



Formação Médica
para o Brasil

onde estamos e
para onde vamos?

Um olhar comprometido
com a responsabilidade
social no século XXI



Relatório
Oficina Regional
MINAS GERAIS

Belo Horizonte – MG
16 e 17 de março
de 2026



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





**OFICINAS REGIONAIS
DO PROJETO REVER- 2026**
Regional Minas Gerais

16 e 17/03/2026
06 e 07/04//2026



OFICINAS REGIONAIS DO PROJETO REVER – 2026 Regional Minas Gerais

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.

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

Título para indexação:
Minas Gerais Regional Workshops

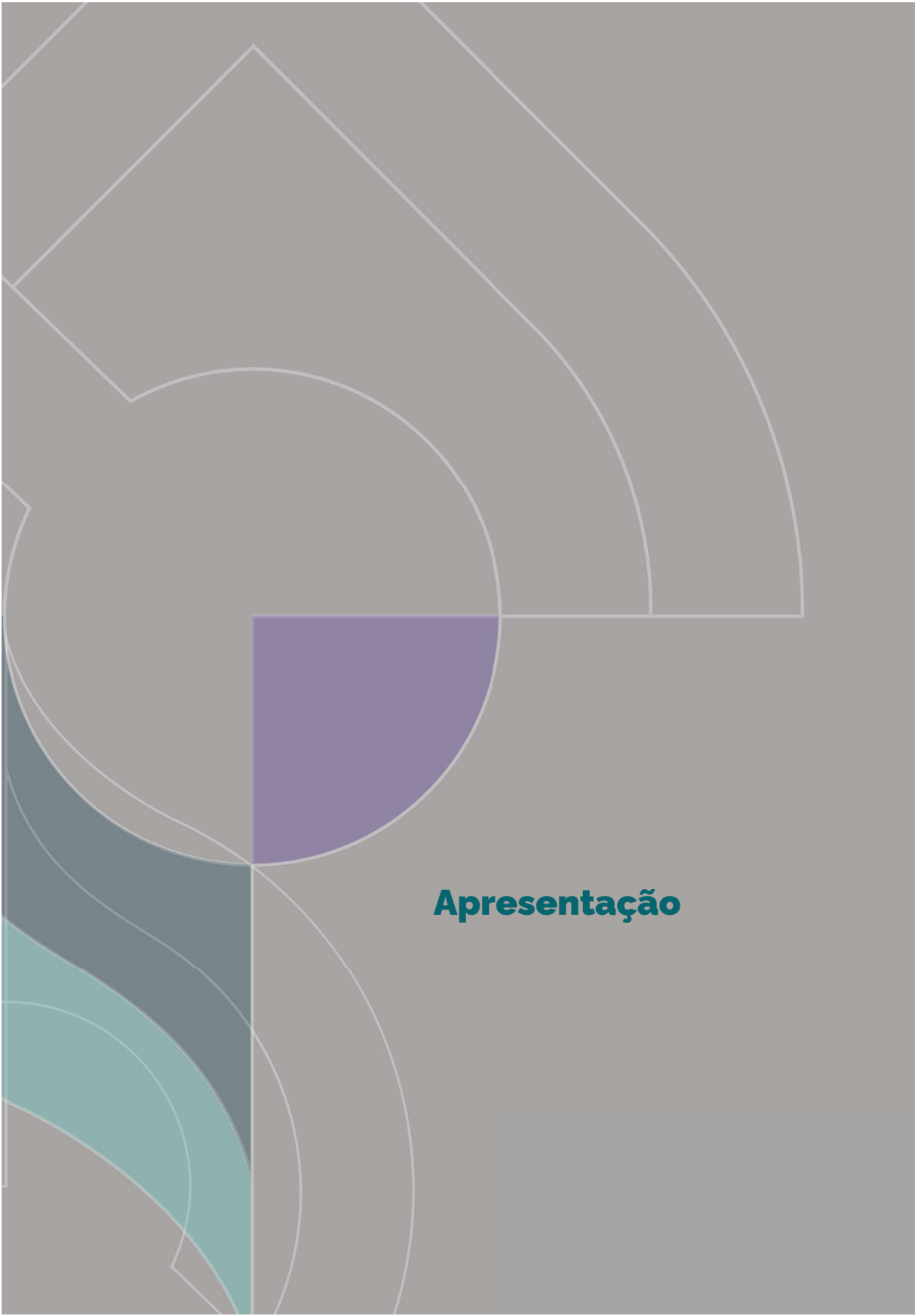
Sumário

APRESENTAÇÃO.....	5
DIA 1 – 16/03/2026 / ACOLHIMENTO.....	7
ABERTURA.....	10
PROJETO REVER	12
CADERNO DE ORIENTAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS DCN	13
METODOLOGIA DE TRABALHO: O JIGSAW ADAPTADO	14
SALA A (AVENTURINE) – RELATOR/MATHEUS PEDREIRA	15
SALA B (AMETHYST) – RELATORIA/LENIRA RIBEIRO	28
DCN 2025 DO CHÃO PARA ONDE EU PISO: acolhendo a expressão de cada cotidiano da Escola (Momento da Tarde)	36
SALA B (AMETHYST) – RELATORIA/LENIRA RIBEIRO	37
SALA A – RELATOR/MATHEUS	41
SALA B – RELATORIA/LENIRA	47
SÍNTESE DE ESPECIALISTAS MONOCROMÁTICOS DE TODAS AS SALAS PLENÁRIA	52
CONTRIBUIÇÕES DA PLENÁRIA	56
AVALIAÇÃO E FECHAMENTO: Reflorestando o Imaginário da Formação Médica	66



2º DIA DE OFICINA	68
SALA B (AMETHYST) – RELATORIA/LENIRA RIBEIRO	70
PLENÁRIA	75
ABEM REGIONAL - MINAS GERAIS	93
AVALIAÇÃO DE ENCERRAMENTO/SILVIA	95
REGISTROS FOTOGRÁFICOS	98





Apresentação



A Oficina Regional do Projeto Rever de 2026 Regional Minas Gerais foi realizada em Belo Horizonte, nos dias 16 e 17/03/2026, no Dayrell Hotel & Centro de Convenções, com a participação 71 (setenta e um) 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 – 16/03/2026

ACOLHIMENTO

A coordenação da atividade inicial foi realizada pela professora Lorene Pinto que como mestre de cerimônia deu as boas-vindas a todas as pessoas presentes e passou a palavra para a professora Sylvia Batista que conduziu o momento de acolhimento do grupo com uma reflexão sobre a beleza do trabalho a partir de um sonho. Em sua fala, Sylvia estabeleceu uma metáfora com o filme “*O Agente Secreto*”; embora a obra não tenha conquistado o Oscar, a docente resgatou uma reflexão do ator Wagner Moura: “*chegamos num lugar bonito*”. A partir dessa premissa, reiterou que o coletivo ali presente iniciava sua jornada em um espaço de convergência estética e humana, composto por “gente boa”.

Como estratégia de interação e escuta, utilizou-se a ferramenta *Mentimeter* para mediar a dinâmica de apresentação, centrada na subjetividade do nome e em suas respectivas trajetórias. Caracterização do grupo, a seguinte composição dos segmentos presentes: Gestores(14); educadores (17); Educandos de Graduação (14); Educandos de Residência (01) e outros (01). Por fim, destacou-se a necessidade estratégica de aproximar e aprofundar o debate sobre a residência, apontando-a como um desafio central que demanda continuidade e debruçamento técnico-pedagógico por parte do grupo. Também, foi

possível observar que (25) dos participantes relataram não ter participado da oficina regional do projeto REVER em 2024 e (24) participantes estiveram no encontro anterior.

Meu nome é...

rodrigo dutra pedro ezequiel

maria fernanda layla luana pereira leite schet

rone cesário jaqueline fernanda fabiano teixeira lucy do amarante paffaro

rafael júlia cristiane bruna bruno farnetano janaina moreira

samuel nogueira lorene bruna hellen antônio caio filipe andrade

sandro junia alves carolina ana flávia santos almeida cleany marcos barros

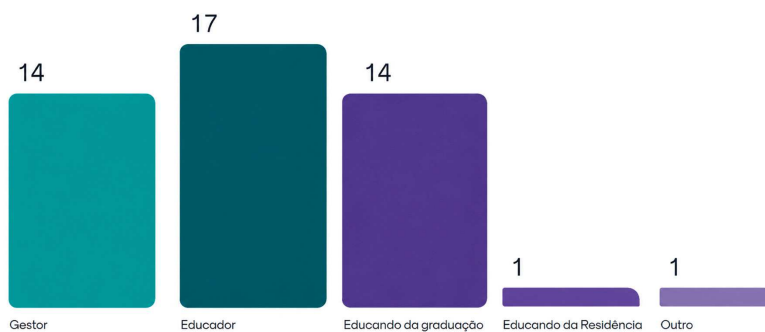
sandra gabolli luísa douglas carol aristides augusto castro gustavo renan nunes

romeo lages simões daniel negreiros daniela herbert miriam graciano

leonardo marson geraldo lino rodrigo

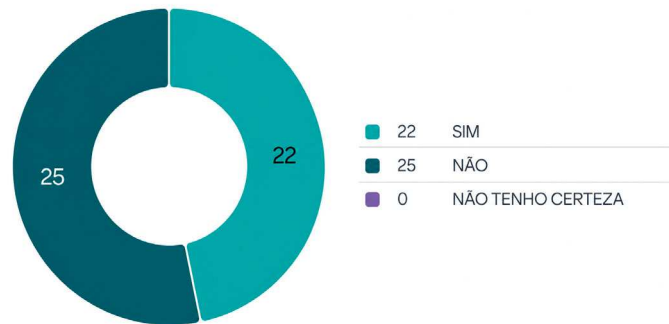
wendwrson lorena servato paiva

Nesta Oficina represento/pertencço ao segmento...





Participei da Oficina Regional do REVER em 2024



Minha principal expectativa para esta Oficina é...



A nuvem de palavras formada com as respostas sobre as expectativas em relação à oficina trouxe o destaque para a palavra “Aprender” seguida de “aprendizado” e “construção” demonstrando o compromisso dos participantes em construir juntos um aprendizado coletivo em torno das estratégias para implementação das DCN 2025 em suas instituições.

Nesse cenário, a operacionalização das DCNs revela desafios densos, especialmente no que tange à avaliação por competências e o compromisso de formar profissionais para o

SUS. Este processo exige, simultaneamente, o “fincar o pé”, no sentido de sustentar princípios e territórios e o “tirar o pé”, como metáfora para o movimento, o deslocamento necessário para caminhar em direção a um projeto emancipador de sociedade. Este encontro resgata o conceito de esperar, de Paulo Freire: um ato político e ativo que rejeita a passividade. Trata-se de um movimento de reinvenção do fazer cotidiano, pautado em uma práxis que alia o rigor científico à ética do cuidado e da amorosidade. Por fim, reafirma-se que este processo formativo não é um produto acabado, mas uma construção contínua.

ABERTURA

No momento seguinte, Lorene Pinto convidou os integrantes para compor a mesa de abertura, sendo Mônica Couto representando os docentes da Regional Minas, Daniel Negreiros representando os discentes, Carol Paes representando o MEC/SESU, Samuel Rodrigues(SGTES), Sandro Schreiber Diretor presidente da ABEM.

SANDRO SCHREIBER

Expressa o agradecimento e reconhecimento à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) pelo apoio contínuo e estruturante a este projeto desde 2024, estendendo os agradecimentos ao Secretário Felipe Proença e ao Ministro Alexandre Padilha e às suas equipes técnicas pela cooperação indispensável neste processo. Agradeceu à diretoria da Abem pela condução e ao grupo gestor do projeto pela dedicação operacional que viabilizou esta construção. Um agradecimento especial deve ser dirigido à Regional Minas Gerais; por concentrar o maior número de escolas médicas e atuação é fundamental para garantir a capilaridade e a disseminação das diretrizes em âmbito nacional. Por fim, agradeceu a cada participante que



reafirma o compromisso com uma construção coletiva e situada nas necessidades da educação médica brasileira.

SAMUEL RODRIGUES (SGTES/MS)

Agradeceu pela recepção e reforçou o caráter imprescindível da integração ensino-serviço-comunidade e da responsabilidade social das instituições de ensino, reconhecendo que as escolas são espaços de produção e reprodução de práticas, muitas das quais foram incorporadas às novas DCNs, parabenizou a Abem e o MEC pelo trabalho realizado.

CAROL PAES (MEC)

Agradeceu o convite e relatou acompanhar a progressão das DCNs, o que permite notar não apenas o amadurecimento técnico do dispositivo, mas também a institucionalização de espaços dialógicos e compartilhados, marca histórica da Abem (Associação Brasileira de Educação Médica) e de seus encontros, que historicamente congregam gestores, docentes e o movimento estudantil. Reflete sobre a revisão das diretrizes como um potente exercício de reflexão histórica para projetar o futuro. Reiterou a importância da parceria estratégica entre o MEC, o Ministério da Saúde e a Abem.

Daniel Cidente (representante discente /Instituição)

reiterou a importância de espaços dialógicos que promovem o encontro direto entre estudantes, docentes e gestores, a trajetória das DCNs 2025, construída coletivamente com a mediação da Abem e do movimento estudantil, demonstra que, apesar dos desafios e das contradições inerentes ao processo, a presença discente é o que garante a oxigenação do debate institucional.



MÔNICA COUTO (ABEM- DIRETORA REGIONAL MINAS)

Falou de sua trajetória na educação médica, consolidada em território mineiro, integrando sua terceira gestão na Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), assumindo a diretoria regional no biênio 2024-2026. Reiterou o agradecimento pela presença de cada um e convocou o grupo a atuar como multiplicador dos resultados aqui alcançados, disseminando o conhecimento produzido tanto em suas instituições de origem quanto junto aos demais pares. O fortalecimento da educação médica em Minas Gerais e, conseqüentemente, no Brasil, depende diretamente da capacidade de nos tornarmos agentes efetivos dessa transformação.

SANDRO SCHREIBER

Encerrou mesa de abertura e reiterou os agradecimentos a Samuel Rodrigues (SGTES/MS), Daniel Cidente e Mônica Couto, destacando que o projeto conta com a participação do Conselho Nacional de Educação (CNE), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do CONASS, do CONASEMS, do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da AMB, que têm contribuído conforme as possibilidades institucionais de cada órgão. Um projeto que busca, primordialmente, reconhecer e construir consensos, inclusive diante das divergências, onde o dissenso, pautado pelo respeito mútuo, é um potente motor de crescimento e amadurecimento coletivo.

PROJETO REVER

Sandro Schreiber: A fala de Sandro Schreiber destaca o projeto Reversão como um potente articulador de diferentes setores da sociedade em prol da educação médica. Um dos pontos centrais reside no desafio metodológico de integrar participantes veteranos a novos integrantes. O alcance dessa





mobilização é simbolizado pelo histórico de lançamento em Brasília (2023), que logrou reunir instâncias fundamentais da gestão e do controle social, incluindo os Ministérios da Saúde e da Educação, Ebserh, CFM, AMB, o Conselho Nacional de Saúde e de Educação, além da OPAS.

As oficinas regionais tiveram dois objetivos centrais: Construção de Consensos Curriculares: Propor e influenciar as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs); Qualificação da Avaliação Médica: Desenvolver critérios de qualidade alinhados aos novos instrumentos de avaliação do Inep. A integração dessas temáticas permite que o projeto contribua para as políticas públicas de educação, avançando em discussões que ocorrem em paralelo às reformas institucionais.

A sustentação técnica do projeto organiza-se em instâncias de governança: o grupo executivo direto e o G10. Neste contexto, o retorno da professora Silvia às atividades presenciais após um período de recuperação de saúde, destacando sua resiliência e apoio contínuo ao projeto que representa o compromisso ético e técnico com a equipe.

CADERNO DE ORIENTAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS DCN

A professora Oscarina Ezequiel apresentou o caderno de orientações e a operacionalização das DCNs 2025. A presente oficina tem como escopo central o reconhecimento e a experimentação do Caderno de Orientações para a Implementação das DCNs, homologadas em outubro de 2025. Esclareceu que o caderno não se configura como um instrumento normativo adicional, um *checklist* de conformidade ou um roteiro prescritivo, trata-se de um documento vivo e em evolução, desenhado para atuar como bússola metodológica

que respeita as singularidades e necessidades locais de cada instituição de ensino, produção deste caderno tem como intencionalidade facilitar a implementação das DCN.

O material organiza-se em seções que dialogam com as trajetórias da comunidade acadêmica, gestores e discentes. A primeira seção estabelece os conceitos estruturantes, fundamentados em evidências científicas e na necessidade de ensinar a ver e a pensar a educação médica. Os eixos prioritários incluem: SUS, Integração Ensino-Serviço-Comunidade; Educação Baseada em Competências, Planejamento Reverso (foco no perfil do egresso), Responsabilidade Social e Saúde Digital

O Caderno de Orientações é concebido como um documento vivo e adaptativo, cuja identidade se transforma conforme as realidades regionais e institucionais. Fundamentado na premissa de Rubem Alves de que a educação científica deve "ensinar a ver e a pensar", o material organiza-se para traduzir o rigor normativo em ação pedagógica. A estrutura do caderno é desenhada para facilitar a consulta por diferentes públicos, permitindo acessos diretos a capítulos específicos sem perda de continuidade. O cerne desta organização reside na correlação entre os conceitos estruturantes e os dispositivos das DCNs: Gestão e Educação na Saúde; Atenção à Saúde e Competências Transversais (Representadas pela "Flor da Conduta Profissional", essas competências (ética, comunicação, diversidade, compromisso social).

METODOLOGIA DE TRABALHO: O JIGSAW ADAPTADO

O processo de trabalho nas 2 salas foi semelhante, seguindo um planejamento comum onde cada grupo foi responsável por discutir um capítulo específico da Seção III do Caderno de Implementação das DCN 2025, intitulada "*Diretrizes*



Curriculares Nacionais 2025 em Múltiplos Contextos Formativos”
com os mesmos temas distribuídos da mesma forma, por cores
e mesas

SALA A (AVENTURINE) – RELATOR/MATHEUS PEDREIRA

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

A análise do Capítulo 11 priorizou a necessidade de mecanismos robustos de avaliação e monitorização do COAPES, o grupo de trabalho enfatizou a centralidade do COAPS (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde) como instrumento de governança, ressaltando a urgência de mecanismos de monitoramento e avaliação voltados especificamente às necessidades do território. A discussão pautou-se na superação de modelos fragmentados de avaliação em prol de métricas que verifiquem o impacto real das ações na comunidade.

O grupo defende que a integração ensino-serviço seja curricularização e ocorra de forma longitudinal em uma mesma localidade. O objetivo é evitar a inserção utilitarista, onde o estudante realiza passagens pontuais e burocráticas, fomentando o vínculo com a equipe e o acompanhamento do impacto das atividades de extensão e cuidado ao longo do tempo.

Embora o texto-base enfoque a aproximação com o preceptor, o grupo aponta para a necessidade de políticas de indução que valorizem a equipe de saúde em sua totalidade. Reconhece-se que o processo de ensino-aprendizagem é mediado por todos os profissionais da unidade, e não apenas pelo preceptor de nível superior, exigindo estratégias de capacitação e reconhecimento para o conjunto da equipe.

A integração não deve se restringir ao ato clínico na Unidade Básica de Saúde (UBS). É essencial que o estudante participe de instâncias de gestão e de controle social, desde que essa inserção seja acompanhada por objetivos pedagógicos claros e supervisão docente, evitando a exposição isolada do acadêmico nesses espaços. O grupo sinaliza uma lacuna terminológica no texto orientador sobre a expressão "inserção para além do serviço de saúde". Sugere-se a especificação de equipamentos sociais e territórios de vida como escolas, creches, CRAS e consultórios na rua, para que o direcionamento pedagógico seja nítido, garantindo que a integração ocorra, de fato, na rede intersetorial.

Tópicos do Flipchart do grupo:

- Pilar estratégico / eixo estruturante
- Mecanismos para monitorar os esforços e avaliar o impacto na comunidade. Como criar o instrumento de avaliação dessa articulação. CONPES Uma avaliação "única" entre as instituições seria melhor? Sistematizar? p. 108
- Como oferecer o que a comunidade precisa ao invés de oferecer o que a universidade pensa que a comunidade necessita.
- Integralização da extensão. Curricularização.
- Integração da formação c/ os espaços de gestão e participação social. Como integrar.
- Como utilizar o espaço "campo de estágio" evitando relações utilitaristas ou extrativistas. Integrar os colaboradores ao processo de aprendizagem, mas qual seria a contrapartida?



- Não apenas o preceptor / FRAGILIDADE
- Garantir a longitudinalidade dessa integração.

INTERNATO (MESA 2 – LARANJA)

A discussão do Capítulo 12 concentrou-se na configuração do Internato Médico. A análise dos estágios curriculares obrigatórios (internatos), revela um fortalecimento normativo voltado à garantia da qualidade formativa e à segurança do estudante. As diretrizes estabelecem que o internato deve ocupar, no mínimo, 35% da carga horária total do curso, concentrando-se prioritariamente nos últimos 4º semestres, embora se observe uma tendência de antecipação para o 8º período em diversas instituições.

O grupo destacou que a mudança significativa em relação a 2014 é a equiparação da carga horária entre Urgência/Emergência e Medicina de Família e Comunidade (MFC), que juntas devem somar ao menos 30% do estágio. A carga horária destinada a atividades teóricas foi restringida a um intervalo entre 5% e 15%, priorizando o componente prático-assistencial. O rol de áreas obrigatórias foi expandido, incluindo agora, de forma explícita, a Saúde Mental, a Traumatologia/Ortopedia e a Terapia Intensiva (UTI).

Destaca-se a obrigatoriedade da avaliação de competências ao final do 8º período, etapa crucial para autorizar o ingresso do discente no estágio profissionalizante. As diretrizes trazem clareza sobre a jornada de trabalho, permitindo plantões de até 12 horas ininterruptas e assegurando a obrigatoriedade do período de descanso pós-atividade, harmonizando a formação com a realidade da prática médica.

Um ponto nevrálgico discutido refere-se à natureza da preceptoria em hospitais conveniados. Discutiu-se o papel essencial de preceptores e professores, bem como a importância do COAPES (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde) como dispositivo de integração ensino-serviço. Questiona-se a sustentabilidade do modelo de contratação direta pelas escolas versus o regime de supervisão mediado por convênios e bolsas de preceptoria.

Outro ponto, é permissão de até 25% da carga horária seja realizada fora da instituição de origem, impondo à escola o desafio logístico e pedagógico de garantir a supervisão efetiva desses estudantes em cenários externos.

Tópicos do Flipchart do Grupo:

- 35% horário do curso em internato.
- Obrigatoriedade do Estágio MFC com carga horária proporcional (cursos) em relação à UE.
- Áreas verdes x Plantões 42h : As 2 áreas verdes (não entra discurso pós plantão)
- Inclusão do internato de saúde mental. (Valorização de S. Mental)
- Desafio da inclusão dos conhecimentos de medicina intensiva e traumato-ortopedia, sobretudo no interior.
- 5 a 15% da carga horária total para com teórica
- Não há mais restrição de nº de alunos para estágios externos
- Supervisão: Preceptor = Professor
- Avaliação → Contínua, específica e estruturada.



- Final do 4º ano = TP Nacional ABEM
- A Traumato-ortopedia poderá entrar em outro estágio?
Ex. Urgência - Dúvida para/ discussão

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

O debate acerca do Capítulo 13, o cuidado emergiu como categoria central na tríade educando-educador-instituição. O conceito de cuidado é aqui compreendido pelo grupo como: "um fenômeno indissociavelmente relacional e uma práxis pedagógica". Ele se materializa por meio de elementos estruturantes como o vínculo, a escuta qualificada, a intencionalidade dialógica e o reconhecimento da alteridade. Esta perspectiva abrange tanto o educando quanto o educador, estabelecendo uma ética de corresponsabilidade no processo formativo.

No âmbito discente, o cuidado articula-se em torno do trinômio inclusão, acessibilidade e permanência. Tais elementos não são meros acessórios, mas componentes intrínsecos à qualidade da educação médica. Defende-se que o suporte ao estudante deve transcender a esfera do autocuidado individual, consolidando-se como uma rede de proteção e uma cultura inclusiva.

A garantia da acessibilidade e permanência é reafirmada como uma responsabilidade social das instituições. Isso exige a tradução de intenções em políticas institucionais robustas, voltadas ao enfrentamento de padrões excludentes. O cuidado, portanto, assume um caráter político de resistência e transformação, exigindo: O reconhecimento e a denúncia de padrões sistêmicos de exclusão; O enfrentamento direto e institucional ao racismo, ao sexismo e ao capacitismo;

A desconstrução de paradigmas que historicamente marginalizam corpos e saberes na academia.

Outro ponto de destaque foi a integração formal de áreas verdes ao cotidiano acadêmico, compreendendo-as como dispositivos de promoção do bem-estar, autonomia e desenvolvimento pessoal. Paralelamente, delimitou-se o papel da mentoria, voltada ao suporte ético e à construção da identidade profissional, em distinção à tutoria, caracterizada como estratégia pedagógica de acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem.

O capítulo destaca a transição de um cuidado meramente individual para uma política institucional de bem-estar, fundamentada na integração formal de espaços de respiro e suporte nos currículos médicos, inclusive durante o internato. As "áreas verdes" (períodos livres na grade) deixam de ser compreendidas como: "tempo de lazer para serem alçadas à condição de permanência". O grupo ressalta que o perfil do estudante de medicina mudou, é necessário conciliar a graduação com atividades laborais ou de subsistência torna a área verde um dispositivo de equidade.

Questiona-se a fragmentação desses períodos (minutos dispersos) *versus* a necessidade de turnos longos e efetivos que permitam o desenvolvimento pessoal e a organização da vida do estudante.

A mentoria é um espaço focado no desenvolvimento pessoal, ético e na construção da identidade profissional do educando. E a tutoria é um dispositivo de natureza estritamente pedagógica, voltado ao suporte no processo de aprendizagem e aquisição de conhecimentos teóricos. Inovando na perspectiva da saúde do trabalhador em educação, o capítulo reconhece



que o autocuidado do docente e do preceptor é insuficiente se não for sustentado por políticas institucionais.

É necessário o fomento de ambientes seguros, éticos e respeitosos, livres de represálias e sensíveis à diversidade entre os próprios educadores. A promoção da saúde mental docente é apresentada como condição indispensável para a sustentabilidade do processo de ensino-aprendizagem, tanto em sala de aula quanto nos cenários de prática.

Tópicos do Flipchart:

- Conceito de Cuidado: processo relacional, vínculo, escuta ativa, intencional, diálogo, afeto e partilha. Desigualdades sociais resgatadas nas narrativas, valorizar diversidade e pluralidade.
- Inclusão, acessibilidade e permanência estudantil
Redes de cuidados: pertencimento Cultura inclusiva: responsabilidade social Políticas institucionais, relações pedagógicas Romper/abordar marcadores sociais / iniquidades
- Áreas Verdes no Currículo: tempos de cuidado, descanso e desenvolvimento pessoal.
- Mentoria: desenvolvimento pessoal, ético, identitário
- Tutoria: dispositivo pedagógico e acompanhamento do processo de aprendizagem. → Formação docente e preceptor
- Cuidado, Autocuidado e Saúde Mental do docente e preceptor
- Autocuidado individual é insuficiente, política institucional de valorização.

- Práticas institucionais indutoras de ambientes seguros, éticos e respeitosos.

FORMAÇÃO DE EDUCADORES (MESA 4 – VERDE)

O tema que diz respeito ao capítulo 14 foi discutido pelo grupo. A ênfase destacada pelo grupo foi o Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente (NAPED). A inclusão do NAPED como exigência normativa nas DCNs 2025 reforça a necessidade de as instituições de ensino médico estruturarem programas permanentes de suporte pedagógico. O grupo destaca que a eficácia deste núcleo está condicionada, primordialmente, à manutenção e fixação do corpo docente e de preceptores; em contextos de elevada rotatividade, o esforço de capacitação torna-se inócuo. Portanto, o engajamento e o vínculo institucional são precursores indispensáveis ao desenvolvimento profissional.

Para que o processo formativo docente seja efetivo, o grupo elenca critérios fundamentais: intencionalidade e base teórica (ODD deve possuir clareza pedagógica e fundamentação sólida); pertinência ao mundo real (As ações precisam dialogar com a prática profissional cotidiana e os desafios assistenciais); longitudinalidade (superção de intervenções pontuais em favor de trilhas formativas contínuas, baseadas em um diagnóstico inicial que considere as necessidades de docentes, discentes e da comunidade); avaliação e monitoramento (o processo exige mecanismos de feedback e correção de rota, sempre alinhados às diretrizes do SUS);

O desenho do desenvolvimento docente estrutura-se em uma matriz que combina duas dimensões: desenvolvimento informal, desenvolvimento formal e coletivo. A execução do programa de desenvolvimento docente deve estar intrinsecamente vinculada aos interesses estratégicos



da instituição, respeitando as variações e especificidades da realidade local. O NAPED, portanto, atua como o eixo de sustentação que atualiza e executa essas trilhas formativas, garantindo que o corpo docente acompanhe a evolução das competências exigidas pela nova normativa.

Tópicos do Flipchart:

- Formação do NAPED
- Desafio: elevada rotatividade
- A trilha de capacitação
- A consistência através discente
- A descarga com múltiplos
- A inclusão de preceptores
- Valorização

Gestão da Escola Médica (mesa 5 – azul)

O Capítulo 15 reafirma a gestão participativa não apenas como um modelo administrativo, mas como um elemento intrinsecamente pedagógico e formativo no âmbito das DCNs 2025. A governança da escola médica deve fundamentar-se em princípios de transparência, diálogo e responsabilidade social, garantindo que o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) guarde estreita coesão com as diretrizes nacionais para uma prática efetiva no território.

O debate central do grupo questionou a identidade dos sujeitos da gestão: é preciso expandir o conceito de “gestor” para além das figuras tradicionais (coordenação de curso e NDE), envolvendo efetivamente discentes, técnicos e a comunidade. A institucionalização de espaços colegiados e de

instâncias de controle social no SUS é vista como essencial para fomentar uma cultura de reflexão sobre a prática e fortalecer o sentimento de pertencimento, acessibilidade e inclusão.

O Núcleo de Estruturante Docente (NDE) é identificado como o grande articulador institucional, devendo atuar em sinergia com o NAPED e as comissões de avaliação (CPA). Esse arranjo visa: A implementação de metodologias ativas e inovadoras; o monitoramento contínuo da organização curricular; a integração ensino-serviço-comunidade como eixo estruturante da formação no SUS.

O grupo pontuou que a viabilidade da gestão e da reforma curricular depende da análise crítica de quatro pilares: condições humanas e sociais (valorização e saúde dos atores envolvidos); condições institucionais e orçamentárias (sustentabilidade financeira e infraestrutura, reconhecendo as distinções entre os contextos público e privado); recursos tecnológicos (integração da inovação à gestão acadêmica). O grupo finaliza ressaltando a importância de definirmos quem são os gestores, afirmando que para uma gestão participativa os gestores não podem ser apenas o coordenador ou presidente do NDE.

Tópicos do Flipchart:

- Ênfase do capítulo 15, Gestão da Escola Médica
- Gestão participativa (pontes estruturantes da gestão)
- Transparência (diálogo com toda a comunidade acadêmica)
- Responsabilidade social
- O PPC não se limita a um documento formal, mas se traduz em práticas pedagógicas efetivas.



- Relevância do NDE
- Principal problema: Operacionalização do Gestor Coordenador detém o conhecimento, mas não é gestor; principalmente escolas pequenas.
- Gestão: CPA / NAPED / NDE → Docente (educação continuada) → Coordenador de curso → Núcleo psicopedagógico discente (saúde mental) → Espaços colegiados com participação discente e técnico-administrativos.
- Estabelecer coesão entre DCN e PPC.
- Falta: Definição de quem é o gestor da escola médica? *Lacuna!* No capítulo: Existe uma necessidade em formar o gestor?
- Gestão da saúde: aspecto da DCN;
- Definição da área verde? Fica a cargo da instituição (?) Pode ser 30 min; 1 dia;
- Avaliação pré-internato: como será?
- internato (30% CH prática de UE e MFC} máx 15% ch teórica

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

O Capítulo 16 evidenciou uma estrutura teórico-metodológica consistente e bem fundamentada sobre a avaliação no ensino médico. O grupo destacou a importância da monitorização sistemática dos três domínios de competência (cognitivo, psicomotor e afetivo), estruturada a partir de um modelo de avaliação programática.

Entre as estratégias centrais, enfatizou-se o papel da avaliação formativa (*Low Stakes*) frequente, que, apoiada por feedbacks documentados, portfólios eletrônicos e processos de mentoria, permite o acompanhamento longitudinal do estudante. Complementarmente, a avaliação somativa foi discutida como dispositivo essencial nas unidades curriculares e nos marcos de transição do internato, fundamentando as tomadas de decisão sobre a progressão acadêmica.

Ressaltou-se, ainda, que o objetivo final desses processos é garantir que o egresso exerça a medicina de forma autônoma e socialmente responsável. Para viabilizar essa cultura avaliativa, o grupo apontou como indispensável a consolidação de comitês de avaliação. Tais instâncias, de caráter colegiado, devem atuar não apenas no acompanhamento discente, mas como órgãos estratégicos para a identificação de lacunas e a implementação de melhorias contínuas no projeto político pedagógico (PPC).

Tópicos do Flipchart do grupo :

- Capítulo bem estruturado e fundamentado para que possamos compreender a proposta de avaliação das DCNs.
- Síntese do capítulo (p. 171): Itens A e B.
- Na avaliação formativa é dado ênfase ao feedback, portfólio eletrônico e mentoria.
- Na avaliação somativa, além das avaliações dentro das unidades curriculares, são propostos dois momentos de tomada de decisão para progressão (pré-internato e final do curso), de maneira a garantir ao estudante e futuro médico as condições essenciais para a prática da medicina de maneira autônoma e com a necessidade de supervisão direta.



- É prevista a instituição de um Comitê de Avaliação para decisões colegiadas, acompanhamento dos estudantes e implementação de melhorias no PPC.

AS DISCUSSÕES DURANTE A APRESENTAÇÃO DO GRUPO TIVERAM COMO:

As discussões registradas revelam uma preocupação central com a dicotomia entre as diretrizes normativas de formação e a viabilidade operacional nas escolas médicas. Um dos pontos de maior tensão reside na organização da carga horária discente, especificamente na implementação das chamadas "áreas verdes". Embora o projeto pedagógico busque garantir espaços de autonomia e estudo independente, observa-se que o excesso de atividades complementares e extensionistas acaba por sufocar esses períodos, evidenciando os desafios impostos pelo currículo oculto.

A experiência relatada pela UFMG demonstra que a reforma curricular deve buscar ativamente a redução de turnos rígidos para viabilizar o descanso e a consolidação do aprendizado, sob risco de transformar a formação em um processo puramente mecânico e exaustivo.

No âmbito da integração ensino-serviço, a discussão destaca a fragilidade dos arranjos de governança, como o COAPES (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde). A ausência desse instrumento em diversas cidades brasileiras compromete a longitudinalidade da presença das Instituições de Ensino Superior (IES) no território, gerando uma concorrência desordenada por campos de prática. Essa dificuldade é agravada pelas desigualdades regionais; a carência de infraestrutura crítica, como leitos de UTI em determinados municípios, impõe desafios logísticos severos à distribuição dos estágios de internato em áreas como traumatologia e ortopedia. Portanto, defende-se que a avaliação regulatória, muitas vezes conduzida

pelo MEC, não deve ser um fator de enrijecimento, mas sim um processo sensível à heterogeneidade e aos contextos locais do Brasil.

Por fim, emerge uma reflexão ética fundamental sobre a sustentabilidade do processo formativo. Indicam que a abordagem do autocuidado individual é insuficiente para responder ao desgaste físico e mental dos estudantes. Propõe-se, em substituição a esse modelo individualizante, a construção de políticas institucionais de valorização, capazes de induzir ambientes de ensino seguros e respeitosos. Isso implica que a saúde do educando deve ser tratada como um compromisso ético da gestão universitária e do serviço de saúde, garantindo que as correções pedagógicas, como o ajuste na mentoria e a revisão de fluxos de estágio, sirvam como ferramentas de proteção à vida e à qualidade da formação profissional.

SALA B (AMETHYST) – RELATORIA/LENIRA RIBEIRO

O grupo foi composto por 32 pessoas e foi conduzido por Rodrigo Silveira e Sylvia. Os coordenadores da sala organizaram a distribuição dos participantes em seis mesas, a cada mesa foi atribuída uma cor, com cinco ou seis pessoas por mesa, com representantes dos gestores, docentes, discentes, entidades e a escola. Foi colocada uma comanda em cada mesa com as orientações sobre a atividade e antes de iniciar Rodrigo fez a leitura da comanda. Cada mesa possuía o QR Code para acesso ao caderno de orientação de implementação das DCN, papel e canetas pilot. No primeiro momento os integrantes dos grupos terão cinco minutos para a leitura individual do capítulo 2 Educação Baseada em Competência, no caderno, por se tratar de tema central, transversal e estratégico para organização do processo pedagógico dos cursos. Em seguida, o grupo iniciou a segunda atividade proposta.



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

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

Inicialmente o grupo fez um debate sobre a importância sobre a integração, colaboração ativa, transformação social, extensão/pesquisa, longitudinalidade e inter-relação. Os demais integrantes do grupo concordam e outro integrante trouxe o desafio da formação de preceptores e a inter profissionalização. Foi falado também sobre a monitorização e avaliação do serviço, metodologias de ensino na prática. Os discentes participantes do grupo destacam a importância do capítulo sobre alinhar a formação médica às necessidades e prioridades de saúde da comunidade e o currículo centrado na pessoa.

Outros desafios destacados foram, a organização e prática curricular orientada pelo território e a preceptoria social. Foi levantado o questionamento sobre intervenção apenas em sala de espera e uma discussão sobre outras possibilidades, e como a comunidade avalia e monitora, do ponto de vista da responsabilidade social.

Mesa 2 – Internato (laranja)

Foi discutido no grupo a proporcionalidade entre medicina de família e urgência com 30%, com o internato passando pela traumatologia, medicina intensiva e o quanto

isso pode ser importante para o recém-formado pois a porta de entrada dele é a atenção primária e a UPA. Como sugestões foi colocado, o internato de Saúde Coletiva deve dialogar com outras áreas como uma unidade curricular, em cada área identificar uma problemática e trabalhar em conjunto; a ênfase da gestão nessa fase do curso pode desinteressar os alunos e uma alternativa é a aprendizagem baseada em projetos na APS.

Pontos importantes da discussão:

- Manter as 40 horas garantidas pela lei do estágio e não ultrapassar;
- Área Verde: há desafios como fazer o planejamento devido mudanças de plantões, a dificuldade é manter a área verde fixa;
- Estágios fora da sede: em instituições externas conveniadas, mas com possibilidade de o aluno propor essa parceria;
- Obrigatória carga horária teórica ajuda no realinhamento para o próprio internato, com aula, orientações e discussão de casos;
- Obrigatória supervisão do docente no estágio para vínculo de aprendizado e não de interno "tocando serviço";
- Dificuldade na qualificação dos preceptores para avaliações críticas e feedback para aluno (cognitiva, habilidades, psicossocial/emocional) junto a rotatividade dos preceptores;
- Grande dificuldade na avaliação contínua do aluno e o aluno precisa de feedback imediato que não acontece regularmente ou com a maturidade necessária;



- Necessidade de capacitação do preceptor;
- Trazer investimentos na formação de preceptores para o internato assim como ocorre na residência.

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

O capítulo enfatiza sobre as práticas de cuidado na formação médica que inclui práticas realizadas pelos estudantes, pelos educadores, pela instituição com integração a políticas públicas de suporte e apoio. Levanta a questão de que “quem trabalha com cuidados, também precisa de cuidados”.

Pontos importantes da discussão:

- Políticas de inclusão, respeito à diversidade, acessibilidade, segurança;
- Políticas de permanência do estudante;
- Áreas verdes, autocuidado, saúde mental;
- Mentoria e Tutoria;
- Política de valorização dos educadores NAPED;
- Desafios: carga horária do curso, capacitação docente, orçamento

Mesa 4 – Formação de Educadores (Verde)

O marco normativo do desenvolvimento conforme as DCN 2025 no seu artigo 21º determina a instituição do Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiências Docente – NAPED, tal integração institucional na capacitação contínua necessita alinhamento com PPC e Perfil do egresso almejado.

O capítulo diferencia os papéis complementares de docente e preceptores, sendo fundamental a comunicação entre esses atores.

Mandatário é o diagnóstico do cenário docente institucional para o planejamento pertinente, nesse processo de autoavaliação docente, feedback estruturado ao discente, contexto e entendimento das demandas institucionais e assistenciais (SUS) das comunidades de práticas.

Todos esses aspectos e sua implantação com núcleo têm desafios e peculiaridades nas diferentes instituições, sendo essencial para a operacionalização tempo protegido e de fato o desenvolvimento docente fazer parte da estrutura do grupo.

Mesa 5 – Gestão da Escola Médica (Azul)

- NDE – Condução do projeto acadêmico do curso;
- NAPED – Apoio pedagógico e desenvolvimento docente;
- Inclusão e Acessibilidade – Ambientes institucionais equitativos, seguros e acolhedores;
- Gestão participativa – Princípios da participação, transparência e corresponsabilidade;
- CPA – Construção compartilhada de soluções, enfrentamento de desafios curriculares e adaptação do curso às necessidades sociais de saúde e aos contextos sociais;
- Saúde mental e Autocuidado – Permanência e sucesso acadêmico;
- PPC – Operacionalização do PPC com práticas pedagógicas efetivas;



- Metodologias ativas de aprendizagem – Promover participação ativa do estudante;
- Infraestrutura – Adequada para implementação do PPC;
- Sustentabilidade financeira;
- Articulação ensino, pesquisa, extensão e residência médica;
- COAPS – Inserção institucional junto aos gestores públicos do SUS;
- Integração curricular, interdisciplinaridade

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

Avaliação Programática:

Contemplar dimensões formativas, somativa e formativa diagnóstica e assegurar devolutiva individual obrigatória, oportuna e qualificadora (feedback);

Ao menos uma avaliação somativa abrangente anterior ao início do internato;

Fundamentos:

Decidir sobre progressão, oferecer feedback, ajustar a aprendizagem e aprimorar o programa educacional;

Avaliação:

- Comitê de avaliação
- Diversificação das formas

- *Low stakes*
- Remediação estruturada
- Melhora do PPC

Discussões durante as apresentações

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

Durante a apresentação foi discutida a necessidade de clareza em relação a orientação do ensino a partir do território constituindo um desafio que precisa ser bem feito e não intervencionista. A formação centrada no estudante também foi discutida, destacando a articulação e diálogos mais robustos entre as áreas e não apenas na atenção básica. Foi colocada a ausência de outros pontos da rede e de forma interprofissional e intercomunitária, assim como a necessidade de esclarecer as formas de avaliação.

Mesa 2 – Laranja (Internato)

A discussão iniciou com destaque para medicina da família e comunidade e urgência para as áreas e a sugestão de colocar a saúde coletiva em todos os internatos. O grupo chamou atenção para a falta de interesse dos estudantes pela atenção básica. Foi levantada a questão da carga horária e a importância da área verde fixa diante do cenário de plantões, podendo o aluno propor convênios, a obrigatoriedade da supervisão e o problema da falta de formação de preceptores, dificultado também pela rotatividade dos profissionais.



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

A discussão durante a apresentação da mesa 3 girou em torno dos principais pontos identificados no caderno, apresentado em forma de nuvem de palavras (Cuidados, Acessibilidade, Mentoria, Autocuidado, Inclusão, área verde, Diversidade, Permanência) e exemplificando com a realidade que a universidade atua, com o desafio da permanência dos docentes no curso, o plano de desenvolvimento pessoal difícil de colocar em prática, dificuldade de implantação do núcleo de saúde mental específico para o curso de medicina.

Garantia da diversidade, segurança, ética, saúde mental para os estudantes se sentirem acolhidos, controle rigoroso de orçamentos.

Mesa 4 – Verde (Formação de Educadores)

A discussão girou em torno do NAPED e do perfil do egresso como parâmetro para pensar o aprimoramento na formação docente e do preceptor, fazer diagnóstico para pensar o planejamento efetivo e o desafio da alta rotatividade dos docentes, professores, médicos e não médicos.

Mesa 5 - Azul (Gestão da Escola Médica)

Foi trazido o papel importante das DCN para dizer como o ensino médico deve acontecer, a importância da aplicação das DCN, a sub-representação dos discentes e o papel da gestão médica em cada instituição para viabilização da implantação das DCN.

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

Foi feita a sistematização com os tipos de avaliação e os reflexos na melhoria do PPC

Os participantes dos grupos discutiram os diversos temas apresentados e trouxeram experiências vivenciadas em suas realidades nas instituições, como o respeito da hora protegida para formação de docentes por uma semana por mês, a necessidade do currículo ser pensado junto com a comunidade, a preocupação de como as mudanças nas DCN serão absorvidas pelos estudantes, o papel da gestão da escola médico como eixo estruturante para colocar as DCN em prática, sugestão de implementação de EPAS na graduação, pensar no papel do gestor das escolas médicas, avaliação programática, dificuldade de implantação de NDE em algumas escolas em função das burocracias e por problemas entre docentes e sobre a preocupação com as mudanças na avaliação transformando em mais uma prova para o estudante.

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

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

Após o intervalo para o almoço a equipe de coordenação orientou os participantes retornarem para suas mesas originais, seus grupos monocromáticos e suas respectivas atribuições no Grupo. A comanda impressa nas mesas foi lida na íntegra, pela coordenação de sala antes de iniciar as atividades, checando



a compreensão das atividades e esclarecendo dúvidas. Os grupos foram orientados a realizarem acolhimento com a apresentação da síntese construída para as pessoas que não participaram do turno da manhã.

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

SALA B (AMETHYST) – RELATORIA/LENIRA RIBEIRO

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

Desafios:

- Integralização, padronização e metodologia nos diferentes campos de prática;
- Individual e Instituição: como dar continuidade depois que muda a gestão?
- Como trazer a comunidade para opinião dentro do projeto pedagógico?
- Interprofissionalização, padronização entre campos: um gestor recebe a equipe de um jeito e o outro gestor recebe de outro jeito;
- Estrutura – espaço físico.

MESA 2 – LARANJA (INTERNATO)

- Em faculdades recentes com COAPES (contrato organizativo de ação pública ensino e saúde - todos os campos de prática com todas IES) tem maior facilidade de aderir as novas DCN;
- Favorecendo a formação pedagógica do docente preceptor;
- Campos de prática reduzidos podem dificultar as áreas de internato em comparação a grande expansão de vagas;
- Os apontamentos sobre modelos avaliativos são um ponto crítico devido a falta de formação dos preceptores;
- Alinhar o modelo avaliativo do internato com a residência; "interno tocando serviço";
- Área verde como obrigação e articulação com a rede devido a necessidade desse aluno ter que se ausentar do atendimento (em casos de MFC)

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

O capítulo traz possibilidade de propostas práticas como:

- Implantação do NAPED
- Mentoria
- Tutoria
- Núcleos de apoio psicossocial/pedagógico
- Desenvolvimento docente



- Integração ensino-serviço
- Políticas inclusivas
- Previsão legal / orçamento
- Adequação da matriz curricular para monitoria e tutoria

MESA 4 – VERDE (FORMAÇÃO DE EDUCADORES)

No período da tarde as discussões do grupo 4 versaram sobre a aplicabilidade nos diferentes cenários/realidades institucionais:

As instituições representadas têm realidades distintas: NDD atuante e necessitando de aprimoramento para comportar as DCN atuais para atuação contemplada no NAPED e instituição sem NDD/NAPED;

A proposta de implantação ideal sugerida e/ou adequada seria no NDD visando e estimulando a titulação docente, frente ao diagnóstico institucional e contínuo conforme realidade local primária. Frente tal diagnóstico esperam-se duas situações: Docentes iniciando as práticas pedagógicas (novos docentes) e aqueles já com experiência e já inseridos em programas de educação continuada institucional.

Sugerir a capacitação para novos docentes em módulo inicial contemplando atribuições docentes, sistemas institucionais, metodologias, avaliação e feedback. Para o grupo de professores em educação continuada também mediante diagnóstico e prioridades elencadas pela instituição (conforme ciclo e momento observado), Proposta de reciclagem, atualização, novas competências, temas contemporâneos, novas DCN, SUS, IESC, feedback, entre outros.

Ambos os grupos docentes requerem acompanhamento tratativas em situações especiais, observação de indicadores como IDD e CPA para monitoramento e desempenho docente.

MESA 5 - AZUL (GESTÃO DA ESCOLA MÉDICA)

- Metodologias ativas de aprendizagem promover a participação ativa do estudante
- Infraestrutura adequada para implementação do PPC
- Sustentabilidade financeira
- Articulação ensino pesquisa extensão e residência médica
- COAPS inserção institucional junto aos gestores públicos do SUS
- Integração curricular e interdisciplinaridade

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

- Comitê de avaliação
- Diversificação das formas de avaliação
- Remediação estruturada
- Melhora do PPC

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, por 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

Consigna grupos monocromáticos pós momento com os especialistas nas mesas arco íris. O que aprendemos do coletivo? A partir das discussões do arco íris, sistematizam dizendo os principais desafios e como podemos colaborar para preencher essas lacunas

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

Contribuições do caderno destacadas pelo grupo:

- Reflexão sobre avaliação e monitoramento do COAPS frente às necessidades de saúde da comunidade, por meio de indicadores ou instrumentos específicos;
- Fornecer subsídios para a construção/implantação do COAPES nas instituições que não possuam;
- Indução para a implementação da curricularização da extensão (ou estímulo);
- Reconhecimento institucional na formação profissional e pedagógica dos preceptores da Rede;

- Aprendizagem significativa das dimensões biopsicossocial ambiental;

Desafios destacados pelo grupo

- COAPS, fortalecer e monitorar, incentivar a implementação
- Fortalecer o SUS, "Sistema Municipal Saúde-Escola" e Lei 80/80
- Capacitação e envolvimento dos docentes
- Gestão acadêmica e universitária
- Definir o papel da curricularização da extensão na prática
- Valorização do Docente
- Avaliação programática → Somativa / Formativa

Mesa 2 – Internato (laranja)

Contribuições do caderno destacadas pelo grupo:

- COAPES
- Capacitação Preceptor não Docente
- Diretriz ajuda a definir de forma efetiva a CH, duração de cada Estágio
- Aplicação / Normatização das Áreas Verdes
- Implementação efetiva de gestão hospitalar no internato (matriz curricular/emental)
- Desenhar a matriz de competência para cada área de Estágio (EPAs)



- Padronizar as avaliações em cada Estágio (habilidades, feedback, OSCE)

Desafios destacados pelo grupo

- Pactuação c/ gestão
- Definir território de atuação
- Contratar prof. de serviço
- Capacitação da equipe na Universidade
- Como operacionalizar as áreas verdes
- Melhor definição da matriz de compet. em cada estágio
- Operacionalizar a avaliação do internato na DCN 25
- Implementar mentoria
- Cuidado c/ o docente
- Falta de um engajamento docente
- Valorização da carreira e programa de acolhimento
- Incentivos participação docente em cursos de gestão
- Gestão Participativa e coparticipativa
- Inclusão do discente em todas as etapas

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

Contribuições do caderno destacadas pelo grupo:

- Inclusão, permanência, acessibilidade
- POLÍTICAS DE INCLUSÃO ESTRUTURADAS: Áreas de convivência; Bolsa de apoio à permanência; Alimentação subsidiada; Transporte; Moradia

- Áreas verdes / janelas curriculares qualificadas
- O que são, quando, quanto tempo: 1 período/sem?; 2 períodos/sem?; Inclusão em todos os períodos (1-12)
- Ausência de atividades curriculares
- Mentoria / Tutoria
- Mentoria = desenvolvimento pessoal, ético e identitário
- Tutoria = dispositivo pedagógico de acompanhamento da aprendizagem
- Mentoria / Tutoria = Institucionalizar e Capacitar docentes
- Cuidado, autocuidado e saúde mental do educador
- Institucionalizar - NAPED
- Autocuidado individual, embora necessário, é insuficiente

Desafios:

- Falta de um engajamento docente
- Valorização da carreira e programa de acolhimento
- Incentivos participação docente em cursos de gestão

Mesa 4 – Formação de Educadores (Verde)

Contribuições do caderno destacadas pelo grupo :

- NAPED DA MÉDICO (específico do curso)
- INSTITUCIONALIZAÇÃO SÓLIDA



- Planejamento de médio/longo prazo
- CH - Docente Específica
- Participação Discente Formal no NAPED
- Participação Discente Formal no NAPED
- Inclusão dos preceptores no Programa de D.D.

Desafios destacados pelo grupo

- Capacitação docente / Adesão discente
- Implementação da mentoria → Tempo;
- Implementação das áreas verdes no internato;
- Disponibilidade e interesse docente para atividades de mentoria e capacitação;
- Não participação em projetos de desenvolvimento docente
- Desconhecimento institucional de iniciativas para promoção de saúde mental docente;
- Horário protegido/remunerado para capacitação e/ou autocuidado docente;

Mesa 5 – Gestão da Escola Médica (Azul)

Contribuições do caderno destacadas pelo grupo :

- Institucionalização / Educação Permanente
- Funções e Papéis Definidos;
- Qualificação;
- Núcleos e Comissões;

- Motivação para mudança;
- ↑ Sedimenta Gestão Participativa;
- ↓ Redução de previsões orçamentárias;

Desafios

- Gestão Participativa e coparticipativa
- Inclusão do discente em todas as etapas
- Motivação e Envolvimento;
- Metrificar Problemas da Gestão;
- Garantir Avaliações Periódicas;
- ↓ Gestão Qualificada;
- ↓ Recursos Financeiros;
- Promover cuidado docente;
- Rotatividade docente;
- Para Abem mais educação médica acessível;

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

Contribuições do caderno destacadas pelo grupo :

- Diversificar a base de avaliações
- Capacitar o NDE local → Diálogo com os docentes
- Personalizar instrumentos avaliativos (pré e pós-internatos)



- Instruir como montar/manter o Comitê de Avaliação Institucional
- Fomento ao PAIR (Plano de Ação Individualizado de Remediação) / Reformulação do PPC

Desafios

Avaliação Programática

- Necessidade de capacitação NDE/Docentes
- Como engajar os docentes?
- Necessidade de processos institucionais
- Estruturação-PAIR: nº de discentes; Carga horária protegida; Incentivos (Macro e Micro);
- Links para instrumentos de avaliação/operacionalização
- Garantir a participação discente

SALA B – RELATORA/LENIRA

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

- Os temas discutidos pelo grupo foram a instituição do COAPS – MS- CONASEMS-COSEMS
- A partir da relação ensino serviço bem estruturado criar um fluxo e estruturar para a implementação.
- Diálogo entre o MEC e o Ministério da saúde

Transcrição do conteúdo do Flipchart

Sugestões

- Institucionalização da IESC
- COAPS – Escolas, CONASEMS – COSEMS
- Integração com a Comunidade/ Gestão/ MEC/ MS
- Serviço e Comunidade dentro do PPC nos 3 níveis de atenção
- Interprofissionalismo junto com o serviço
- Seleção de preceptoria adequada com atribuições claras
- Formação de docentes e preceptores
- Estratégias de ensino aprendizagem
- Avaliação no serviço
- Integração com a residência
- Cultura da formação médica com responsabilidade social

Mesa 2 – Internato (laranja)

Lacunas e desafios

- Integração internato residência
- Formalização do COAPS
- NAPED para docentes e preceptores
- Implementação da área verde
- Avaliação programática



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

- Institucionalização ensino serviço (COAPS);
- Parceria comunidade-escola-serviço;
- Política institucional interprofissionalismo;
- Capacitação docente;
- Núcleo formação de preceptores;
- Integração com a residência médica;
- Campos de estágio
- Área verde;
- Criar comissão de mentoria;
- Criar comissão de acessibilidade;
- Como formar um médico para ser docente?
- Motivações (pública/privada) para participar das capacitações

Mesa 4 – Formação de Educadores (Verde)

O grupo discutiu os desafios, aprendemos com o coletivo a necessidade de fortalecer a participação do profissional médico no desenvolvimento docente e estratégias para tal participação e no uso racional de recursos tecnológicos.

Também sinalizado a necessidade de institucionalizar a implementação da formação junto à equipe multiprofissional incluindo os cenários de residência na graduação e diálogo na formação multinível. Contemplar no plano de carreira docente a participação nas atividades de capacitação e considerar a visão do discente no processo.

Transcrição do Flipchart

- NAPED
- Institucional plano PPC de acordo com o perfil do egresso
- Pensar formação de docentes e preceptores
- Fazer um diagnóstico para planejamento
- Autoavaliação docente
- Feedback do discente
- Entender as demandas locais

Mesa 5 – Gestão da Escola Médica (Azul)

Transcrição do conteúdo do Flipchart Lacunas no Caderno

- Vocação institucional
- Permanência estudantil
- Falta de estímulo para adesão ao NAPED
- Sufocamento fiscal para implementação de mudanças estruturais
- Ausência de programas de desenvolvimento docente capacitação para o uso de TICS sobretudo inteligência artificial

Sugestões

- Educação baseada em competência
- Avaliação



- IESC
- Formação docente
- Internato – Mentoria, Tutoria, Suporte psicopedagógico, PDP
- Cuidados e autocuidado - Cuidado e autocuidado, Projeto orientador, Políticas institucionais, Hora protegida, Valorização plano de carreira
- A gestão da escola é de todos

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

- Comitê de avaliação
- diversificação das formas
- Low stakes
- Remediação estruturada
- Melhora do PPC
- Transcrição do conteúdo do Flipchart

Lacunas

- Diferenças diferentes realidades
- Diversidade de formas de avaliação
- Capacitação docente
- Sistematização dos dados
- Plano de ação individual
- Exemplificação de caminhos
- Passos claros

Sugestões

- Avaliação com engajamento da preceptoria
- Ambulatório com responsáveis e envolvidos docentes e preceptores
- Participação discente no processo formativo
- Feedback para grupos maiores e acompanhamento individual e regular
- Uso de inteligência artificial para feedbacks e avaliações de forma crítica e ética
- Avaliação institucional do docente e também do discente

SÍNTESE DE ESPECIALISTAS MONOCROMÁTICOS DE TODAS AS SALAS PLENÁRIA

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

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



Sorteio:

Mesa Laranja da Sala 1 – INTERNATO

O grupo aponta como desafio o contrato organizativo (COAPS) que muitas escolas encontram dificuldades em implementar e devemos sensibilizar o gestor que a formação tem de ser no ambiente do SUS, com sugestão de realização de intercâmbio entre as escolas, com propostas de capacitação para viabilizar a realização de bom trabalho; organização da semana padrão já pensar a área verde para viabilizar o auto cuidado e não sobrecarregar os estudantes; construir uma matriz de competências para cada estágio específico, com apoio da ABEM linkada a avaliação (como aferir se o estudante atingiu a competência desejada?). Muitas escolas têm dificuldade de definir áreas verdes para os estudantes de internato. Devemos lembrar que estudantes não são residentes. Contratação de professores substitutos para apoio. Gestão compartilhada com a participação dos estudantes. Capacitação dos docentes

Internato Sala 2 aponta a necessidade do núcleo de desenvolvimento docente para o docente e para o preceptor utilizando os índices de avaliação (NAPED envolvido com o preceptor também), avaliação programática.

Desafios

- Realização dos contratos COAPES, escolas que não consegue realizar os contratos;
- Definir áreas verdes na semana padrão;
- Construir uma matriz de competência por área de estágio
- Gestão compartilhada, a exclusão da participação dos estudantes dos espaços de decisão;

- Avaliação contínua
- Interprofissional, como organizar o internato nesse sentido e como propor avaliações com foco na interprofissionalidade

Propostas

- sensibilizar os gestores
- intercâmbios
- Oferta de capacitação aos serviços com contrapartida
- Vínculo com os preceptores
- Complementação
- Definir na semana padrão quais são os espaços para área verde;
- Que a ABEM elabore uma matriz de competência por estágio, algumas áreas podem ter isso elaborado por sociedades a exemplo pediatria;
- Ofertas do NAPED para docente e preceptor
- Portfólio do internato

Contribuições da plenária:

O grande desafio é a interprofissionalidade na organização dos estágios de internato, com avaliações interprofissionais e discussões interprofissionais para além da categoria médica.



Cuidado Educando/Educador/Escola (sala 2 – amarelo)

Desafios

- Hora protegida
- Permanência Estudantil está relacionar a área verde pois alguns estudantes precisam trabalhar para se manter nas escolas médicas;
- Monitoria como permanência, houve uma divergência , pois a monitoria não pode ser associado ao direito do estudante permanecer na universidade;

Propostas

- Projeto de mentoria e tutoria;
- atividades de grupo (individual e/ou em grupo)
- Valorização da participação
- Compartilhado as experiência da permanência estudantil da UFA, visto que alguns estudantes que estão com dificuldade de aprendizagem e precisa ter a hora protegida.

Grupo Amarelo Sala 1

Abordou a questão da permanência estudantil e relacionou com a área verde qualificada

A discussão do Grupo Amarelo centrou-se na responsabilidade das instituições de ensino, tanto públicas quanto privadas, em garantir a permanência estudantil por meio de políticas robustas e institucionalizadas. O grupo defendeu que programas de moradia, auxílios e bolsas não podem ser apenas iniciativas pontuais, mas devem estar

formalmente inscritos no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e na documentação institucional, sob risco de não serem cumpridos. Uma proposta discutida foi o uso da "área verde qualificada" como um instrumento de permanência, permitindo que o tempo livre na grade curricular seja utilizado de forma protegida para que estudantes com vulnerabilidade socioeconômica possam trabalhar e garantir sua manutenção nas escolas médicas sem prejuízo ao fluxo acadêmico.

CONTRIBUIÇÕES DA PLENÁRIA

A plenária trouxe contrapontos sobre a natureza desses auxílios, alertando para o perigo de confundir monitoria com política de permanência. O argumento central é que o direito do estudante de estar na universidade não deve estar condicionado a uma contraprestação de trabalho. A plateia destacou que a permanência "essencial" deve focar em necessidades básicas como alimentação e transporte, especialmente durante o internato, onde o deslocamento é intenso. Criticou-se o modelo que sobrecarrega o estudante bolsista, exigindo dele um rendimento acadêmico excepcional sob ameaça de perda da bolsa, o que gera um ciclo de estresse e aprofunda as desigualdades.

Ampliando essa reflexão, a experiência da UFA trouxe uma crítica contundente aos critérios meritocráticos institucionais. Relatou-se como o sistema tradicional pune o aluno com dificuldades de aprendizado ou retenção, ao perder o status de "aluno brilhante", o estudante perde também o direito a bolsas de pesquisa e prioridade de matrícula, sendo empurrado para horários e professores menos favoráveis, o que retroalimenta o desestímulo e a evasão. Em resposta, a UFA propôs uma mudança de paradigma através da Pró-Reitoria de Permanência Estudantil (Prape): a implementação de políticas que direcionam bolsas de monitoria, pesquisa e



mentoria especificamente como estímulo para alunos com baixo rendimento. A ideia é utilizar o suporte financeiro e acadêmico como um indutor de capacidade, combatendo a ideia de incapacidade e promovendo a equidade real no processo formativo.

Sistema de Avaliação do estudante de Medicina (Mesa – rosa Sala 2)

Desafios

- Avaliação somativa
- A falta de preparo dos docentes para utilização de metodologias como o portfólio;
- Mentoria
- comunidade prática para compartilhamento de experiências
- capacitação partindo do NDE
- Feedback Individual , como trabalhar em distintas realidades em faculdades com 120/160 estudantes;

Propostas

- Incentivos
- Mentoria e portfolio de desenvolvimento pessoal;
- Acrescentar no caderno links para acessar instrumentos de avaliação;
- Garantir a participação discente
- Metodologia de IA
- Uso da IA para avaliação

- Instrução do Docente, uso ético e crítica
- Avaliação institucional do docente e discente
- O caderno não aborda a avaliação da preceptorias, seria um elemento a se rever, sugestão do grupo;

As discussões do Grupo Rosa (Salas A e B) sobre o eixo de Avaliação, integrando as propostas dos relatores âncoras com as intervenções críticas da plateia e as diretrizes institucionais centrou-se na superação dos modelos puramente somativos em favor de uma avaliação formativa e processual, tendo o feedback individual como cerne da aprendizagem. O debate revelou um cenário de profunda heterogeneidade, onde o principal desafio é operacionalizar o acompanhamento personalizado em instituições com turmas que variam de 30 a 200 alunos.

Diante da dificuldade de fornecer feedbacks individuais para grandes contingentes, o grupo propôs a Inteligência Artificial como uma ferramenta estratégica. Foi sugerida a inclusão de treinamentos específicos para docentes, evitando a queda de qualidade na formulação e correção de provas por uso indevido da IA, foram citados exemplos da queda da qualidade na elaboração de provas com o uso de IA, a IA foi visualizada como um apoio para identificar padrões de evolução dos alunos, permitindo intervenções precoces e a construção de Planos de Desenvolvimento Individual (PDI).

A Sala A enfatizou que a reforma da avaliação não pode depender de iniciativas individuais, mas deve ser baseada em processos institucionais perenes. Acerca da capacitação docente, foi relatado muitas experiências negativas dos discentes (como o uso equivocado de portfólios) derivam do despreparo docente. Sugeriu-se que o Núcleo de Estruturante Docente (NDE) lidere esse processo de capilarização.



Acerca de Incentivos, para garantir o engajamento, propôs-se a criação de uma carga horária protegida para os docentes envolvidos na avaliação e a atribuição de valor acadêmico (equivalente à produção de artigos) para essas atividades formativas. A mentoria, aprovada para 2025, surge como uma solução para acompanhar a evolução do discente de forma qualitativa e longitudinal, substituindo a cultura exclusiva da prova pela cultura do portfólio.

As intervenções da plenária elevaram o debate para o campo da ética e da responsabilidade institucional, reconhecendo a necessidade de desconstruir o argumento de que a responsabilidade pelo sucesso profissional é apenas do indivíduo diplomado. A escola médica deve assumir a responsabilidade por todo o processo formativo, o que exige uma avaliação processual rigorosa de acordo com as DCNs.

Criticou-se o fenômeno do internato como um "nariz de cera", uma etapa que muitas vezes se descola do projeto pedagógico dos oito semestres anteriores. A avaliação no internato deve ser a síntese do processo formativo, e não um espaço de notas subjetivas e desarticuladas.

Como encaminhamentos práticos para o projeto, os grupos sugeriram: Inclusão de bibliografia e links operacionais para facilitar o uso dos instrumentos citados; Orientações explícitas sobre a avaliação da preceptoria; Espaços de troca (Comunidades de Prática) em eventos como o COBEM para compartilhar experiências exitosas de portfólios e metodologias;

A intervenção de Oscarina sobre a Avaliação Programática traz uma reflexão sobre a complexidade e a ética do processo formativo, destacando os seguintes pontos fundamentais: "A avaliação programática não deve ser vista como um evento isolado, mas como um sistema que percorre todo o currículo

(do 1º ao 12º período). Ela exige uma infraestrutura tecnológica (plataforma) que centralize diferentes métodos e instrumentos, permitindo uma visão contínua da evolução do estudante. O modelo identifica falhas apenas ao final do processo ("no final dizer: puxa, está reprovado"). Para ela, a avaliação programática deve servir como um mecanismo de correção de rota em tempo real. O aluno precisa compreender onde melhorar enquanto ainda há tempo de intervenção pedagógica".

A intervenção propõe que a formação dos professores seja um "laboratório" do que se espera dos alunos. Ou seja, as estratégias de desenvolvimento docente devem refletir as mesmas competências e cuidados que desejamos inculcar nos estudantes. A complexidade desse modelo reside na necessidade de envolver atores de diferentes momentos da formação, exigindo um engajamento coletivo que transcende a sala de aula individual e se torna um compromisso institucional com o sucesso do educando.

Formação de Educadores (mesa 4 – verde Sala 1)

Desafios

- Formação docente que valorize diferentes atores (a equipe de preceptores)
- As mesmas pessoas nos diversos espaços
- envolvimento e motivação
- a falta de clareza de alguns processos
- a valorização da carreira do docente
- desenvolvimento docente deve ser um espaço de promoção do cuidado do docente



- a rotatividade dos docentes
- A ABEM formação em educação médica acessível

A consolidação articula as discussões sobre o desenvolvimento docente, integrando as falas dos grupos e as intervenções da plateia, abordando desde a valorização dos atores até a estruturação curricular e institucional.

O debate estabeleceu que o desenvolvimento docente deve ser compreendido de forma ampliada, valorizando não apenas o preceptor médico, mas toda a "equipe preceptora", incluindo profissionais multiprofissionais e do serviço de apoio (como recepção e serviços gerais). Um dos principais desafios estruturais identificados é a sobrecarga de funções, onde os mesmos atores acumulam cargos em diferentes instâncias (NAPED, NDE, CPA e colegiados), o que dificulta a execução plena das estratégias de formação.

Além disso, destacou-se o "desafio do envolvimento": frequentemente, os docentes que mais necessitam de capacitação são os que menos participam, evidenciando a urgência de transitar de modelos de cobrança para estratégias que gerem real motivação e clareza nos processos pedagógicos.

Como resposta a esse desafio, apresentou-se a experiência de um "índice de desenvolvimento docente". Esse sistema automatizado monitora práticas pedagógicas básicas como: cumprimento de prazos, entrega de cronogramas e lançamento de frequências, além de titularidade e publicações. Os docentes melhor avaliados recebem reconhecimento público, menções honrosas e incentivos, como financiamento para congressos. Instituiu-se um curso de iniciação à docência para profissionais tecnicamente brilhantes, mas sem base

pedagógica, focando em metodologias ativas e avaliação antes de sua inserção nos programas de educação permanente.

As discussões aprofundaram a necessidade de contemplar duas dimensões essenciais nas políticas institucionais: a dimensão pedagógica (tutoria), focada no domínio de ferramentas acadêmicas e metodologias; e a dimensão pessoal e ética (mentoria), voltada ao profissionalismo, à saúde mental e ao autocuidado.

Criticou-se a invisibilidade do “ser educador”, defendendo que o desenvolvimento docente deve ser um espaço de acolhimento e cuidado, e não apenas de cobrança de metas e produtividade. Uma premissa inegociável é que a formação docente é trabalho e, portanto, deve ocorrer dentro da carga horária contratual. Exemplos como o “Atelier Didático” demonstram a potência de integrar a capacitação ao horário laboral, evitando o uso do tempo livre (“área verde”) do professor e garantindo que tal participação seja pontuada para progressão de carreira e avaliação institucional, conforme previsto nas novas DCNs.

No encerramento, as intervenções reforçaram a necessidade de coerência teórica e prática na estruturação curricular. Alertou-se para o risco de Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs) que mantêm um discurso de competências que não se traduz na matriz curricular ou no cotidiano pedagógico. O currículo por competências deve orientar todas as ferramentas de ensino, refletindo-se em uma avaliação programática longitudinal (do 1º ao 12º período). Esse modelo deve ser sistêmico e sintonizado com o desenho do curso, garantindo que a avaliação não seja um ponto isolado de reprovação ao final do ciclo, mas um acompanhamento contínuo que assegure a aquisição das competências previstas.



Mesa Vermelha- Sala 2 - Integração ensino-serviço-comunidade

Como realizar a institucionalização da IESC? escola em conjunto com o CONASEMS e COSEMS, buscando priorizar bastante o COAPS que é quem legitima e traz uma robustez no movimento de pactuação com a gestão e as escolas, serviços, muito desafiador ter várias escolas disputando o campo.

- Desconhecimento sobre a COAPS;
- Canibalização dos cenários de prática,
- Propósito do gestor em relação a forma de dialogar e negociar os cenários, precisa de apoio do MEC e MS;
- Integração entre comunidade e gestão na construção do projeto pedagógico e não de forma colonizadora ditada pela universidade;
- Integrar os três níveis de atenção na integração ensino-serviço-comunidade;
- Interprofissionalismo construído com o serviço;
- Desafio de seleção preceptoria de forma adequada e não como favores, de forma solta e sem organização institucional; Ter atribuições claras para organização do processo;
- Formação de docentes e preceptores;
- Dificuldades de avaliação nos serviços deve ser trazido de forma mais explícita no caderno;
- Residência integrada com o IESC;
- Objetivo de criar cultura de formação médica e responsabilidade social de forma robusta (como as intervenções feitas refletem naquele espaço);

- Desafio da inclusão de pessoas com deficiência e diversidades com olhar de forma mais responsável e eficiente com a formação centrada no estudante para oferecer um cuidado centrado na pessoa.

Mesa Vermelha Sala 1

Se sentem contemplados com as falas anteriores

Contribuições da plenária

Relevante falar da reavaliação da integração ensino-serviço-comunidade para garantir repensar mudanças que se façam necessárias, para não criar um guia rígido.

Gestão da Escola Médica (mesa 5 – azul 2)

Desafios

- Passar a percepção que a coordenação da escola não é apenas do coordenador mas no dia a dia com os discente;
- Incentivos ao NAPED;
- Responsabilidade fiscal, sufocamento fiscal;
- Vocação Institucional Docente;

Propostas

- A presença no NAPED conte pontos no avanço de carreiras
- Investimento no financiamento das escolas;
- Capacitação para o uso de tecnologias;
- Orientações oportunidades de aprimoramento



As discussões do Grupo Azul (Sala A e B) sobre a gestão das escolas médicas giraram em torno da premissa de que a gestão da escola médica não deve ser percebida como uma responsabilidade exclusiva do coordenador. Argumentou-se que a coordenação é um conceito abstrato que se materializa no cotidiano, através dos núcleos de apoio (NAD, apoio psicossocial e permanência). O grupo enfatizou a necessidade de romper com a cultura de que a gestão é um "problema" do qual os docentes devem fugir, promovendo a ideia de que todos os atores: docentes, técnicos e discentes, são agentes gestores em potencial.

Um ponto crítico abordado foi a realidade fiscal das instituições, tanto públicas quanto privadas. O grupo alertou que o "sufocamento financeiro" impede a concretização de diretrizes essenciais, como o apoio psicossocial. Citou-se o exemplo de instituições com apenas dois psicólogos para atender 10.000 alunos, o que torna o suporte ineficaz. Houve um apelo para que gestores e reitorias tragam o debate do financiamento para a esfera política, pois a gestão de qualidade exige recursos e ferramentas proporcionais à complexidade da formação médica.

A discussão trouxe à tona o conceito de vocação institucional, especialmente no contexto das faculdades do interior. Criticou-se o peso das ferramentas avaliativas do INEP, que muitas vezes aplicam os mesmos critérios de produção científica e titulação (mestrado/doutorado) de grandes centros urbanos a instituições com perfil majoritariamente assistencial em municípios de menor porte. Defendeu-se que o corpo docente de cidades menores, composto por especialistas dedicados à formação clínica, possui um valor fundamental que nem sempre é captado pelos indicadores tradicionais, gerando um desafio de gestão para equilibrar a produção acadêmica com a realidade local.

As intervenções finais destacaram a necessidade de capacitação específica para a gestão. Observou-se que muitos médicos tornam-se professores e coordenadores sem o devido preparo administrativo e pedagógico. Propôs-se que a participação em núcleos de desenvolvimento docente conte pontos para a progressão de carreira, servindo como estímulo. Além disso, a gestão deve assumir a responsabilidade pela capacitação no uso ético de tecnologias, evitando que se tornem instrumentos "emburrecedores".

A fala de encerramento ressaltou que o coordenador frequentemente assume o cargo de forma precoce e sofre diretamente com os sucessos e fracassos da escola. Por fim, defendeu-se que o documento guia da reforma é um instrumento fantástico para construir uma gestão participativa, mas que sua eficácia depende da acessibilidade logística e financeira a cursos de qualificação, garantindo que o gestor tenha sensibilidade para temas transversais como a avaliação programática e o desenvolvimento docente.

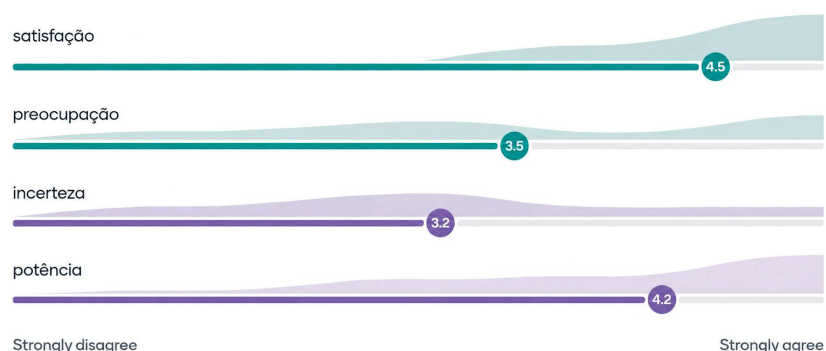
AVALIAÇÃO E FECHAMENTO: Reflorestando o Imaginário da Formação Médica

O encerramento da programação foi conduzido por Sílvia, que evocou o pensamento de Ailton Krenak sobre a urgência de "reflorestar o imaginário". A reflexão destacou que o trabalho realizado durante o dia não visava à imposição de hegemonias, mas sim ao fortalecimento do "chão que pisamos", a construção coletiva de uma aldeia comum e de um mundo orientado por sonhos compartilhados que alimentam a prática docente.

Como parte da avaliação do encontro, os participantes socializaram suas impressões de forma virtual, refletindo sobre o percurso do dia. Ficou evidente que a aproximação

com o “Caderno” deu-se a partir da experiência vivida e das práticas cotidianas de cada gestor e educador, estabelecendo a base para as contribuições que seriam sistematizadas no dia seguinte.

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



Para fechar o encontro, Sílvia utilizou a sensibilidade de *Manoel de Barros, em um trecho da obra Memórias Inventadas – A Infância*:

“...que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produz em nós”.

Ao finalizar, Sílvia convidou o grupo a refletir sobre o encantamento que uma formação médica socialmente referenciada desperta em cada um, reafirmando o compromisso de, no dia seguinte, transformar esse sentimento em trabalho e diretrizes concretas para a educação médica brasileira.

2º DIA DE OFICINA

O segundo dia de atividades foi iniciado com as boas-vindas de Lorene Pinto, que conduziu a abertura oficial e passou a palavra para Silvia para o momento de acolhimento. A reflexão inicial destacou a trajetória percorrida pelo grupo: uma caminhada que transcende o encontro físico e se consolida nas interações com o "Caderno", fortalecendo uma identidade coletiva. Silvia descreveu esse processo como um movimento que parte do "nosso chão" em direção à "aldeia", simbolizando a transição da realidade local para a construção de um projeto comum e compartilhado.

Um ponto central foi a caracterização do projeto como um movimento dialético. Ao focalizar em temas específicos (como internato, avaliação ou gestão), o grupo é constantemente remetido à totalidade da educação médica. Este exercício de "ir e vir" entre o diagnóstico pontual e a visão sistêmica permite pensar o futuro da formação sem perder de vista as bases históricas e as necessidades sociais que orientam a saúde coletiva no Brasil.

Para iniciar o ambiente com integração, foi compartilhado o videoclipe da música "Bom Dia", de Vanessa Moreno (Brasil) e Lenna Bahule (Moçambique), reforçando a pluralidade de jeitos de iniciar o trabalho e a conexão entre diferentes saberes. Oscarina detalhou os objetivos técnicos do dia, focados na discussão da aplicação prática das DCNs 2025. A estratégia escolhida foi o Café Mundial (World Café) Adaptado, fundamentada nos seguintes pilares:

A Resolução de Problemas, os trabalhos partiram de situações-problemas elaboradas pelas regionais da ABEM, tratando cada mesa como o Núcleo Docente Estruturante (NDE) de um curso hipotético.



A polinização de ideias, os participantes atuaram como “viajantes” ou “polinizadores”, circulando entre as mesas para deixar contribuições baseadas em suas realidades e construir percursos sobre as ideias dos grupos anteriores.

A dinâmica dos papéis, a âncora é o único membro fixo na mesa, responsável por garantir a continuidade e acolher os fluxos de ideias. Os relatores e gestores do tempo terão a funções essenciais para a sistematização das soluções no *flipchart* e cumprimento das rodadas de discussão. O objetivo final da jornada foi transformar a elaboração do “Caderno” em percursos colaborativos. Ao final do ciclo, os grupos retornaram às suas mesas originais para sintetizar como a visão do “outro” pode ressignificar a própria realidade, buscando conexões sólidas para a implementação das novas diretrizes curriculares.

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

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

Os integrantes dos grupos foram distribuídos em 6 mesas e receberam as orientações por parte dos coordenadores da sala, sobre a atividade a ser realizada. Em cada mesa foi colocada uma comanda com orientações da atividade e em seguida uma nova comanda com uma situação problema, folha de flipchart e canetas pilot, além de QRCode para acesso ao caderno de orientações e DCN 2025 a serem usados como material de apoio nas discussões e busca de soluções para a situação problema apresentada ao grupo.

SALA B (AMETHYST) – RELATORIA/LENIRA RIBEIRO

Mesa 1: ADOÇÃO DE TECNOLOGIAS NO PROCESSO FORMATIVO

Situação problema

Em uma escola médica, docentes e gestores reconhecem que a graduação precisa desenvolver nos estudantes competências relacionadas à inovação tecnológica em saúde incluindo o uso crítico de ferramentas como inteligência artificial 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 desigualdade 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

Em uma escola médica que se encontra 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 a necessidade de decisões rápidas baseadas em comandos verbais sobrepostos.

A preceptoría do hospital, acostumado 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 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 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 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 os que têm se convencido 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 o internato específico, no mesmo semestre do internato de Medicina de Família e Comunidade, 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 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” nos diferentes componentes curriculares embora ainda não tenha consolidado um sistema de avaliação seriado apropriado.

No entanto o NDE motivado pelas DCN 2025 implementou uma avaliação imediatamente anterior com o início do internato, somativa, abrangente, com o objetivo de assegurar que o estudante possua as competências mínimas exigidas para 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?

Após leitura da comanda e orientações sobre a atividade, leitura da situação problema em cada mesa, os participantes tiveram 30 minutos para refletir sobre a situação de sua mesa de origem, utilizaram o caderno de orientação e as DCN. Em seguida aconteceram rodadas a cada 20 minutos e os integrantes dos grupos circularam pelas demais mesas para contribuir com as discussões das outras situações apresentadas, ficando apenas uma pessoa de cada grupo para receber os demais e explicar o que havia sido discutido nas rodadas anteriores. Ao final os grupos voltaram às suas mesas de origem para olhar o material que haviam construído e as contribuições recebidas. No momento as pessoas das mesas 1,2 e 3 se deslocaram para outra sala para se juntar aos grupos 1,2 e 3 daquela sala, e nessa sala chegaram os grupos das mesas 4, 5 e 6 da outra sala para se juntar aos grupos 4,5 e 6 desta sala formando grandes NDE para a construção de um



documento final para apresentação na plenária onde todas as pessoas estarão para assistir as apresentações e contribuir com as discussões.

PLENÁRIA

Apresentação das sínteses dos NDE que trabalharam com as situações problemas

Os trabalhos foram iniciados sob a coordenação de Rodrigo Silveira, que convidou os grupos a apresentarem suas sínteses pautadas nas situações-problema discutidas anteriormente. Como diretriz metodológica fundamental para esta etapa, solicitou-se que cada relator realizasse a leitura integral da situação problema antes de expor as soluções encontradas. Foi realizado o sorteio para definir a ordem de apresentações dos grupos.

Sorteio:

Mesa 4 Programas estruturados de acompanhamento estudantil é

Transcrição do Flipchart

- Capítulo 13 Mentoria, necessidade de formar educadores qualificados para buscar construção da identidade médica (docente e preceptor);
- Artigo 27 Apoio à saúde mental física e social do aluno
- Artigo 29 Permanência estudantil
- Artigo 28 Área verde

- Criar núcleo de apoio do discente com psicólogo, pedagogo e psiquiatra;
- Conhecer o estudante ter estratégia de chegada e acompanhar com mentoria ao longo do trajeto acadêmico;
- Reconhecer o trabalho da mentoria seja com remuneração adicional ou pontuação no plano da carreira;
- Pactuar na carga horária docente o momento específico para se dedicar a atividade de mentoria e de formação para não sobrecarregar o docente;
- Formalizar quais são as atividades da mentoria voltadas para melhoria da identidade médica e não o momento de consulta terapêutica;
- Acompanhamento de evolução acadêmica: projeto institucional de programa de melhoria como política institucional: legislação formação de mentoria e avaliação do programa, redação de diretrizes norteadoras do programa
- A existência do programa nas IES é obrigatória e a participação do estudante é opcional
- Sugestão de programa de mentoria, art 27 pag 194, art 29 e art 30 abordam a implementação da mentoria
- NDE trazer a necessidade de políticas

Estrutura da atividade do mentor, em instituição pública ou privada, acompanhamento de boa formação psicossocial e de caráter profissional. No artigo 28 foi identificado uma dificuldade em relação à obrigatoriedade de o aluno participar do programa de mentoria. Algumas instituições já possuem o



programa, mas não tem caráter obrigatório em todas. Utilizada para progressão de carreira como forma de motivar a adesão do estudante. Foi falado sobre a capacitação do mentor e tutor. A mentoria entra no horário verde do aluno?

Mentoria como parte de um processo de cuidado para o aluno é usado em instituição pública como fator de progressão de carreira para o docente. Pensar nas competências do docente para atuação na mentoria de forma institucional.

Contribuições da plenária:

Pergunta da questão administrativa: em instituição pública para usar como progressão e carreira seria utilizado pela universidade ou por uma unidade/faculdade? Como foi implementado nas universidades grandes?

Lorene esclareceu trazendo a existência da resolução que define a implementação da mentoria. Sobre a área verde, nas DCN fala da área verde obrigatória e qualificada, mas não define o que é área verde qualificada. Por fim, debateu-se a ambiguidade do termo "área verde qualificada" nas DCNs. Criticou-se o risco de as instituições capturarem esse tempo livre para atividades como monitorias, desvirtuando o espaço de descanso. Ficou claro que, enquanto as DCNs são a norma, o Caderno de Orientação é um guia dialético que ajuda a revisar currículos de forma ética, sem se tornar uma "fita métrica" rígida, permitindo que cada escola encontre seu percurso de acordo com sua realidade. Rodrigo esclareceu que é importante se basear nos textos do caderno para embasar as discussões. Não é possível alterar o texto das DCN

Mesa 5 – INTERNATO

Como inserir nos 70%? Ter internato específico de saúde coletiva? Quais as ações de aprendizado em relação a saúde coletiva? Formação de preceptores em saúde coletiva?

O grupo sintetizou com a sugestão de consultores nos internatos para dar essa formação em saúde coletiva. Os internatos de urgência e emergência e ortopedia devem ser utilizados para estágio de ortopedia, precisando garantir esse horário protegido. Oportunizar em todos os internatos o saber "fazer com", transitando o cuidado interprofissional. Utilizar as EPAs, pulverização e inclusão das atividades com cada internato assumindo a responsabilidade com aquele ciclo de vida. Ter competência definida para cada micro estágio em cada atividade.

Transcrição do Flipchart

- Saúde Coletiva:
- Escolha de cenários potentes: Regulação, SAMU
- Materializar a integração nas avaliações de cada internato
- 70% restantes: Clínica Médica → Medicina Intensiva / Traumato-Ortopedia → Cirurgia
- Rodízios → Não deve "contar" a carga horária da Urgência/Emergência ainda que seja mesmo cenário
- TI: Transversal (PED, CM, UE) — micro rodízios TO: Cirurgia, UE
- #DCN: Artigo 32 – §3º / Capítulo 12 – Pg. 110 (*Saúde Coletiva, Terapia Intensiva e Traumato-Ortopedia*)
- Contexto/contribuições:



- Terapia intensiva e traumato-ortopedia como experiências dentro do internato de urgência (rodízios) ou em outros internatos
- Saúde coletiva integrada ao internato de MFC (ex: internato rural, UBS fora da cidade sede da faculdade)
- Não deve contar a carga horária da urgência emergência ainda que seja no mesmo cenário, 70% restante clínica médica, medicina intensiva, traumato ortopedia cirurgia e os rodízios

Desafios:

- Campos de prática
- Experiências homogêneas
- Integração entre subáreas no mesmo internato
- Ausência de internato rural em todas as escolas
- Restrições de nº de alunos na Terapia Intensiva
- Definição de competências relacionadas à TI e Traumato-Ortopedia para o médico generalista, a partir das EPAs
- Escassez de preceptor/capacitação
- MFC + SC:
- Clínica (T. Intensiva)
- Clínica (T. Intensiva)
- Cirurgia (Traumato-Ortopedista) → Assegurar a Avaliação
- UE (T. Intensiva)
- Fortalecer o trabalho em equipe / Diálogo Interprofissional

- EPAs: GO, Pediatria, Ortopedia
- SC: Pulverizada (SAMU, RENAME, VISA, Remuneração, Secretaria de Saúde)

Contribuições da plenária

- Exemplo do Internato em saúde coletiva da UFMG em ambiente de saúde e comunidade com a introdução de 330 horas de carga de extensão;
- Sugestão a publicação sobre avaliação de competência do internato, autor da universidade federal do rio grande do sul.
- Especialidade tratadas em momentos específicos no internato, experiência de atendimento secundário
- Livro de internato baseado em competências para melhoria das práticas
- Sugestão de estimular desenvolvimento de competências de gestão nos internatos.

Lorene trouxe exemplos de situações de urgência e emergência incluídas nas grandes áreas. O consenso inclinou-se para uma estrutura que aproveite a robustez dos cenários de rede, sugerindo a figura de um consultor de integração para transitar entre as áreas e garantir que a Saúde Coletiva perpassasse todo o currículo. Um ponto central da discussão foi a necessidade de promover a interprofissionalidade e o cuidado não médico-centrado.

Defendeu-se que o interno aprenda a "fazer com" a equipe multiprofissional em todos os cenários. Para dar suporte a essa formação, o grupo propôs o uso de atividades profissionais confiáveis (EPAs), enfatizando que cada estágio



deve ter competências bem definidas e mensuráveis para que a aprendizagem seja de fato significativa. Criticou-se o modelo de "visita técnica" em UTIs, defendendo que o aluno deve assumir condutas e ser avaliado por isso.

As intervenções trouxeram experiências práticas e referências fundamentais à experiência da UFMG que relatou-se que o estágio de saúde coletiva é realizado em campos de medicina de família e comunidade (MFC), sendo incorporado a componentes com carga horária extensionista, otimizando a formação e o impacto social.

Foram compartilhados artigos de grupos da UFMG sobre a utilização das EPAs na avaliação do internato, além da recomendação do livro do Professor Valdes sobre o tema como guia para aprimorar as práticas. Propôs-se que o internato seja um espaço para desenvolver competências de gestão. Citou-se uma experiência onde o estudante atuava como coordenador de uma microárea, sendo responsável por avaliar o impacto de suas ações nos indicadores de saúde daquela população.

A transversalidade da urgência, Lorene interveio sugerindo que as situações de urgência e emergência não fiquem restritas a um único bloco, mas sejam transversalizadas nas grandes áreas (Pediatria, Ginecologia, Cirurgia), evitando repetições e focando nas especificidades de cada ciclo de vida.

O grupo concluiu que a organização do internato deve focar nos cenários onde o médico recém-formado mais atuará, atenção primária e urgência, garantindo parâmetros claros de desempenho. A adoção de estágios em atenção secundária também foi citada como uma estratégia para lidar com especialidades em cenários de referência, sem interferir na carga horária essencial da rede básica.

Mesa 2 – Práticas inclusivas

Políticas de permanência e acesso. Infraestrutura básica, de mobilidade, alimentação etc.

Flexibilidade em relação com questões pedagógicas, pensando na diversidade de campos e ajustes à rotina e necessidades dos estudantes, identificando as dificuldades e potencialidades com apoio de mentoria longitudinal, realizado de forma compartilhada e corresponsabilizada com os diversos atores envolvidos.

- Usar como possibilidade alternativa o laboratório de simulação para o estudante que não pode acessar determinado cenário de prática.
- Implementar certificação com identificação de competências específicas ou limitações específicas.
- Laudo falso é um problema para a instituição? Uso de caminhos não éticos para acessar cuidados diferenciados.

Práticas inclusivas configuram mudança de paradigma e precisa sensibilização das pessoas para entenderem que algumas situações podem ser consideradas assédio levando a consequências graves. Sendo um desafio que precisa ser enfrentado.

Transcrição do Flipchart

- Artigo 9 Equidade e integralidade
- artigo 12 Equidade no processo formativo: metodologias, recursos adaptações



- artigo 20 Integração, enfrentamento dos determinantes em saúde
- artigo 30 Núcleo de inclusão e pertencimento: articular políticas institucionais Escuta qualificada
- Políticas de permanência e acesso
- Flexibilidade de grade de horário
- Instrumentos necessários (auditivos, mobilidade)
- Mentoria longitudinal identificar potencialidades e limitações
- Decisão compartilhada corresponsabilidade
- Capacitação dos educadores e Campos de prática
- Avaliações adaptada(autocontroladas)
- Certificação discutida nos níveis do CFM, MEC Ministério da saúde
- Núcleo de apoio pedagógico

Contribuições da plenária

Em instituições públicas existem cotas para PCD e eles precisam evoluir para sair. É necessário evoluir as leis para definir e autorizar estudantes que desenvolvem competências específicas para determinadas áreas. Sugerido que a Abem traga essa discussão

Diálogo sobre inclusão e não utilizar o TEA como algo homogêneo e emissão de laudo educacional pela universidade. O atendimento de pessoas com deficiência já é lei, independe de DCN.

- Convencimento de quais são as barreiras para não se usar a limitação para discriminar os estudantes.

As intervenções da plateia trouxeram questões complexas, como o desafio dos laudos falsos para acessar recursos de acessibilidade. O grupo provocou a reflexão de que esse fenômeno pode ser um sintoma de um sistema competitivo que falha em oferecer um olhar pedagógico individualizado a todos os discentes. Houve ainda um intenso debate sobre a necessidade de evoluir a legislação brasileira para permitir certificações diferenciadas, que habilitem o profissional para áreas específicas de acordo com suas limitações funcionais, protegendo a segurança do paciente sem impedir a graduação do estudante.

Por fim, reforçou-se que o TEA não é um bloco homogêneo e que as instituições devem elaborar laudos de necessidades educacionais próprias, focados na funcionalidade e no sigilo. A inclusão, portanto, deixa de ser uma concessão "soft" para se tornar um procedimento legal e ético, exigindo uma mudança profunda na cultura das escolas médicas para acolher a multiplicidade humana sem comprometer a excelência técnica.

Mesa 1 – Adoção de tecnologias no processo formativo

Necessário para alcançar o objetivo: criar comissão permanente institucional para avaliar quais as ferramentas disponíveis e quais são os interesses.

Definir processos de capacitação voltadas para gestores, docentes e estudantes sobre o que é inovação tecnológica e como e quando usar sem perder a retenção pelo aluno. No setor financeiro para diagnósticos institucionais. Agilizar atendimentos com uso de teleconsultas, triagens.



- Uso de ferramentas tecnológicas com senso crítico nos níveis de pesquisa, extensão e ensino. Rever o plano de ensino via NDE para inserir no currículo do estudante
- Usar ferramentas para documentos médicos
- Ferramentas que fazem experimentos; segunda opinião através de consulta digital.
- O grande desafio identificado pelo grupo foi o próprio docente pelo desconhecimento das inovações.

Transcrição do Flipchart

- Rever Plano de Ensino (NDE) → Inserir ao longo do currículo
- LT Kuradoud (experimentos)
- Med Room (Anatomia)
- Pacient 360 → Pacientes simulados
- Full Code
- IA (microdados)
- Telessaúde (offline/online) — “2ª opinião” — estudante junto
- Tecnologias Leves:
- WhatsApp / Facebook → Educação em saúde / Análise crítica

Contribuições da plenária

O representante discente fez destaque para as equipes multiprofissionais e importância de incluir profissionais da área

de ciência da informação e tecnologia para conhecer inovações voltadas para a área de saúde. MS construir um sistema próprio com as DCN para atender nos diversos níveis da atenção. Risco do uso de IA e exposição de dados da área médica.

As intervenções da plateia, destacando a fala do discente, trouxeram dimensões críticas sobre a origem das ferramentas: defendeu-se que as escolas médicas, especialmente as públicas, integraram-se aos departamentos de ciência e tecnologia e TI. Alunos e pesquisadores dessas áreas poderiam desenvolver plataformas gratuitas e modelos de IA específicos para as necessidades da saúde brasileira, em vez de apenas consumir modelos genéricos estrangeiros. Houve um alerta severo sobre a "dependência de IAs internacionais". Ressaltou-se a urgência de hospedar dados educacionais e de pesquisa em bases brasileiras, propondo que o Ministério da Saúde constitua sistemas e diretrizes próprias para orientar profissionais e escolas, garantindo segurança e controle governamental sobre o conhecimento produzido no país.

O maior desafio identificado foi a barreira geracional dos docentes. A transição para o ensino digital não é trivial para quem se formou em modelos analógicos tradicionais, o que exige das instituições um investimento pesado e contínuo em educação permanente. A tecnologia deve ser incorporada à rotina de forma clara, transformando o professor em um curador crítico capaz de ensinar o aluno a usar essas ferramentas com senso ético e responsabilidade.

Mesa 3 – Áreas verdes janelas curriculares qualificadas

- Conversa sobre como seria essa verde e sugere alterações em emendas e metodologias sem prejudicar os conteúdos já programados
- Não conhecimento de como vai funcionar (capacitar sobre o tema)



- A turma não precisa está em área verde em sua integralidade
- Integrar nas metodologias de mentoria, o ensino de possibilidades de remanejamento das áreas verdes
- Acompanhar para entender se está funcional
- Realizar oficinas pedagógicas periódicas

Criação de espaços institucionais não obrigatórios ofertados pela universidade sem obrigatoriedade de participação dos estudantes. Pensar a avaliação por competência. Discutir a matriz de competência para saber quais as competências para o médico generalista; criar espaços de convivência para criação de espaço de saúde mental e dialogar para saber quais são as limitações.

Transcrição do Flipchart

- Rever plano de ensino
- Inserir a tecnologia ao longo do currículo
- Debates Inter profissionais
- Criação de plataforma gratuita para estudante
- Telessaúde online offline
- Med room
- Tecnologias leves
- Paciente 360
- Experimentos
- Educação em saúde com análise crítica

Contribuições da plenária

- Espaços de convivência / Parcerias
- Avaliação de impacto com prazo mínimo de 6 meses pós-implementação
- Reformular ementas e metodologias
- Oficinas pedagógicas periódicas
- Criar espaços institucionais não obrigatórios (esporte, espiritualidade, atividades culturais, bem-estar)
- Incluir a reflexão sobre áreas verdes nas capacitações docentes e do NDE
- Ajustar os mecanismos das áreas verdes entre diferentes turmas com apoio de tecnologia ("IA") / APPs
- Roduzir práticas de mentoria de cada turma considerando as áreas verdes
- Integrar na ementa das mentorias obrigatórias o "manejo de área verde"

O grupo identificou que a "Área Verde" é frequentemente mal interpretada como simples ausência de ensino ou "janela", o que exige um esforço de gestão para ressignificá-la não como um vazio pedagógico, mas como um compromisso institucional com a saúde mental, a autonomia e a maturidade do estudante.

Para viabilizar a implementação sem comprometer a identidade do curso, o grupo propôs que a reforma das ementas e metodologias seja o passo inicial, defendendo que não basta "abrir janelas" no horário; é preciso repensar o curso como um todo.



Isso envolve a construção de uma matriz de competências clara, que permita distinguir o que é essencial, importante, interessante ou supérfluo para a formação do médico generalista. Ao estabelecer o que é próprio da graduação e o que pertence à pós-graduação, torna-se possível reduzir a carga horária excessiva de especialistas e garantir o tempo necessário para o descanso e o estudo independente.

A operacionalização dessas áreas deve ser apoiada por capacitações contínuas e oficinas pedagógicas periódicas para docentes e membros do NDE, tratando o receio pedagógico como um ponto de partida para o diálogo. Sugeriu-se o uso de tecnologias para ajustar escalas de forma que o fluxo nos campos de estágio não seja prejudicado, permitindo que os estudantes usufruam da área verde em momentos alternados. Além disso, a mentoria surge como estratégia fundamental para ensinar o aluno a realizar o manejo desse tempo, incentivando o envolvimento responsável do discente em atividades de autocuidado, espiritualidade, esporte ou lazer.

Por fim, o grupo enfatizou a importância de a universidade oferecer espaços de convivência e ambientes não obrigatórios para o bem-estar, mesmo diante de limitações financeiras de algumas unidades.

A sustentabilidade da proposta depende da metrificação dos benefícios: propôs-se que, após 6 meses de implementação, sejam realizadas avaliações de impacto focadas na saúde mental discente. Apresentar dados concretos sobre a melhoria da qualidade de vida dos estudantes é a ferramenta mais potente para superar a insatisfação docente e consolidar a área verde como um avanço qualitativo na formação médica socialmente referenciada.

Mesa 6 – Avaliação

- Cap 16 das DCN.
- Realizar análise com diversas perguntas para entender o problema
- Lacuna no ensino? Problema do MEC? Qual o tipo de abordagem a ser pensado?

Gestão de processos e plano de recuperação por um comitê de avaliação instituído pela universidade. Pensar em trilhas de aprendizagem e repensar ferramentas para reestruturação.

Centralizar as competências que este estudante deve apresentar e pensar em feedback. Capacitação docente para realização de feedback por meio da NAPED com compensação financeira em universidade privada e progressão de carreira em universidade pública.

Tomar a avaliação como diagnóstico e espelhamento das provas com as provas externas como o teste de progresso. Pensar em avaliação seriada e de qualidade com análise e desenvolvimento do progresso desse aluno nas competências e habilidades como diretriz institucional com participação do estudante nesse processo, de forma contínua e integrada

Transcrição do Flipchart

- Sistema de avaliação do estudante
- Avaliação programática
- O que seriam essas metodologias ativas como avaliar a qualidade do ensino
- Criar indicadores para avaliar de forma séria da



- Rever como está estruturada essa avaliação somativa
- Capacitar quem avalia
- Como usar? Como desenvolver?
- Baseado nas EPA desde o ciclo básico
- Implementação de avaliação seriada
- Feedback individual seriado
- Plano de recuperação
- Comitê de avaliação
- Remediação estruturada
- Trilhas de aprendizagem
- Monitoria, tutoria, portfólio, mentoria

Contribuições da plenária

Grande desafio para pensar o que vai fazer:

Para os estudantes com baixo desempenho, o grupo propôs a criação de um Comitê de Avaliação e a implementação de uma remediação estruturada. Entre as ferramentas sugeridas, destacam-se: Trilhas de aprendizagem, uso de softwares e aplicativos para personalizar a recuperação de conteúdos; Equilíbrio entre avaliações e organização de avaliações high-stakes (de alto impacto) e low-stakes (formativas/diagnósticas), utilizando feedbacks individuais e seriados como eixo central; Apoio pedagógico e o fortalecimento da tutoria, mentoria e do uso de portfólios para acompanhar a evolução das competências de forma contínua.

Cultura de feedback e valorização docente, o grupo enfatizou que o feedback é um “nó crítico” nas instituições. Para superá-lo, propôs-se a criação de uma cultura de feedback via Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP), focada na capacitação de quem avalia. Como forma de viabilizar esse processo, sugeriu-se que a dedicação à avaliação seja reconhecida financeiramente (nas instituições privadas) ou como critério de progressão de carreira (nas públicas), integrando essa atividade ao Plano de Desenvolvimento Docente.

Avaliação programática e ferramentas modernas, para garantir a qualidade a longo prazo, a mesa propôs extrapolar o conceito de avaliação seriada em direção à avaliação programática, que acompanha o progresso global do aluno. Foram elencadas ferramentas robustas como: EPAs e Mini-CEX: Para avaliação em serviço; OSCE e CSA: Focados não apenas em habilidades, mas em competências complexas; Teste de Progresso: Utilizado como ferramenta de acompanhamento longitudinal; Espelhamento Institucional: Uma proposta inovadora de comparar o desempenho interno com provas externas para discriminar se as falhas residem na avaliação ou no ensino.

As intervenções da plateia, destacando a fala de Rodrigo, reforçaram a importância de integrar a estratégia de mentoria ao sistema de avaliação, permitindo que o mentor tenha clareza sobre o percurso do aluno para auxiliá-lo no processo formativo. Um ponto crítico levantado foi a necessidade de olhar para além do ensino e da avaliação, alcançando o processo de seleção, que pode ser um fator determinante no desempenho futuro dos estudantes.

Rodrigo trouxe como avanço o capítulo do caderno que aborda a avaliação programática trazendo ferramentas e estratégias casadas com a mentoria dos estudantes ao longo



do período de formação. Chama atenção para o processo de seleção e não apenas de ensino. Ao final, o encontro foi encerrado com a percepção de que as situações-problema permitiram transitar da análise teórica do "Caderno" para a realidade cotidiana das escolas, transformando as dificuldades em pistas para a construção de um sistema de avaliação mais justo, integrado e psicopedagogicamente amparado.

ABEM REGIONAL - MINAS GERAIS

Os representantes da Regional Minas Douglas e Mônica, trouxeram a importância do fortalecimento institucional da ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica) e o anúncio de próximos passos da regional.

A dupla reforçou a importância da associação e da adimplência das escolas médicas e dos docentes como pilares para que a ABEM continue exercendo seu papel fundamental na defesa e no aprimoramento da educação médica brasileira. Destacou que os grupos de comunicação da regional são espaços inclusivos, mas que o fortalecimento da entidade depende do compromisso formal dos seus membros.

A fala ressaltou o valor pedagógico e emocional dos dois dias de oficina, caracterizados pelo compartilhamento de experiências e trocas de afeto. A regional descreveu o encontro como um processo de "renovação" e "esperança", reafirmando que a construção da formação médica socialmente referenciada é um "sonho" que se torna viável através do trabalho coletivo.

Como desdobramento prático e celebração da continuidade desse movimento, foi anunciado o próximo encontro regional em São João del-Rei, Minas Gerais, data: 1º e 2 de maio, com o objetivo de continuar o debate e o estreitamento de laços entre os educadores e instituições mineiras.

Estevão Toffoli Rodrigues (ABEM - Diretor Vice-Presidente)

Estevão trouxe os próximos passos e encaminhamentos estratégicos apresentados no encerramento da oficina, consolidando a visão do Projeto REVER e o cronograma de ações para a educação médica brasileira em 2026. A fala destacou que o Projeto REVER não se limita à realização de eventos (entendidos como momentos de “brisa” e trocas pontuais), mas busca ser um movimento estruturante.

O objetivo central é a produção de evidências para influenciar políticas públicas, tendo como marcos: Sistematização de dados e análise de projetos pedagógicos (PPCs) e da financeirização do ensino médico; Impacto nas DCNs e o reconhecimento de que a produção coletiva do REVER foi a maior influência no desenho das novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2025; Indicadores de avaliação e a consolidação dos 91 indicadores propostos para avaliar a qualidade das escolas médicas, superando métricas puramente burocráticas.

O movimento iniciado nas nove oficinas regionais terá um desdobramento nacional para a finalização do material orientador: Oficina Nacional em Brasília (Maio/2026), encontro com cerca de 500 participantes (representantes de escolas) para transformar a versão preliminar do Caderno de Orientações em um documento definitivo; Realização de *lives* técnicas curtas (aproximadamente 1 hora) com especialistas e a criação de uma série de cadernos temáticos da ABEM para esmiuçar metodologias específicas; Relatos de experiência, abertura de espaços em publicações e congressos para compartilhar o que “deu certo” e o que “não deu certo” na aplicação prática das DCNs.

A educação médica está no centro da opinião pública, especialmente devido ao ENAMED (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes de Medicina): Avanços e críticas,



embora a prova anual seja um avanço, ela é considerada insuficiente como única fonte para regulação e fechamento/ abertura de vagas; Proposta de novo modelo, defesa de um sistema de regulação que utilize os indicadores da ABEM, resultados do teste de progresso e a criação de um comitê de especialistas avaliadores para harmonizar as visitas *in loco*, evitando distorções nas notas das escolas.

O encerramento foi um convite ao engajamento institucional e associativo, reforçando a necessidade de professores, estudantes e gestores (médicos ou não) se associarem para garantir a sobrevivência financeira e política do movimento. O anúncio de um novo site e nova marca para a ABEM. A convocação para o evento 64º COBEM Congresso Brasileiro de Educação Médica que ocorrerá de 17 a 20 de setembro de 2026, em Porto Alegre, como o maior espaço de conexão e troca de evidências do setor.

AValiação DE ENCERRAMENTO/SILVIA

O encerramento foi marcado por um profundo reconhecimento da trajetória da ABEM e de figuras fundamentais, como a Professora Rosiane, cuja dedicação à manutenção da vida e à qualidade dos periódicos nacionais foi celebrada como um pilar da sustentabilidade institucional. A fala de Silvia ressaltou que a oficina não foi apenas um evento técnico, mas um espaço de "calibragem" contínua, onde cada regional ensina algo novo, transformando o projeto REVER em um organismo vivo.

A análise das "nuvens de palavras" geradas pelos participantes revelou que os aprendizados do grupo foram expressos por verbos de ação: evoluir, construir, compartilhar, escutar e dialogar. A resiliência, em tempos de transformação

e incerteza, a resiliência foi apontada como a ferramenta necessária para lidar com as dúvidas que surgem quando “o chão se move”.

O ambiente de confiança permitiu que os Núcleos Docentes Estruturantes (NDEs) expusessem suas fragilidades e diferenças, entendendo que a potência do diálogo reside justamente no reconhecimento de que somos diferentes, mas capazes de construir “fazendas comuns”.

Citando Jorge Larrosa, a reflexão trouxe a ideia de que a experiência é “aquilo que nos toca”. O conhecimento produzido na oficina foi definido como um “saber habitado”, que articula a história pessoal de cada educador com a prática pedagógica.

A interprofissionalidade, reafirmou-se que áreas como a pediatria não contribuem “de fora”, mas sim de dentro de uma experiência compartilhada que ensina a enfrentar desafios coletivos. O sabor da esperança em uma metáfora à hospitalidade mineira, Sílvia comparou o processo ao sabor do queijo, algo que alimenta a amizade, a partilha e a leveza necessária para sustentar a esperança na transformação da educação médica.

O encerramento impôs uma responsabilidade ética aos participantes: levar para suas “aldeias” (escolas de origem) não apenas o caderno de orientações, mas as inquietações, propostas e experiências vivenciadas, compartilhar foi definido como o ato de “ir ao encontro do outro”.

A oficina reafirmou um projeto de educação médica que é, acima de tudo, solidário, feito por “gente que gosta de gente” e que se recusa a sucumbir à ansiedade, optando pelo cuidado mútuo. A fala foi finalizada com uma homenagem musical (“Eu agradeço”, Originais do Samba), celebrando a presença



Formação Médica para o Brasil:
onde estamos e para onde vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social no século XXI

REGISTROS FOTOGRÁFICOS







OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

