curso, inclusive no internato.

No entanto, há resistências à esta “adequação” dentro do próprio NDE por ser tema sensível no curso com implementação considerada inviável diante do argumento de que a redução prévia da carga horária total já havia gerado insatisfação significativa entre os docentes, que se sentiram prejudicados pela suposta perda de conteúdos considerados essenciais à formação médica. Outros docentes consideram que a previsão de períodos da semana sem atividades formais obrigatórias pode ser interpretada como ausência de ensino, contrariando o compromisso institucional com uma formação médica de excelência.

*Como construir consensos e estratégias que viabilizem a implementação das áreas verdes sem comprometer a identidade do curso nem a qualidade da formação médica?*

## MESA 4 – PROGRAMAS ESTRUTURADOS DE ACOMPANHAMENTO ESTUDANTIL

### SITUAÇÃO PROBLEMA

Uma Escola Médica que considera ter um desenho curricular inovador, possui ações de apoio ao estudante, ainda fragmentadas e pouco integradas a um programa institucional estruturado de acompanhamento e mentoria. Enfrenta desafios relacionados ao bem-estar mental e

emocional dos estudantes, especialmente entre o que tem se convencionalizado chamar de "novas gerações", que demonstram maior sensibilidade a questões de saúde mental, ansiedade de desempenho, comparação constante em ambientes altamente competitivos e expectativa de respostas institucionais rápidas e personalizadas.

Parte do corpo docente, embora venha adotando metodologias ativas em sala de aula, relata dificuldades para assumir o papel de mentoria, alegando falta de tempo no contrato de trabalho, ausência de formação específica, indefinição de papéis e receio de ultrapassar limites éticos na abordagem de questões psicossociais.

*Como institucionalizar um programa que garanta suporte acadêmico e psicossocial efetivo, desenvolvimento de habilidades para a vida e acompanhamento contínuo da formação da identidade profissional sem gerar sobrecarga docente ou expectativas irreais por parte dos estudantes?*

## MESA 5 – INTERNATO

### SITUAÇÃO PROBLEMA

Em uma Escola Médica a área de Saúde Coletiva está organizada ao longo do curso, com unidades curriculares teóricas no primeiro ciclo e com um internato específico, no mesmo semestre do internato de Medicina de Família e Comunidade - MFC, porém com objetivos educacionais diferentes.

Ao se apropriar das DCN 2025 o NDE do curso identifica que Medicina Intensiva, Saúde Coletiva e Traumatologia são áreas que devem ser organizadas em estágios específicos e/ou rodízios distribuídos ao longo do internato, deixando de apontar o Internato de Saúde Coletiva como obrigatório.



*Como (re)organizar o desenvolvimento de competências da Medicina Intensiva, Saúde Coletiva e Traumatologia e Ortopedia nos ambientes de prática do curso dentro dos 70% da carga horária do internato, indo além da abordagem curricular teórica?*

## **MESA 6 – SISTEMA DE AVALIAÇÃO**

Uma Escola Médica adota, desde o início do curso, várias metodologias ativas, mas ainda não consolidou um sistema de avaliação seriado apropriado.

No entanto o NDE implementou uma avaliação pré internato, motivado pela DCN 2025 que determina a *"realização de, ao menos, uma avaliação somativa abrangente imediatamente anterior ao início do internato, com o objetivo de assegurar que o estudante possua as competências mínimas exigidas para a atuação supervisionada em ambiente clínico real"*. Os resultados evidenciaram que 70 % dos alunos tiveram baixíssimo rendimento.

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

## **PLENÁRIA**

Os trabalhos foram iniciados sob a coordenação de Denise e Alessandra, 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 da situação problema antes de expor as soluções encontradas. Foi realizado o sorteio para definir a ordem de apresentações dos grupos.

## MESA 1 – ADOÇÃO DE TECNOLOGIA NO PROCESSO FORMATIVO

Os grupos da mesa 1, destacaram que a integração tecnológica na educação médica não deve ser tratada como um evento isolado, mas como uma política institucional estruturada e longitudinal. O debate partiu da premissa de que a formação deve capacitar o estudante para o uso crítico e ético de ferramentas como a Inteligência Artificial (IA) e a telemedicina, sem que isso fragilize o raciocínio clínico ou o compromisso com os princípios do SUS. Para tanto, propôs-se que as instituições mapeiem competências digitais ao longo de todo o curso, estabelecendo diretrizes claras sobre proteção de dados (LGPD) e responsabilidade ética, garantindo que a tecnologia atue como facilitadora do método científico e não como substituta da decisão médica.

A reflexão acerca da equidade e o combate ao "analfabetismo digital". Em um cenário de desigualdades estruturais, os gestores e estudantes alertaram para o risco de a inovação ampliar iniquidades. Como solução, sugeriu-se a criação de núcleos de apoio que promovam o acesso democrático a equipamentos, como a doação ou empréstimo de tablets e computadores, além de processos de letramento digital no início da graduação para nivelar estudantes de diferentes gerações e contextos sociais.

A inovação foi defendida como uma prática que não depende exclusivamente de soluções de alto custo, pelo contrário, incentivou-se o desenvolvimento de recursos educacionais abertos, atlas digitais interdisciplinares e a imersão nas ferramentas de telessaúde já disponíveis na rede pública, aproximando o aluno da realidade tecnológica do SUS.



O grupo destacou que a eficácia desse processo informativo depende da capacitação contínua do corpo docente, que vive o desafio de ser a última geração a ensinar antes da onipresença da inteligência artificial. O uso da tecnologia deve transbordar para a gestão acadêmica e o cuidado ao paciente, utilizando aplicativos de monitoramento e prontuários eletrônicos como meios para fortalecer o vínculo e a eficiência clínica. Concluiu-se que o médico do futuro deve ser capaz de alternar entre as inovações constantes e a prática humanizada, utilizando a inovação para reduzir distâncias e qualificar a assistência, sem jamais perder de vista a análise crítica necessária para navegar em um mundo globalizado e tecnologicamente denso.

## **MESA 2 – PRÁTICAS INCLUSIVAS**

A discussão da Mesa 2 enfatizou que a inclusão e a acessibilidade de estudantes neurodivergentes, como aqueles com transtorno do espectro autista (TEA), não são escolhas institucionais ou atos de caridade, mas imperativos legais e constitucionais que precedem as próprias diretrizes curriculares.

O debate centrou-se na urgência de mover as escolas médicas de um modelo de resposta "oportunistica", que só intervém quando o aluno entra em crise ou apresentar prejuízos no internato, para um modelo preventivo e estruturado. Propondo que a identificação de necessidades ocorra já no ingresso, com a criação de núcleos de apoio multidisciplinares (compostos por psicólogos, pedagogos e psiquiatras) que monitorem o desenvolvimento do discente por meio de indicadores de autorregulação e comunicação, garantindo que o suporte pedagógico seja retroalimentado a cada ciclo.

No campo prático, especialmente em cenários de alta densidade sensorial como a urgência e emergência, a estratégia

sugerida foi o uso estratégico de simulações realísticas. Esse ambiente controlado permite que o aluno treine assertividade e manejo de crise sem os ruídos e luzes que disparam gatilhos sensoriais, preparando para o retorno ao ambiente clínico real com o suporte de tecnologias assistivas, como abafadores de ruído ou óculos de proteção. Refutou-se a ideia de que acessibilidade signifique "facilitar" o curso ou reduzir exigências, pelo contrário, trata-se de adaptar o processo de ensino-aprendizagem para que o aluno atinja as mesmas competências profissionais que os demais, respeitando sua singularidade.

O encerramento do debate destacou que o sucesso desse processo depende de uma mudança na cultura docente e da preceptoria. É necessário que os professores compreendam que a acessibilidade é um direito e que a diversidade humana qualifica o corpo médico. Sugeriu-se a implementação de ouvidorias ativas e programas de "apadrinhamento" entre pares, onde veteranos neurodivergentes auxiliam no acolhimento de calouros, diminuindo o estigma e a barreira na comunicação com a gestão. Concluiu-se que o coordenador não deve tomar decisões isoladas em casos complexos, mas basear-se em instâncias colegiadas que garantam a equidade, a segurança do paciente e o direito inalienável do estudante à formação.

### **MESA 3 – ÁREAS VERDES/JANELAS CURRICULARES**

A discussão dos grupos da Mesa 3 concentrou-se na complexidade de implementar e proteger as Áreas Verdes nos currículos de medicina, enfrentando a ambiguidade do texto das DCN e a resistência cultural ao "enxugamento" de conteúdo. O debate revelou que o Artigo 28 das diretrizes, ao listar atividades como pesquisa e extensão no tempo protegido, gera uma perigosa margem de interpretação que pode desvirtuar a autonomia discente, transformando o que



deveria ser um momento de descanso e autocuidado em uma carga extracurricular disfarçada de obrigação.

Para os participantes, é importante distinguir o tempo de estudo, necessário para o suporte às metodologias ativas, da área verde real, voltada à preservação da saúde mental e ao desenvolvimento da identidade pessoal do estudante. Para superar a resistência dos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE), o grupo propôs estratégias fundamentadas em dados concretos, como as estatísticas de adoecimento estudantil e as evidências da neurociência que comprovam a necessidade de repouso para a consolidação da memória e do aprendizado.

Argumentou-se que a manutenção de currículos inflados e redundantes não garante a formação de melhores médicos, pelo contrário, a fragmentação e a repetição de conteúdos entre disciplinas isoladas sem integração pedagógica contribuem para o desgaste sistêmico de alunos e professores. A coordenação deve, portanto, utilizar sua prerrogativa de governança para "reflorestar" a grade, garantindo que esses espaços sejam planejados e inegociáveis, impedindo que se tornem válvulas de escape para reposição de aulas ou intercorrências administrativas.

No contexto do internato, a discussão apontou para a viabilidade de rodízios escalonados que assegurem janelas livres aos internos sem comprometer a assistência nos serviços de saúde. Concluiu-se que a área verde não é apenas um "espaço vazio", mas uma escolha política e pedagógica que exige uma mudança de mentalidade: a transição de um modelo tradicional conteudista para um focado em competências e na sustentabilidade do cuidado.

Ao final reforçou que, embora a letra da lei possa ser abstrata, a instituição tem o dever ético de utilizar o Caderno

de Orientações para garantir que o futuro médico aprenda, ainda na graduação, que o autocuidado é uma competência essencial para o exercício profissional seguro e humanizado.

#### **MESA 4 – PROGRAMAS ESTRUTURADOS DE ACOMPANHAMENTO ESTUDANTIL**

A discussão grupos 4 centrou-se na complexidade de institucionalizar programas de mentoria e acompanhamento estudantil, conforme as exigências das DCN. O debate partiu da vulnerabilidade emocional da geração atual de estudantes, que demanda respostas personalizadas e suporte contínuo para lidar com a ansiedade e a competitividade do ambiente médico. Em contrapartida, identificou-se um desafio docente significativo, embora familiarizados com as metodologias ativas, muitos professores sentem-se inseguros para exercer o papel de mentores, temendo ultrapassar limites éticos e carecendo de formação específica para lidar com questões psicossociais dos alunos.

Uma das grandes divergências girou em torno da forma de implementação, se como uma disciplina curricular obrigatória ou como um programa de adesão optativa. Por um lado, a criação de módulos de ensino focados em habilidades para a vida, como a "escutatória", liderança e autoconhecimento, garantiria que todos os estudantes tivessem acesso ao suporte.

Por outro, alertou-se que transformar a mentoria em disciplina com nota poderia descaracterizar sua essência orgânica e individualizada, sobrecarregando ainda mais os alunos em momentos destinados ao autocuidado. Houve um consenso de que a instituição deve, primeiramente, conhecer profundamente o perfil do seu corpo docente para que as intervenções não sejam genéricas, mas sim contextualizadas.



O debate também trouxe à luz estratégias diversificadas, como a mentoria de pares entre veteranos e calouros e a contratação de programas externos para complementar a capacidade instalada da escola. Reforçou-se que nem todo docente possui o perfil adequado para a mentoria, sendo essencial identificar e capacitar aqueles vocacionados.

A mesa ressaltou que a mentoria não deve ser vista como a única solução, mas como uma das ações integradas de um programa institucional estruturado. Esse sistema deve promover o bem-estar e a construção da identidade profissional do médico, respeitando a autonomia do aluno e a realidade específica de cada instituição, sem engessar o processo ou gerar expectativas irreais em ambas as partes.

A intervenção da plateia, trouxe um contraponto importante ao destacar que a DCN, enquanto diretrizes, devem ser interpretadas sob a ótica da autonomia do estudante. O participante enfatizou que, independentemente do que listam os incisos da norma, a "Área Verde" deve ser consolidada como um território de decisão própria do discente, onde ele tenha a liberdade de escolher entre o descanso, o esporte ou o aprofundamento acadêmico.

O ponto nevrálgico da fala foi a rejeição a qualquer tentativa institucional de prescrever atividades obrigatórias para esse horário, a instituição deve garantir o tempo protegido, mas jamais impor tarefas, como mentorias ou estágios, que descaracterizem o espaço de liberdade individual. Propondo uma postura pragmática, aceitar as definições normativas, mas levar para a prática a convicção de que a área verde é, essencialmente, um tempo de não-obrigatoriedade.

## MESA 5 – SITUAÇÃO PROBLEMA (INTERNATO)

As discussões dos grupos 5 concentraram-se no desafio de romper com a tendência histórica de disciplinarizar o conhecimento, propondo uma reorganização do internato onde a Saúde Coletiva, a Traumatologia, a Urgência e Emergência deixem de ser "gavetas" isoladas para se tornarem eixos transversais. Com as novas diretrizes, o foco desloca-se da criação de rodízios fechados para a integração dessas competências dentro das grandes áreas (Clínica, Cirurgia, Pediatria e GO). A Saúde Coletiva foi definida não como um cenário específico, mas como um "medicamento" é um método de análise que deve estar presente em qualquer nível de atenção, permitindo que o estudante discuta indicadores epidemiológicos e promoção à saúde tanto no manejo de uma doença crônica quanto em um pós-operatório cirúrgico.

A proposta de "pensar fora da caixinha" levou o grupo a sugerir cenários de prática que explorem a gestão do cuidado e o território, como o acompanhamento de fluxos de regulação e a atuação em comunidades com vulnerabilidades específicas. Um ponto inovador da discussão foi a necessidade de preparar o interno para lidar com a morte sob uma perspectiva integral. Isso inclui desde o acolhimento humanizado até a competência técnica de preencher declarações de óbito e compreender o papel do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) na alimentação das políticas de saúde pública. Entender a morte como um dado epidemiológico é, em última análise, uma competência fundamental da Saúde Coletiva que deve ser exercitada em todos os rodízios.

O encerramento do debate reforçou que essa integração depende intrinsecamente do desenvolvimento docente e da capacitação dos preceptores. O desafio reside em sensibilizar os especialistas de cada área para que consigam transmitir



o olhar coletivo e as habilidades de urgência dentro de suas especialidades. Concluiu-se que o internato deve ser um espaço de síntese, onde o corpo humano é compreendido em sua singularidade biológica, mas também como parte de um território e de um sistema de saúde, superando a fragmentação curricular em favor de uma formação médica mais resolutiva e socialmente referenciada.

### **MESA 6 – SITUAÇÃO PROBLEMA SISTEMA DE AVALIAÇÃO**

O debate central dos grupos articulou-se em torno de um cenário crítico: uma instituição de ensino médico que, motivada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2025, implementou uma avaliação somativa abrangente antes do internato, resultando em um índice de 70% de baixo rendimento dos discentes. Este fenômeno disparou uma análise profunda sobre a eficácia da gestão acadêmica e a validade dos métodos avaliativos, questionando se o problema residia na elaboração do instrumento, no preparo prévio dos alunos ao longo dos quatro anos anteriores ou na própria cultura institucional, que muitas vezes adota “metodologias ativas” apenas superficialmente.

A partir desse diagnóstico, os grupos de trabalho propuseram duas frentes de ação. Na hipótese de a avaliação ter sido tecnicamente correta, focando nos domínios cognitivo, psicomotor e atitudinal, a estratégia deve centrar-se no estudante através do Plano de Aprendizagem Individual (PAI).

Propôs-se a criação de trilhas formativas personalizadas e nivelamentos específicos para suprir lacunas de competência, além de sugerir o deslocamento dessa avaliação para o sétimo período, garantindo um semestre de intervenção pedagógica antes do ingresso no ambiente clínico real. Por outro lado, se a falha estivesse na elaboração da prova, a solução

passaria obrigatoriamente pela governança e pela educação permanente do corpo docente, capacitando os professores para a construção de matrizes de competência e *blueprints* que reflitam fielmente o projeto pedagógico.

O encerramento das discussões reforçou que a avaliação não deve ser encarada como um evento punitivo ou interditivo, mas como parte de um sistema de avaliação programática. A integração de ferramentas como o Teste de Progresso foi defendida como uma forma de monitorar a curva de aprendizado de maneira longitudinal, evitando surpresas ao final do ciclo. Em última análise, o consenso da mesa foi que a implementação das novas diretrizes exige cautela e profundidade: não se trata de seguir um modismo normativo, mas de garantir, com responsabilidade social, que o egresso possua as competências necessárias para a prática profissional, protegendo tanto o sistema de saúde quanto o próprio percurso formativo do aluno.

A intervenção da plateia introduziu ao debate: a perspectiva do corpo discente e o impacto da organização institucional sobre a fidedignidade dos resultados avaliativos. O estudante destacou que a sobrecarga acadêmica e a exaustão mental são fatores que comprometem a fidelidade de exames como o Teste de Progresso. Para o aluno, se a avaliação ocorre em momentos de saturação cognitiva, o resultado pode refletir mais o cansaço do que a competência real, o que levanta dúvidas sobre o uso desses dados pelas instituições.

Além disso, houve uma defesa clara pela valorização das avaliações internas e locais. O argumento é que o processo avaliativo dentro da própria instituição, quando bem estruturado, possui maior capacidade de captar as nuances do "saber operar" dentro da carga horária e do contexto específico de ensino, em comparação a exames externos padronizados.



Em resposta, a coordenação esclareceu que a definição das datas do Teste de Progresso não é arbitrária, sendo pactuada entre coordenadores de núcleo e seguindo um padrão nacional (geralmente às quartas-feiras). Entretanto, reconheceu-se que fatores excepcionais, como calendários pós-pandemia ou greves, podem criar choques temporais que prejudicam o desempenho. Essa troca de perspectivas reforça que um sistema de avaliação de qualidade não depende apenas de matrizes técnicas e *blueprints*, mas também de uma governança que respeite o tempo pedagógico e a saúde mental dos envolvidos, garantindo que o diagnóstico reflita de fato o estágio de desenvolvimento do estudante.

### **PRÓXIMOS PASSOS – SANDRO SCHREIBER (ABEM - DIRETOR PRESIDENTE)**

No encerramento das atividades, Sandro, presidente da ABEM, apresentou uma visão estratégica sobre o legado do projeto Rever e os próximos passos para a educação médica brasileira. O ponto alto foi o anúncio da submissão de uma proposta de mestrado profissional em Educação Médica à CAPES, visando consolidar o desenvolvimento docente de forma institucional e permanente. Ele enfatizou que as discussões regionais sobre as DCNs de 2025 culminaram na redação de um caderno de orientações definitivo, que será apresentado em uma oficina nacional em Brasília, em junho, com o objetivo de orientar a implementação prática das novas diretrizes em todas as escolas do país.

Além da dimensão curricular, Sandro trouxe uma reflexão crítica sobre a necessidade de alinhar os instrumentos de avaliação do INEP e do Enamed às novas diretrizes. Ele defendeu que os critérios de visita e o perfil dos avaliadores precisam ser atualizados para que reflitam as competências

agora exigidas, sugerindo uma mudança na lógica de seleção dos avaliadores, que passariam a ser indicados pelas instituições como especialistas, e a criação de um comitê revisor para garantir maior consistência e confiabilidade aos relatórios finais. O Teste de Progresso também foi reafirmado como ferramenta vital para a construção de uma cultura de avaliação diagnóstica, com metas de adesão total das escolas associadas para os próximos ciclos.

O presidente reforçou o papel da ABEM como entidade política e pedagógica, convocando docentes e estudantes a se associarem individualmente para ampliar a legitimidade da instituição perante o governo e os conselhos. Sandro destacou a importância da colaboração no censo "Educação Médica em Números", que fornecerá um diagnóstico inédito do cenário nacional sem caráter punitivo, e encerrou com convites para os próximos congressos. A mensagem central foi a de que a transformação da educação médica depende da sustentabilidade dos processos coletivos e da participação ativa de todos os atores envolvidos no sistema.

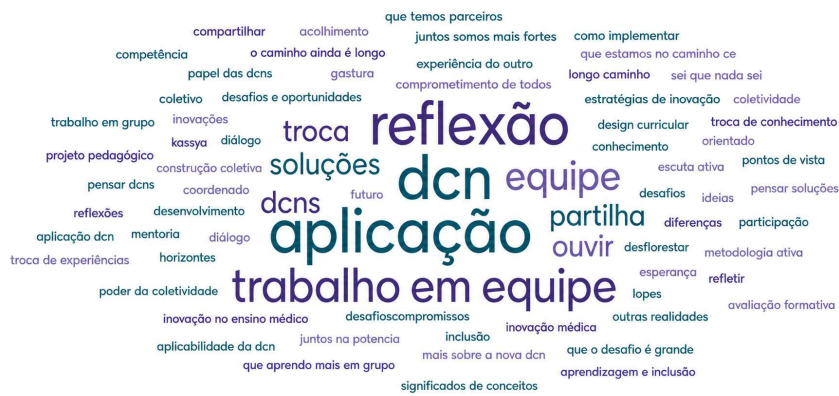
### **AVALIAÇÃO DE ENCERRAMENTO (DENISE)**

O encerramento da oficina, conduzido por Denise, consolidou um sentimento de profunda gratidão e realização coletiva. Ao retomar o Mentimeter das expectativas construído no início do encontro, emergiram como principais aprendizados os termos DCN, compartilhamento e trabalho coletivo, além das reflexões sobre o que cada participante leva da experiência. O momento final foi marcado por um resgate emocional e pedagógico da trajetória vivenciada, no qual as expectativas iniciais de "conhecimento" foram confrontadas com os aprendizados construídos ao longo da oficina. O balanço revelou que a experiência ultrapassou a dimensão técnico-

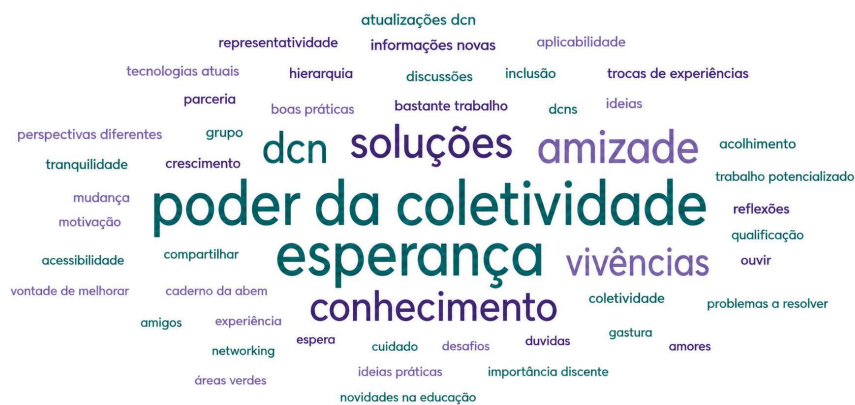


normativa das diretrizes, afirmando-se como um exercício potente de coletividade e escuta qualificada, em que se destacou a compreensão de que a implementação das DCN deve ocorrer como um processo colaborativo, sustentado pela força do trabalho em equipe e pela construção compartilhada de soluções.

### O que aprendi...



### O que levo para compartilhar...



O grupo partiu levando não apenas uma agenda carregada de trabalho e novas responsabilidades institucionais, mas também um renovado sentimento de esperança, amizade e compromisso com a acessibilidade. As falas reforçam o lema de que nada deve ser feito sobre os atores do processo sem a participação direta deles, valorizando a representatividade e o acolhimento como pilares da nova formação médica. Ficou evidente a vontade de transformar as instituições de origem, substituindo a hierarquia rígida por espaços de troca e cuidado mútuo.

Ao som de Legião Urbana, em homenagem à cultura local, o encontro terminou com uma reflexão sobre as incertezas e a capacidade de imaginação. A música serviu como metáfora para o desafio que virá a seguir: transformar as discussões teóricas em práticas pedagógicas concretas. O encerramento reafirmou que, embora o caminho para a reforma curricular seja complexo e exige dedicação, a força para qualificar o ensino médico reside na união dos afetos, na clareza do papel do SUS e na coragem de agir coletivamente para transformar a realidade da saúde no país.

## REGISTROS FOTOGRÁFICOS:











**OPAS**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

