



Relatoria no 44º. COBEM



Introdução

Observando-se o significativo número de trabalhos desenvolvidos e apresentados nos eventos de educação médica, e a qualidade das discussões e dos encaminhamentos, evidenciou-se esforço em metodologia que possibilitasse a documentação, registrando as evoluções conceituais e os encaminhamentos na construção das mudanças na área. A metodologia de relatoria empregada no 44º. Congresso Brasileiro de Educação Médica teve origem na experiência e análise crítica dos trabalhos de relatoria usados nos dois últimos congressos gaúchos, da Regional Sul I da ABEM (8º. CGEM – trabalhos de grupos de discussão temáticos com encaminhamentos, na plenária final, para ações de âmbito da regional, Regional Sul I, e institucional das escolas médicas; e 9º. CGEM – uso de computadores em rede, registrando através de relatores a síntese dos trabalhos desenvolvidos em cada atividade programada). Para tanto, a Comissão Científica constitui uma Comissão de Relatoria, tendo como objetivo:

- criar condições que permitisse de forma dinâmica o registro das atividades desenvolvidas na implementação do programa científico proposto;
- registrar de forma sistemática o desenvolvimento dos trabalhos programados e efetivamente realizados (memória dos temas tratados, contribuições, palestrantes, debatedores, coordenadores, participantes, discussões e encaminhamentos);
- aprimorar a forma de documentar estes momentos de rica contribuição de estudos, experiências e encaminhamentos de propostas, tendo em vista desencadear e reforçar ações sequenciais para maior qualidade e quantidade nas mudanças implementadas de acordo com as diretrizes curriculares e construção efetiva de um sistema de saúde (SUS) mais eficiente, eficaz e efetivo no atendimento das necessidades da população;
- criar a cultura de documentar através de relatos as atividades científicas ocorridas nos congressos brasileiros de educação médica.

Para este fim, foi montada uma estrutura tecnológica (computadores em rede e programa específico) e organizacional (metodologia, formulário eletrônico, captação e treinamento de recursos humanos – docentes e discentes das escolas médicas) para relato em tempo real, concomitante ao desenvolvimento de cada atividade.

A metodologia exigiu ações que em um cronograma podem ser localizadas *antes*, *durante* e *depois* do evento. *Antes*, concepção do método, usando as experiências prévias; definição de normas; montagem de fluxograma e formulário de registro para as relatorias; captação de relatores com treinamento e assessoramento; viabilização de contato prévio entre relatores e componentes das atividades científicas programadas. *Durante*, reunião antes do início das atividades diárias com todos os relatores para tirar dúvidas; cada relator chegando na sala antes do início da atividade para averiguação dos dados já colocados no formulário eletrônico, disponível no computador em rede, específico para a relatoria, e correção, se necessária; fazer apontamentos (descritores, sinopse) durante o desenvolvimento da atividade; ao término concluir e salvar, liberando o relatório para a central de relatoria. *Depois*,

reunir e revisar todas as relatorias; refazer o programa com base na efetiva realização das atividades científicas; e encaminhar para divulgação e uso dos interessados, garantido memória que vai além de um programa científico proposto nos anais do congresso.

Portanto, esta relatoria se, por um lado, nos permite o acesso a dados e textos desenvolvidos ou enviados pelos palestrantes participantes, por outro, pode apresentar falhas que nos incentivam ao aprimoramento do método, visando o registro que garanta memória e a maior integração entre palestrantes, relatores e congressistas. Também possibilita as pessoas interessadas em temas discutidos, que não podendo participar, possam ter acesso a estes registros e referências.

Ciente das limitações que possam ser sentidas neste primeiro trabalho se tem a segurança quanto à contribuição e ao potencial da continuidade e aprimoramento do método para fortalecer as mudanças propostas na formação dos profissionais da saúde.

A todos que estiveram conosco unidos no esforço desta realização, o agradecimento e o convite para continuar na corrente solidária de construir mudanças.

Jadete Barbosa Lampert (Presidente da Comissão Científica - UFSM)
Evânia Luiza de Araújo (Comissão de Relatoria - UPF);
Cristiane Barelli (Comissão de Relatoria - UPF);
Carla Salles (Comissão de Relatoria - UPF);
Eliana de Andrade Trotta (Comissão de Relatoria - UFRGS);
Cecília Figueira (Comissão de Relatoria - UFES)
Adriano Massuda (Comissão de Relatoria - AMRSP)
Andrei Valériio (Comissão de Relatoria - UCS)

SUMÁRIO

1- Introdução pela Comissão de Relatoria

2 - Normas para a realização da Relatoria

3 - Programa Científico Realizado

4 - Relatos elaborados das atividades científicas

4.1. Domingo – 24 de setembro

4.2. Segunda-feira – 25 de setembro

4.3. Terça-feira – 26 de setembro

4.4. Quarta-feira – 27 de setembro

5 - Encaminhamentos oriundos das atividade científicas

CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



1. OBJETIVO

Visando documentar e publicar produto resultante dos trabalhos desenvolvidos no Congresso Brasileiro de Educação Médica, a **Comissão Científica** deliberou constituir relatores docentes e discentes das escolas médicas, para cada atividade. Para organizar esta ação e coordenar a produção do documento final, constituiu uma Comissão de Relatoria.

2. COMISSÃO DE RELATORIA

A *Comissão de Relatoria* do 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica, designada pela **Comissão Científica**, é composta pelos seguintes membros:

DOCENTES: Carla Perin Salles (UPF); Cecília Figueira (UFES); Cristiane Barelli (UPF); Eliana Trotta (UFRGS); Evânia Luiza de Araújo (UPF).

DISCENTES: Adriano Massuda (AMRSP); Andrei Valério (UCS).

APOIO TÉCNICO: Fátima / Tribeca

Constituem-se atribuições *Comissão de Relatoria*:

- 1) Normatizar o procedimento de relato das diferentes atividades do COBEM por meio de formulário padronizado (anexo 1).
- 2) Coordenar as atividades dos relatores (docente/ discente).
- 3) Elaborar material instrucional para os membros envolvidos nas atividades de relato.
- 4) Treinar e assessorar os relatores para o desenvolvimento das atividades no decorrer do congresso.
- 5) Reunir os trabalhos de relatoria conforme são produzidos, com intuito de registrar a síntese do resultado do conjunto de relatos das atividades do COBEM.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA
44o. COBEM, Gramado/RS, de 24 à 27 de setembro de 2006

PROGRAMA CIENTÍFICO

DOMINGO – 24 de setembro de 2006

8:30 – 12:30h (manhã)

Sala **A** Anfiteatro (340 lugares) – MOSTRA

Medicina de Família e Comunidade na Graduação

COORDENAÇÃO: Maria Inez Padula Anderson (SBMFC), Marcelo Marcos Piva Demarzo (Centro Universitário Barão de Mauá/ UFScar)

PALESTRANTES: Luís Felipe Gomes (Associação dos Docentes e Orientadores de Medicina Geral e Familiar- Portugal, Membro da EURACT), Eduardo Durante (Universidade de Buenos Aires/Hospital Italiano Buenos Aires)

RELATOR DOCENTE: Carla Perin Salles (UPF)

RELADORES DISCENTE: Débora Naidon (UFSC), Pablo Merlo Medeiros (UPF)

Sala **C** (160 lugares) - **idem**

Sala **D** (120 lugares) - **idem**

Sala **E** (120 lugares) - **idem**

Sala **F**(120 lugares) - **idem**

Sala **G**(60 lugares) - **idem**

Sala **B** (200 lugares) – CURSO (manhã e tarde)

Desenvolvimento Docente para os novos espaços de ensino-aprendizagem

COORDENAÇÃO : Nildo Alves Batista (UNIFESP)

PALESTRANTES: Nildo Alves Batista (UNIFESP), Maria Eugenia Vanzolini (USP), Suely Grosseman (UFSC)

RELATOR DOCENTE: Mauro Antônio Dall Agnol (UNOCHAPECÓ)

12:40h – 13:40h

Sala **C** (340 lugares) – CONVERSANDO SOBRE

Estratégia para ensino da Atenção Básica de Saúde na FMUFMG e UNIFENAS

COORDENAÇÃO: Rosa Malena Delbone de Faria (docente/UNIFENAS-BH/FMUFMG)

PALESTRANTES: José Mauricio Carvalho Lemos (docente/coord.Promed/Pro-saúde/FMUFMG), Alexandre Pereira Hatem (discente/9º Período), Palmira Bonolo (docente/ Estratégia Práticas Médicas na Comunidade), Aline Melo (discente/8º Período)

14:00 - 18:00h (tarde)

Sala **A** Anfiteatro (340 lugares) – MOSTRA (continuação)

Medicina de Família e Comunidade na Graduação

COORDENAÇÃO: Maria Inez Padula Anderson (SBMFC), Marcelo Marcos Piva Demarzo (Centro Universitário Barão de Mauá/ UFScar)



RELATÓRIO FINAL

DOMINGO – 24 de setembro (manhã)

Sala A (08:30 - 10:30) – MOSTRA - Medicina de Família e Comunidade na Graduação

COORDENAÇÃO: Maria Inez Padula Anderson (SBMFC), Marcelo Marcos Piva Demarzo (Centro Universitário Barão de Mauá/ UFScar)

PALESTRANTES: Luís Felipe Gomes (Associação dos Docentes e Orientadores de Medicina Geral e Familiar-Portugal, Membro da EURACT), Eduardo Durante (Universidade de Buenos Aires/Hospital Italiano Buenos Aires)

RELATOR DOCENTE: Carla Perin Salles (UPF)

RELATORES DISCENTE: Débora Naidon (UFSM), Pablo Merlo Medeiros (UPF)

Luís Felipe Gomes
(Assoc. Docentes e Orientadores de Medicina Geral e Familiar
Portugal,(EURACT)

a) Experiência Européia (exposição).

b) Euract (<http://www.euract.org>) organização de membros de 36 países (1 membro de cada) cuja função é a participação em conferências. Vasco da Gama Movement: discussão de problemas mais sérios. Bled Course: ensina professores de clínica. Rolling Courses: curso que ensina professores em saúde da comunidade (Edição em português).

Definição européia de medicina geral e familiar: cuidados primários, abordagem holística, aptidões específicas para a resolução de problemas, abordagem abrangente e orientação comunitária.

c) Agenda Educativa do Euract: consequência educativa da definição européia de clínica geral. Importância: estratégia longitudinal no que diz respeito ao processo de abordagem. Aspectos inovadores: abordagem inovadora, métodos educativos modernos aplicáveis em qualquer sistema. Competência: teoria ICPC (17 capítulos). O que o formando pode demonstrar quando questionado ou avaliado.

AEE: GUIA PARA O ENSINO MÉDICO BÁSICO (BEM) as mudanças dos alunos ocorria após experiência própria. O contato precoce permite ao aluno o sentido de toda a formação médica. Todos os alunos devem aprender a prestar os cuidados primários aos pacientes.

GESTÃO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS: cobrir todo o leque de problemas de saúde; coordenar prestação de cuidados em múltiplas áreas; agir como advogado ao paciente. O ensino médio básico inclui atividades preventivas inserindo precocemente o aluno nas atividades práticas.

d) Cuidados centrados na pessoa (cuidados longitudinais contínuos): abordagens centradas no paciente e não nas doenças; aptidões específicas: decisão conforme prevalência e incidência da doença na comunidade; intervir com urgência sempre que necessário; abordagem abrangente e aplicação em casos simples; orientação comunitária: conhecer a base teórica do impacto na comunidade e aplicar em casos simples; abordagem holística: modelo biopsicossocial (não apenas biomédico), ensino baseado em problemas; conhecer a parte teórica da MFC.



RELATÓRIO FINAL



SEGUNDA-FEIRA – 25 de setembro (manhã)

Sala A (08:30 às 10:30) – CONFERÊNCIA - Pesquisa Qualitativa em Educação Médica

COORDENADOR: Waldomiro Carlos Manfroi (UFRGS)

CONFERENCISTA: Maria Cecília Minayo (ENSP/FIOCRUZ)

RELATORES DOCENTE: Edson O'Dwyer Junior (FM/ UFBA), Jadete B. Lampert (UFSM), Ively G. Abdalla (UNIFESP)

Maria Cecília Minayo (ENSP/ FIOCRUZ)

A Professora Minayo inicia afirmando que na atualidade para trabalharmos com educação é necessária a conscientização para trabalhar com mudanças e responder aos questionamentos que fazemos sobre “como formar o nosso médico capaz de entender a pluralidade de olhares da nossa sociedade”.

Para que isso aconteça devemos entender que quando me relaciono com o outro devo olhar o sujeito a partir de sua própria ótica e que vou para a relação com o outro para compreendê-lo. A partir desta compreensão eu interpreto e tenho uma mediação hermenêutica. A Antropologia contribui para a educação médica, no sentido em que afirma que “a dor, o prazer, os aborrecimentos, a doença não tem somente o lócus do corpo. Existe também interferência da cultura”.

Para Minayo, se olharmos a doença somente de forma biológica e/ou fisiológica, na verdade fazemos uma redução porque tudo passa pela mediação da cultura. Esta afirmação pode ser melhor compreendida se nos basearmos nas reflexões de Marcel Mauss e Lévy Strauss que falam sobre o lugar da vida, da morte, da dor e do prazer na cosmologia. A cultura vai mediar todas as nossas relações sociais e ao exercermos nosso papel de médicos teremos essa mediação nas nossas relações com pacientes, equipe, comunidade.

O trabalho deve ser realizado dentro do conceito de “interculturalidade entre saúde e doença”. Dessa forma o conhecimento do paciente deve ir além do conhecimento técnico de sua doença. Para a palestrante, hoje convivem ao mesmo tempo indivíduos de diferentes lógicas sociais e de diferentes tempos. Assim, devemos conhecer nossos pacientes dentro de seu tempo e espaço para conseguir entender e interpretar seu problema.

O médico que não entende uma civilização primitiva não olha para ela dentro da interculturalidade. Outra contribuição da Antropologia para a Educação Médica é o desvendar os mecanismos terapêuticos. Lévy Strauss pode nos ajudar nesse sentido com seu método estrutural, no qual afirma que existem alguns esquemas no pensamento humano que transcendem tempo e espaço.

Neste método cita três aspectos complementares:



FORMULÁRIO DE RELATORIA



TERÇA FEIRA – 26 de setembro MANHÃ

Sala A (08:30 - 10:30) FÓRUM IV – Papel da escola, do gestor do SUS e da comunidade nos territórios de aprendizagem em Saúde.

Atenção Básica e a cadeia do cuidado em saúde

COORDENAÇÃO: Francisca Valda da Silva (CNS)

PALESTRANTES: Marilda Siriani de Oliveira (UFSCar); Angélica Maria Bicudo Zeferino (Unicamp); Thiago Emanuel (DENEM/UFPE).

RELATOR DOCENTE: Romeu Selistre Sobrinho (FURG)

RELATOR DISCENTE: Tatiana Lopes de Almeida (USF)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Marilda Siriani de Oliveira (UFSCar)

- a) Contexto – movimentos de mudanças das escolas médicas. Entre os vários movimentos, foi citado: PROMED, VER-SUS; e a nível de gestão PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO EM DEFESA DO SUS.
- b) Territórios de atuação: tensão entre os diferentes desejos da escola e da rede de saúde.
- c) Projetos terapêuticos cuidadores - necessidade de uma reflexão conjunta, onde a escola olha a rede de cuidado; e a gestão olha a sua dimensão de formação.
- d) Vivência de articulação ensino-serviço da UFSCAR e SMS-SÃO CARLOS
Projeto Político Pedagógico (PPP) – construído pela escola, gestores e comunidades.
-Rede Escola de cuidados à saúde: onde o aluno é reconhecido como autor do processo.
-Processo de educação permanente; Capacitação dos professores.
- e) Currículo São Carlos; por competências; construtivista; cenário principal – UBSF

Angélica Maria Bicudo Zeferino (UNICAMP)

- a) O SUS e a formação; parcerias Universidade - SUS; dificuldades do serviço do SUS falta de financiamento; dificuldade de gerenciamento; desmotivação; controle social pouco articulado; Positivismo; conhecimento descontextualizado; ensino tutorial.
- b) Dados da realidade e desafios
-pouco preparo do profissional; fortalecimento das instâncias de gestão compartilhada entre secretaria de saúde e universidade/aproximar a formação às necessidades do SUS. O aluno deve estar sempre acompanhado do docente; integralidade: construção lenta e muito complicada (contudo já apresenta avanços) unidades de saúde devem dar continuidade aos projetos desencadeados pela universidade.
- c) Dificuldades – resistência dos docentes em abandonar os espaços de ensino; resistência dos profissionais de saúde em se articularem com os alunos; reorientação pedagógica para os docentes; captar, na rede básica, aqueles profissionais adequados para se tornarem



RELATÓRIO FINAL



QUARTA-FEIRA – 27 de setembro MANHÃ

SALA A (8:30-10:30) PAINEL – Sociedade e SUS: participação e controle

COORDENAÇÃO: Alexandre Moretto (PUCRS)

PALESTRANTE (S): Ronaldo Bordin (UFRGS), Ciro Matsui (USP/DENEM)

RELATOR DOCENTE: Patrícia Fiedler (UEPR)

RELATORES DISCENTES: Daniel Pinheiro Machado da Silveira (UFRGS); Tiango Aguiar Ribeiro (UFMS)

Ciro Matsui (USP/ DENEM)

- a) Um estudante participando, pela primeira vez, do Conselho Nacional de Saúde.
- b) Em 1990, ocorre a regulamentação do Sistema Único de Saúde, que tem como um de seus constituintes, a partir desse momento, o controle social.
- c) O controle social abre um espaço muito importante para a democracia no caso do SUS, abrindo espaço para as discussões.
- d) Por outro lado, as reivindicações dos usuários acabam legitimando políticas, muitas vezes, discutíveis.

Ronaldo Bordin (UFRGS)

- a) O SUS tem, como princípios doutrinários, a universalidade, a integralidade e a equidade.
- b) Hoje, bem ou mal, todo cidadão brasileiro tem acesso à saúde.
- c) O controle social, hoje, tem os Conselhos de Saúde consolidados, embora de forma heterogênea; os processos de formação dos conselheiros de saúde consolidados; a norma jurídica consolidada; e experiências exitosas de democracia participativa.
- d) Em municípios com menos de 10 mil habitantes, que constituem 2/3 da totalidade no Brasil, tem-se apenas assistência básica de saúde, sem serviço médico especializado. Além disso, na maioria deles, acaba ocorrendo um sucateamento educacional dos profissionais e, por isso, deveria haver uma melhor atualização dos profissionais.



RELATÓRIO FINAL



Sala B (8:30 - 10:30) GRUPO DE TRABALHO – Gestão Pactuada para os territórios de aprendizagem em Saúde.

COORDENAÇÃO: José Inácio Jardim Mattos (ENSP/FIOCRUZ)

PALESTRANTE: João José N Marins (ABEM/ FNEPAS)

FACILITADORES: Denize Ornelas (DENEM), Thiago Inocêncio Constancio (UFF)

RELATOR DOCENTE: Maria Cristina Mazzetti Subtil (UNIPLAC)

RELATOR DISCENTE: Maria Gabriela Lang (UNOCHAPECO)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

João José N. Marins (ABEM/FNEPAS)

- a) O tema da oficina
- b) Considerando os desenhos políticos pedagógicos dos cursos de graduação devam estar vinculados aos princípios do SUS e norteados pelas diretrizes curriculares a oficina tem por objetivo aprofundar o debate visando a construção de um referencial teórico que oriente a organização de práticas da atenção básica no processo de formação dos profissionais da saúde e a construção de instrumentos de pactuação entre as instituições de ensino e a de serviços em territórios de aprendizagem, onde atuam equipes transdisciplinares.
- c) A oficina foi dividida em três grupos para discutir o que cabe a escola e o que fica sob responsabilidade do serviço de saúde. Esses grupos serão constituídos de COORDENAÇÃO e dois relatores.

Primeira etapa: O registro das experiências e propostas referentes à integração ensino-serviço-sociedade nos territórios deverá enfatizar:

- as práticas a serem desenvolvidas
- os cenários de aprendizagem mais adequados
- as metodologias de aprendizagem recomendadas
- a avaliação da aprendizagem requerida
- a existência e a organização de trabalhos de equipes transdisciplinares
- o referencial teórico que fundamenta as ações
- a importância da produção do conhecimento
- a existência, a necessidade e a forma de desenvolver a educação permanente para docentes e pessoal do serviço.
- a abrangência dos mecanismos de gestão
- a forma de controle social.

Segunda etapa: Construção de instrumentos de pactuação entre gestores e formadores para o desenvolvimento de práticas em instituições e territórios de aprendizagem.

Grupo A: Papel e atribuições nas instituições de ensino



RELATÓRIO FINAL



Grupo B: Papel e atribuições nas instituições de serviço

Grupo C: Sugestões quanto ao processo de construção, níveis de abrangência, formatação e formalização dos instrumentos de pactuação em função das diversas características loco-regionais.

Terceira etapa: Apresentação e debate dos relatórios dos grupos referentes às etapas da primeira e segunda fase em plenária.

Sala C (8:30-10:30) PAINEL- Políticas e financiamento das mudanças curriculares

COORDENAÇÃO: José Paranaguá Santana (OPS)

PALESTRANTES: Geraldo Cury (SGTES/ MS), Ângela Carneiro (CONASEMS), José Olindo Duarte Ferreira (UFJF), Paulo Navarro (UFPB/ DENEM).

RELATOR DOCENTE: José Roberto Bresolin (UNIVALI)

RELATOR DISCENTE: Enrique Pokulat (UPF)

Geraldo Cury (SGTES/ MS)

- a) O grupo da SGTES está discutindo a revisão da Portaria 198, relata ainda a dificuldade de todos em trabalhar com educação permanente, uma vez que não é aquilo que já temos pronto para oferecer mas sim, oferecer aquilo de que o serviço necessita.
- b) O novo instrumento de financiamento é o Pacto de Gestão, uma vez que está posta a impossibilidade de financiamento via UNESCO que foi muito utilizado nos pólos de educação. O pacto de gestão define as instâncias legais do SUS é que devem opinar sobre o financiamento.
- c) A reformulação da 198 à luz do pacto de gestão é que deve regular todas as ações inclusive a EP. Hoje todos os projetos são analisados nesta ótica.
- d) O professor trouxe para conhecimento as formas de entrar com projetos junto à SGTES:
- e) Fundo Nacional de Saúde, onde no site do fundo estão todos os documentos que devem ser preenchidos; b) Pró-Saúde, inicialmente com 03 cursos, realizado no final do ano passado, os cursos contemplados foram chamados para rediscutir partes do orçamento, segundo o professor o objetivo desta discussão não era realizar cortes mas sim, adequar os projetos. Nestes projetos os recursos eram prioritariamente para a rede pública de saúde, não importando se a instituição é pública ou privada, sendo estes recursos repassados pelas instituições de ensino. No mês de novembro deve haver o lançamento de nova portaria para novos cursos da área da saúde.

Ângela Carneiro (CONASEMS)



RELATÓRIO FINAL



- a) A partir da constituição de 88, municípios passaram a ser protagonistas das mudanças políticas de saúde (gestores municipais). As universidades estão iniciando participação na gestão de saúde nos municípios através dos pactos com os gestores municipais. Dificuldades de qualificação de profissionais médicos adequados à necessidade dos municípios. Políticas inovadoras devem ser implantadas para melhorar a relação entre as instituições, universidades e municípios.
- b) Desconstrução do modelo até agora posto, a formação do estudante a partir da rede básica, qual o custo e quem paga, segundo a palestrante os municípios não tem condições para assumir esta conta. Muitos municípios com pouca possibilidade de geração de receitas. Necessidade de recursos dos estados e da União, uma vez que tem necessidade de adequações para o recebimento dos estudantes, alguns municípios relatam um aumento de 30% nos custos quando tem estudantes na rede.
- c) Necessidade de distribuir os alunos em todas as unidades para que não se criem ilhas de atendimento. Bolsas de residência multiprofissional em saúde, utilizando os estudantes para o atendimento na rede, coloca ela que isto requer cuidados.
- d) Os municípios podem participar de outras maneiras, trocas com o serviço, os servidores podem ser preceptores, o que melhoraria a relação academia/serviço.

José Olindo Duarte Ferreira (UFJF)

- a) Comprometimento da formação de profissionais capazes de lidar e se envolver com os desafios do SUS, de acordo com as DCN. Pós-graduação somente para a formação de especialistas necessários. Lógica de formação para atenção primária (80%). O hospital é necessário para um pequeno percentual da população, apesar do incremento da tecnologia e outras “novidades” do mundo atual.
- b) Formação de RH em saúde, envolvendo vários ministérios, setores COMUSA, Secretaria Estaduais, etc. Colocações políticas necessitam do entendimento para facilidades na implementação de mudanças dentro do currículo, para a formação de um novo profissional, que diminua custos e aumente sua resolutividade.
- c) Adaptação dos currículos às DCN, envolvendo todos os atores tendo necessidades de políticas de financiamento, como a melhoria da remuneração/financiamento da atenção primária para motivar futuros profissionais; criar políticas de cargos e salários que envolva a AP; criar estímulos financeiros para preceptor não docente dos serviços (MS, SES, SMS); fazer constar no contrato de trabalho a função de preceptor; edital do MEC 01/2006/INEP/CAPES; implementação dos pólos; incentivar pós-graduação em saúde da família; que as fundações de apoio ampliem suas áreas de atuação; recomposição salarial e



RELATÓRIO FINAL

do quadro de professores; política de gestão para hospitais de ensino; claro apoio político dos dirigentes acadêmicos; parcerias cada vez mais próximas e efetivas com os gestores/profissionais dos SUS; EC – 29; aprender SUS/Ver SUS; emendas parlamentares e outros financiamentos possíveis.

d) Projetos importantes o PROMED e PRO-SAÚDE.

Paulo Navarro (UFPB/DENEM)

a) As mudanças são necessárias e há ainda muitas dificuldades dentro da academia, sendo que professores ainda não acreditam nisso. Os profissionais formados hoje não atendem as necessidades do SUS. Se os profissionais da rede não estão preparados para esta mudança nem a academia está formando para isto, tornando-se um ciclo vicioso.

b) O que se espera do curso de medicina? A resposta que aparece dos acadêmicos em início de curso ainda é manter o que está posto. Relata a necessidade de avaliar o perfil do ingressante. Os professores relatam que o seu chefe é o Ministério da Educação e não o Ministério da Saúde, por isso não se entregam para as mudanças.

c) O Pró-Saúde traz a obrigatoriedade da pactuação academia/serviço.

d) Necessidade do envolvimento direto do movimento estudantil na gestão dos recursos, uma vez que ele está em muitos casos envolvidos na mudança. A mudança é imperativa, o povo do Brasil, segundo o acadêmico, está gastando mal na formação de médicos na escola dele.

O movimento estudantil deve ser valorizado como ambiente formador.

SALA D (8:30-10:30) PAINEL - Como avaliar adequadamente o estudante de Medicina ao longo do curso de graduação

COORDENAÇÃO: Elizabeth de C. Castro (FFFCMPA)

PALESTRANTES: Ruy Guilherme Silveira de Souza (UFRR), Adriana Cavalcanti de Aguiar (Univ. Estácio de Sá), Eliane Rocha Tomic (USP)

RELATOR DOCENTE: Eliana de Andrade Trotta (UFRGS)

RELATORES DISCENTES: Christofer Balen (UFRGS), Stevan Bernardon Mar (UPF)

Ruy Guilherme Silveira de Souza (UFRR)

a) Ressaltou a necessidade da validade do método para se ter uma avaliação adequada, citando exemplo do “rabo que abana o cachorro”.

b) Deixou claro as necessidades de avaliar a comunicação, o pensamento crítico, as competências interpessoais, o aprender a aprender, o entendimento trans-cultural, os valores e a integridade.



RELATÓRIO FINAL



c) Citou que as necessidades do curso surgem das demandas sociais tendo como valores fundamentais a equidade e a validade.

Caracterizou equidade: reflexão de como se inicia o curso de graduação (questão do cursinho – treinamento de aprendizado). Não se consegue produzir diversidade entre os alunos, dificuldade de fixação dos médicos em locais difíceis que esta relacionada com a seleção dos candidatos. Seleção de alunos conforme o perfil de egresso que se quer (maioria das escolas não sabe que perfil quer). Ressaltou que o aluno tem que ter entendimento do que se quer.

Caracterizou validade: abordagem de conteúdos relevantes, coerentes, definição de objetivos institucionais e perfil de profissional que se quer formar.

Apresentou a Taxonomia de Bloom: aspectos cognitivos, psicomotor e afetivo.

Apresentou o Currículo Espiral: atitude habilidade e cognição.

Apresentou a Pirâmide de Mile: tendo como base o saber (testes factuais); o saber como (testes contextualizados); demonstrar (OSCE); e fazer (testes de performance – mini CEX).

d) Apresentou resultados em Roraima colhidos de 1999 até 2006 (portifólio, OSCE, mini-CEX), citando que o treinamento de médicos residentes pode auxiliar na avaliação, se houver falta de avaliadores para o OSCE.

e) Haverá seleção de 2 candidatos da comunidade indígena, não por condição de cota mas por necessidade da comunidade.

Referencia citada: Ann Int Méd 2003; 138:476 – 481.

Adriana Cavalcanti de Aguiar (Univ. Estácio de Sá)

a) Mostrou a análise preliminar das entrevistas, que visaram a apropriação dos conceitos de habilidades e competências, onde surgiu uma diversidade de respostas.

Eliane Rocha Tomic (USP)

a) Apresentou Teste de Progresso realizado na FMUSP e Teste Interinstitucional. Considerações gerais sobre instrumentos e métodos de avaliação: confiabilidade do instrumento (fidedigno, válido, questão do custo do instrumento). No teste avaliaram se ocorreu ganho de conhecimento ao longo do curso de medicina da FMUSP com prova de questões objetivas distribuídas em curso básico, clínico e internato. Usaram médias e análise estatística. Apresentou resultados obtidos com aplicação dos testes ficando dentro do padrão mundial.

b) Teste Interinstitucional aplicado em 2005 em 6 faculdades: Prova elaborada em conjunto segundo diretrizes curriculares em forma de 20 questões distribuídas em 6 áreas básicas. Nos próximos testes está previsto a participação de 8 universidades.



RELATÓRIO FINAL



SALA E (8:30-10:30) CONFERÊNCIA - Qualidade de vida do estudante de Medicina

COORDENAÇÃO: Milton Arruda (USP)

PALESTRANTE: Patrícia Tempski Fiedler (FEPAR)

RELATOR DOCENTE: Carla Perin Salles (UPF)

RELADORES DISCENTE: Camila Silva Justo (FFFCMPA), Sílvia Bassani Schuch (UPF)

Patrícia Tempski Fiedler (FEPAR)

a) Apresentação dos resultados da Avaliação da Qualidade de Vida do Estudante de Medicina e a influência exercida na formação acadêmica.

b) O índice de suicídio entre estudantes de medicina é 4 vezes maior que na população em geral;

c) Estresse do curso de Medicina: carga horária extensa, pouco sono, pressões acadêmicas, competição, pouco tempo para lazer, dificuldade de adaptação, desumanização, dificuldade na relação docente-discente e médico paciente;

d) Metodologia: pesquisa qualitativa (permite a compreensão de fenômenos, crenças, comportamento e inter-relações; contextualiza o estudo no âmbito cultural, social e temporal. Não visa generalização, enfatiza o fato, subsídio para a quantitativa) e quantitativa;

Fase I - Pesquisa qualitativa: pesquisa realizada em grupos focais, com alunos de 6 faculdades de medicina, envolvendo alunos do primeiro ao sexto ano. Constroem-se novas idéias e discussões com base nas opiniões de experiências de outros alunos;

e) Questões abordadas: o que significa ter qualidade de vida? Quais fatores diminuem a qualidade de vida no curso? Quais aumentam? O que poderia ser mudado para melhorar a qualidade de vida no curso?

f) Fase II – Pesquisa quantitativa: Escala de Sonolência de Epworth, WHOQOL – Abreviado. Confecção de inventário de qualidade de vida do estudante de Medicina, questionário com 90 questões;

g) Resultados: tabelas com divisões em categorias analíticas, itens e exemplos.

h) Conceito de qualidade de vida. Categorias divididas em satisfação, liberdade, equilíbrio/harmonia, saúde, tempo, inter-relação dos vários aspectos da vida, sentir-se útil, satisfação, liberdade, vínculos afetivos, amadurecimento, tempo, professores, grupos, abuso moral, relacionamento, cobrança, alimentação, PBL, recursos financeiros,

i) Itens: realização dos objetivos, escolhas, trabalho x lazer, sono/alimentação/exercício, lazer/relacionamento/estudo/exercício, social/afetivo/de trabalho e saúde, reconhecimento do paciente, fazer o que dá prazer, diminui devido à carga horária...

j) Tempo é o item que mais pesou na análise, foi o mais mencionado e discutido;



RELATÓRIO FINAL

- l) É difícil mudar o curso, deve-se gerenciar as atividades para que elas se tornem menos estressantes;
- m) Transcrição de aulas gravadas diminuindo a qualidade de vida dos estudantes;
- n) Estudo com cerca de 800 estudantes, com predomínio de alunos nas séries iniciais, 78,56% de escolas públicas, 51,60% da região Sudeste. Estas variáveis não possuem diferença estatística significativa;
- o) A qualidade de vida no curso é pior que a qualidade de vida geral, e tende a piorar no decorrer do curso. As mulheres possuem menor escore na qualidade de vida, o que é igual a outros grupos de estudo;
- p) WHOQOL: diferença significativa no aspecto psicológico e relacionamento social. Além disso, piora no 3º e 4º ano;
- q) Escala de Epworth: 48,1% com pontuação entre 11-24 (índices patológicos), com predomínio de mulheres;
- r) Satisfação quanto ao sono: 37% satisfeitos ou muito satisfeitos. Destes, 55% tinham escores patológicos na Escala de Epworth;
- s) 45,4% insatisfeitos com o curso de Medicina, 46,5% não cuidam bem da saúde, 64,3% ao tem horas de lazer suficientes, 83,8% praticam menos atividades físicas do que gostariam, 64,9% sentem-se pressionados por dependerem dos pais, 45,3% não se concentram no curso, 30,9% não assimilam o conteúdo, 90,1% melhoram a qualidade de vida quando recebem supervisão nas atividades práticas, 76,8% melhoram a qualidade de vida quando entram em contato com pacientes, 74% melhoram a qualidade de vida quando participam de projetos sociais;
- t) Índice Fatorial: Gestão de tempo e interação social é melhor nas mulheres; satisfação com o curso diminui ao longo do curso, relacionamento afetivo tem escore menor nas mulheres, satisfação em ajudar o outro é maior no 5º e 6º ano; sensação de segurança para exercer a profissão é maior no sexo masculino;
- u) Onde devemos atuar: garantir tempo livre para estudo e atividades, tornar o ambiente menos competitivo, combater a excessiva cobrança pessoal, oferecer apoio psicológico e tutoria, melhorar a relação com professores, treinar a gestão do tempo, rever currículo, qualidade da alimentação, criar oportunidades de atuação do estudante em projetos sociais;
- v) Desafio: humanizar o curso, incentivar outras culturas que não só a médica, permitir que o estudante desfrute da vida para além da faculdade, permitir tempo para atividade física, amadurecer a qualidade de vida, ajudar a se transformar no médico que idealizou.
- x) www.fm.usp.br/cedem/qv; tutoria virtual e divulgação dos resultados da pesquisa.

INTERLOCUÇÃO PARTICIPANTE (não identificado)



RELATÓRIO FINAL

- a) A forma como o estudante é tratado no curso influencia como ele irá tratar o paciente futuramente;
- b) O jovem tem mais plasticidade do sono. A causa da sonolência nessa faixa etária é a privação do sono;

SALA F (8:30-10:30) MESA REDONDA - Trabalho médico e sistema capitalista

COORDENAÇÃO: Dagoberto Godoy (UCS)

PALESTRANTES: Jose Erivaldes Guimarães de Oliveira (Secretário Geral da FENAM),

RELATORES DISCENTES: Índrea Facenda Falavigno (UPF), Caroline Balvedi Gaiewski (UPF), Caio César Bezerra da Silva (UFPA)

José Erivaldes Guimarães de Oliveira (FENAM)

- a) Taylorismo, Fordismo, Toyotismo: competitividade, modernidade: produtividade e qualidade.
- b) Abandona-se os valores e ideais humanísticos. Implementam-se valores e ideais pragmáticos e mercantis.
- c) Especialização: nova delimitação do objeto de intervenção.
- d) Perda da autonomia do médico: Presença do Intermediário (Estado, empresas médicas, seguro saúde)
- e) Reconstrução da Autonomia Profissional: Monopólio do Saber e Monopólio da Prática.
- f) A prática médica tradicionalmente liberal é cada vez mais uma atividade assalariada. Em 1999: maioria autônomo. Mulheres: mais autônomas, pois trabalham em áreas com menos tecnologia, como clínica médica e pediatria. PSF-Brasil: maior parte é contrato temporário.
- g) Repercussões negativas com as novas formas de contratação de serviços médicos: baixa remuneração (tabelas de honorários não pactuada – contrato unilateral), sonegação de benefícios e direitos assegurados, intensificação do trabalho e aumento da extensão da jornada de trabalho (média 3 empregos), irregularidade dos rendimentos devido à demanda variável, pequena ou nula capacidade de negociação com os contratantes (imposição de contratos).
- h) Relatos de Violência nos Postos de Trabalho: Dados de São Paulo: 41%. Destes, 80,48% em hospitais públicos. 48,36% na forma de ameaça, 26,18% em assaltos, 14,91% agressão física. Seqüelas: 60,97% nenhuma, 25,85% mental/psicológica, 2,93% física, 10,25% ambas.
- i) A criação de exército de reserva pelo sistema capitalista seguindo a lei da mais valia (oferta-procura).
- j) O médico é produto de sua ideologia.
- l) Mudança de foco do médico com o paciente para com a instituição.
- m) Reflexo da sociedade mercantilista: foco no aumento da produção (pacientes/hora). O médico deve deixar a visão individualista.



RELATÓRIO FINAL



n) Considerações finais: Estudar Weber e Marx (Sistema Capitalista). Ser profissional liberal do ponto de vista da autonomia de sua atividade.

ENCAMINHAMENTOS

1. Sugestão de Abertura de um Fórum de Capitalismo e Educação Médica imediatamente pela ABEM

SALA G (8:30-10:30) CONVERSANDO SOBRE - Avaliação dos avaliadores; estratégias metacognitivas; avaliação dos PPP; Avaliação mediadora.

COORDENAÇÃO: Silvia Maria de Aguiar Isaia (UFSM/ UNIFRA)

PALESTRANTES: Carmem Lucia Bezerra Machado (UFRGS), Nilva Rech Stedeille (UCS), Maria Helena Itaquí Lopes (PUCRS)

RELATOR DOCENTE: Maurem Ramos (FAME/UFRGS)

RELATOR DISCENTE: Rafaela Crespo (PUCRS)

Carmem Lucia Bezerra Machado (UFRGS)

a) Apresentação para falar da avaliação do avaliador. A palestrante coloca que é especialista em formação de professores e que ela traz a fala de uma colega para fazer esta conversa sobre a avaliação do avaliador. Coloca sua preocupação sobre a avaliação: avaliar é fazer juízo de valores? Quais valores? Quem avalia o avaliador? Sendo sempre nós avaliadores? Pontos de referência – conhecimentos específicos? É importante dominar este conhecimento? Princípio agregador diversidade, integração. Trabalho como princípio público responsabilidade da universidade, tornar público os princípios, como compromisso. Quando avaliamos enquanto formação como processo permanente. Princípio do individualismo e da solidariedade: ética que se inscreve no texto, mas não necessariamente na prática. No cuidado e atenção ao avaliado. Práxis que se faz cotidianamente.

Quando se fala em avaliação: questões conceituais – para que e por que? Um processo operacional – como e para que? O se busca na avaliação – aluno? Conhecimentos? Mas tem outros elementos – o que está avaliando.

Enquanto processo – papel do avaliado e avaliador. Tipos de avaliação? Técnicas de avaliação? Resultados da avaliação? Quem avalia?

Como refletir sobre a avaliação – objeto, finalidade, metodologia, agente, contextualização.

Apresenta um esquema do livro de Venturelli que sintetiza a avaliação. Coloca possibilidades na avaliação. E pergunta do ponto de vista pedagógico como compreender o esquema? Somente lendo o livro. Isoladamente não faz sentido. Quem avalia o avaliador? A apresentadora coloca sua participação como avaliadora dos trabalhos para o congresso. Ela coloca como ela olha este processo. Difícil este fazer isolado sem contexto.



RELATÓRIO FINAL



Somos avaliadores que nos avaliamos, os estudantes avaliam o docente informalmente. Coloca que avaliação é esta com alta taxa de aprovação, que condição é esta. São os estudantes que são avaliados? Quem somos nós que avaliamos os avaliadores?

Apresenta a pirâmide de aprendizagem e faz comentários. Apresenta a promoção da saúde no contexto da avaliação. Ações que precisam ser avaliadas. Na prática educativa como avaliamos?

É possível ser neutro ao avaliar o avaliador?

Nilva Rech Stedeille (UCS)

a) Estratégias (teorias) metacognitivas

Apresentou a sua aproximação com o tema.

Conceitua. Cognição; estratégia cognitiva; operações mentais; autonomia. Faz comentário sobre autonomia do ponto de vista metacognitivo. Conceitua metacognição; estratégia metacognitiva; capacidade metacognitiva. Significado de possuir estratégias metacognitivas. Elementos essenciais para uso das estratégias. Como podem ser: conscientes e controláveis; contexto; “insights”; dicas; avaliação.

Componentes da metacognição – conhecimento; regulação. Sempre que uma estratégia torna-se conhecida pode ser utilizada por outros.

Metacognição e avaliação – avaliar é um mecanismo de regulação da cognição. Coloca as 3 funções da metacognição. Aspectos que os professores devem levar em conta. Princípios básicos. Coloca algumas intervenções de como o professor pode ajudar o estudante a aprender. Pontua que a metacognição só é eficaz em ambientes interativos, e que o aluno que está interagindo com o conhecimento aprenderá mais do que aquele que só ouve.

Metodologias para favorecer o desenvolvimento metacognitivo e uso de estratégias, como ler várias vezes, organizar idéias e definir metas. Comentou sobre as principais estratégias cognitivas para resolução de problemas. Condutas dos alunos para a resolução do problema.

Maria Helena Itaqui Lopes (PUCRS)

a) Mitos da avaliação

Propõe um exercício rápido, pensando sobre a palavra avaliação: o que surgiria de adjetivos. Os estudos mostram problemas identificados sobre avaliação com professores. Conceitua mito. Apresenta alguns mitos com relação à avaliação, e estratégias que favorecem o mito, através de exemplos do cotidiano de ensino. Coloca problemas relativos as correções e que o ideal é verificar o que e por que o aluno errou. Apresenta como desafio a mudança do conceito de erro. Coloca a necessidade de revisão da avaliação por todos os envolvidos. Há necessidade para alguns professores rever os objetivos educacionais. Como desmistificar um mito? Apresenta os pressupostos da avaliação



RELATÓRIO FINAL



mediadora. O que deve ser revisto como avaliação? Objetivo do trabalho o que devemos avaliar? Apresenta um esquema conceitual sobre avaliação: objetivo; o aluno deve aprender; é possível avaliar; como; qualificar o processo. Coloca pontos que permitem uma visão de conjunto da avaliação. Pressupostos de auto-avaliação. Apresenta o que a avaliação deve e não deve. Faz analogia da avaliação e educação com uma orquestra.

ENCAMINHAMENTOS

1. Como contribuir para melhorar o ensino fundamental e médio para melhorar o ensino superior? A própria universidade ainda não mudou a formação de professores. É preciso: vencer a resistência.

2. Como avaliar a questão do processo de aprendizagem?

3. Por que as mudanças não ocorrem ainda nas escolas de formação de professores? Para mudar tem que considerar os ritmos de aprendizagem de cada um e precisa ser sempre permanente. E é muito lento um processo de mudança.

A capacitação é para todos os níveis.

Maria Helena, 2º grau, reintroduziu a filosofia no currículo, que pode ser uma ajuda. Preparação do aluno pelo professor e inserido ao projeto de curso.

QUARTA-FEIRA – 27 de setembro TARDE (14h -16h)

SALA A (14:00 – 16:00) FÓRUM - Estratégias de trabalho conjunto com outras iniciativas: Ativadores de Mudança, VerSus, Pró-Saúde, Gestão Pactuada e outras

COORDENAÇÃO: Regina Maria Lugarinho da Fonseca (Secretaria Executiva do FNEPAS), Luciana Alves Pereira (Rede Unida), Adriana Aguiar (ABEM)

RELATOR DOCENTE: Elisabete Mitiko Kobayashi Wilson (UEM/PR)

RELATOR DISCENTE: Bernardo Roveda Noronha (UCS)

Luciana Alves Pereira (Rede Unida)

- a) apresentação do FNEPAS; estratégias do desenvolvimento e potencialização de projetos.
- b) mudanças na graduação na área de saúde;
- c) desenvolvimento de política de acompanhamento permanente;
- d) projetos coletivos – integralidade e educação permanente;
- e) curso de ativadores de processos de mudança;
- f) formação de facilitadores de educação permanente;
- g) VerSus; ensina Sus
- h) discussão sobre reforma universitária (2004-2005);
- i) instrumentos de avaliação



RELATÓRIO FINAL



j) composição multidisciplinar (onze entidades): enfermagem, medicina, fisioterapia, odontologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social, psicologia, Rede Unida, Abrasco, Abrahue.

Adriana Aguiar (ABEM)

- a) apresentação individual dos participantes
- b) oficina com colocação dos problemas em painel com as seguintes perguntas: quem sou? Onde estou? Como posso contribuir com as ações do FNEPAS? Como o FNEPAS pode contribuir para as minhas ações?

ENCAMINHAMENTOS

- 1 - Auto-avaliação e tomada de conhecimento das pessoas envolvidas no processo de mudanças proposto pelo FNEPAS.
- 2 - Efetivação de estratégias pelo FNEPAS, com desenvolvimento de planos de ação e recursos 2007/FNEPAS.
- 3 - O material coletado na oficina será encaminhado aos participantes via e-mail

SALA B (14:00 – 16:00) GRUPO DE TRABALHO II - Gestão pactuada para os territórios de aprendizagem em saúde

COORDENAÇÃO: João José N Marins (ABEM/ FNEPAS)
PALESTRANTES: João José N Marins (ABEM/FNEPAS), Graça Helena do Canto (UFF)
FACILITADORES: Thiago Inocêncio Constancio (UFF), Denize Ornelas (UFF)
RELATOR DOCENTE: Maria Cristina Mazzetti Subtil (UNIPLAC)
RELATOR DISCENTE: Maria Gabriela Lang (UNOCHAPECO)

João José N Marins (ABEM/FNEPAS)

Baseado no registro das experiências e propostas referentes à integração ensino-serviço-sociedade nos territórios deverá ser focado:

- as práticas a serem desenvolvidas
- os cenários de aprendizagem mais adequados
- as metodologias de aprendizagem recomendadas
- a avaliação da aprendizagem requerida
- a existência e a organização de trabalhos de equipes transdisciplinares
- o referencial teórico que fundamenta as ações
- a importância da produção do conhecimento
- a existência, a necessidade e a forma de desenvolver a educação permanente para docentes e pessoal de serviços
- a abrangência dos mecanismos de gestão



RELATÓRIO FINAL



-a forma de controle social.

CONCLUSÕES

- Necessidade de obter documento formal entre as instituições e que este deverá ser pactuado nos municípios com âmbito estadual e nacional (micro-região como território de aprendizagem) .
- O consenso de que há dificuldades de pactuarmos de uma forma genérica sendo necessário para isso diretrizes de âmbito nacional.
- Atividades discentes dentro da clínica ampliada (biopsicossocial), saúde coletiva (determinantes sociais), integralidade da atenção (acolhimento, vínculo)
- Colegiado composto da instituição de ensino, estudantes, professores, sociedade e com os serviços de saúde, tendo como função a avaliação do processo.
- Certificação do profissional que atua na docência como preceptor do serviço, através da educação permanente.
- Integração multiprofissional e de profissionais das áreas (pediatria, gineco, clínica) para aumentar a resolutividade sempre enfatizando a capacitação destes profissionais em serviço.
- Desenvolvimento do cuidado a partir da atenção primária para a secundária e terciária através de uma rede de serviços articulados com o objetivo de compatibilizar a atenção.
- Convênios, parcerias com instituições diversas para dinamizar o trabalho na rede.

RELATO DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO

Gestão pactuada para os territórios de aprendizagem em saúde– GRUPO 1

Em relação às atribuições do serviço:

- ? O preceptor deve ser a pessoa que está atendendo;
- ? As lógicas do serviço e do ensino são diferentes e devem ser respeitadas (a docência e a assistência); é fundamental que o serviço perceba que a escola está contribuindo para o serviço à longo prazo;
- ? O aluno deve ser bem aceito;
- ? Os profissionais do serviço devem ser preparados para lidar com o aluno;
- ? Deve haver formação de preceptores para desempenhar essa atividade junto ao serviço;
- ? Devem existir diversos cenários de aprendizagem (sala de espera, triagem, arquivo, etc.)



RELATÓRIO FINAL

- ? As práticas de vem ser estruturadas e a estratégia Saúde da família, na unidade de saúde, deve ser eixo do modelo de atenção básica que perpassa pelos três níveis de atenção;
- ? Deve-se desenvolver a lógica do cuidado a partir da atenção primária para a secundária e terciária através de uma rede de ambulatórios articulados; o objetivo da atenção deve ser compatibilizado com o objetivo do serviço;
- ? Deve haver um instrumento político, que teve como origem a lei org. 8080
- ? A solução nacional deverá ser feita em termos regionais;
- ? A construção deve ser feita ao logo do tempo, pois mudam o gestor e o professor;
- ? A pactuação tem referencial intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional, interprofissional. Deve ser mais concreto, a partir do mundo real das pessoas;
- ? A integralidade deve ser um referencial teórico que entrelace todos os processos ensino-serviço; deve-se conhecer toda a dinâmica da rede municipal;
- ? O aluno deve estudar a dinâmica da rede, experiências gerenciais, capacitação em gestão.

Gestão Pactuada para os Territórios de Aprendizagem em Saúde- GRUPO 2

Discussão/ Propostas

1. **Práticas** a serem desenvolvidas:

Pactuação \neq gestão compartilhada (planejamento, execução, avaliação)

Preceptoria \neq multiprofissional

Supervisão: docente/médica

2. **Cenários** de aprendizagem mais adequada

Pactuação \neq unidades de saúde, serviço, hospitais; outros municípios

Ampliação das unidades de saúde e/ou do número de equipes do PSF

3. **Metodologias** de aprendizagem recomendadas

Troca de experiências

Valorização dos saberes populares

Metodologias ativas de ensino

4. **Avaliação** [da aprendizagem requerida]

Aluno, professor, preceptor.

Gestor (IES/serviços), comunidades.

5. **Trabalho de equipe** (existência/organização)

Pactuação \neq equipe transdisciplinar

Gestão do trabalho

6. **Referencial teórico**



RELATÓRIO FINAL



Não positivista - Humberto Maturana/ Paulo Freire

Educação formal, legislação.

7. **Produção do conhecimento**

Ensino/pesquisa/extensão.

Análise de indicadores e outros dados coletados, socialização para a comunidade e divulgação científica.

8. **Educação permanente** (existência/necessidade/forma)

Especialização em Ativação de Mudanças

Especialização de Facilitadores de Educação Permanente

Profissionalização de auxiliares de serviços de saúde

9. **Mecanismos de gestão** (abrangência)

Pactuação \neq governança

Plano de carreira do SUS

Rede de serviços de APS \neq compromisso nacional

10. **Controle social** (formas)

Qualificação dos representantes das comunidades para a participação nos fóruns de decisão: empoderamento, alteridade.

11. **Grupo de Discussão Permanente**

Manter discussão on line e presencial

ENCAMINHAMENTOS

Referenciados em cada relato de grupo

SALA C (14:00 – 16:00) SIMPÓSIO - Promoção da saúde: como inserir nos currículos médicos?

COORDENAÇÃO: Milton de Arruda Martins (USP/ABEM)

PALESTRANTE (S): Marco Akerman (FMABC), Guilherme Cavalcanti de Albuquerque (FEPAR)

RELATOR DOCENTE: Izabel Cristina Meister Coelho Lemos (FEPAR)

RELATOR DISCENTE: José Mauro Zimmermann Júnior (UFRGS)

Marco Akerman (FMABC)

a) Reflexão por parte dos presentes sobre a promoção da própria saúde.

b) Leitura do texto “Saúde e Conselhos” de Moacyr Scliar e posterior análise de textos de alunos que conceituaram saúde embasados nesse texto. Percepção da diversidade de conceitos entre os estudantes.



RELATÓRIO FINAL

- c) Questionamentos sobre a forma na qual o profissional de saúde pode promover a saúde e relato de experiências de inserção da Promoção da Saúde no currículo de Medicina: disciplina eletiva, projetos de extensão, projetos de pesquisa.
- d) Discussão do conceito de Promoção de Saúde na perspectiva da Carta de Ottawa e da 8ª Conferência Nacional de Saúde.
- e) Pontualização das oportunidades que alunos e instituições de ensino médico podem ter para promover a saúde: ação sobre determinantes, participação social (empoderamento/autonomia), Intersetorialidade, formulação de políticas públicas saudáveis.
- f) Relação das formas possíveis de inserção da Promoção da Saúde nos currículos médicos: problematização mais sistematizada do conceito de saúde com docentes e discentes, reflexão contínua sobre condutas individuais quanto aos estilos saudáveis, introduzir o debate sobre construção multi-nível de autonomias, disciplinas eletivas/oficinas com produção de textos sobre o tema para que seja usado como material didático, qualificar a extensão com tecnologias sociais, pesquisa interdisciplinar.

Guilherme Cavalcanti de Albuquerque (FEPAR)

- a) Relação do Estado e Promoção de Saúde no contexto capitalista neoliberal. Conceituação dos determinantes estruturais de saúde.
- b) Estatísticas mundiais de exclusão social e sua relação com a Promoção da Saúde.
- c) Análise crítica de textos do Ministério da Saúde que possibilitam uma leitura de Promoção da Saúde na lógica neoliberal.
- d) Discussão da inserção da Promoção da Saúde nos currículos médicos: promover melhores condições de vida para os estudantes (principalmente residentes); demonstração dos nexos individual, particular e geral; desenvolver ações de educação em saúde; percepção da relação entre o individual e o social.
- e) Crítica à “moda do auto-cuidado” e ao papel do médico não como sendo aquele que traça planos de mudança social, mas que facilita essa mudança para os indivíduos e grupos que necessitam e requerem mudanças.

SALA D (14:00 – 16:00) MESA REDONDA - Evidências Científicas na Formação Médica

COORDENAÇÃO: George Dantas (UFRN)

PALESTRANTES: Ricardo de Lima Zollner (UNICAMP), Airton Tetelbom Stein (FFFCMPA)

RELATOR DOCENTE: Eloá Rossoni (UFRGS)

RELATOR DISCENTE: Jonatas Deon (FFFCMPA)

Bibliografias recomendadas por Ricardo de Lima Zollner (UNICAMP) no contato prévio



RELATÓRIO FINAL

SACKET, David. Medicina baseada em evidência.

Bibliografias recomendadas por Airton Tetelbom Stein (FFFCMPA) no contato prévio

FLETCHER, S. Epidemiologia Clínica.

Ricardo de Lima Zollner (UNICAMP)

Experiência da implantação de disciplina de graduação com a utilização de ferramenta da Medicina Baseada em Evidência na UNICAMP

a) Objetivo geral: Preparo do aluno para tomada de decisão a partir de corpo docente especializado e acesso a informação para tomada de decisões.

b) Objetivo específico: habilitar o aluno para identificar os estudos de melhor qualidade científica a fim de qualificar o diagnóstico e o tratamento do paciente.

c) Metodologia de ensino: modelo geral de investigação de hipóteses diagnósticas e terapêuticos; acesso ao gerenciamento de informações; abordagem crítica da literatura médica, discussão crítica de diretrizes e consensos (equipe multiprofissional), consolidação das estratégias de decisão diagnóstica e terapêutica, frente a informações disponíveis e qualificadas.

Deve ser estimulada a discussão crítica dos consensos e diretrizes existentes no Brasil.

A adoção de MBE pressupõe mudança de paradigma no ensino – unir experiência clínica com o método científico e clínico. Mudança da aquisição de conhecimento de memória para a formação de profissionais gerenciadores e críticos da informação médica científica. Mudar da visão de doença para a visão do paciente.

d) Dificuldades para a implantação da disciplina: organização do grupo docente, padronização da dinâmica do ensino e do método de avaliação (falta de integração transversal).

Como adequar? Vinculação modular durante os quatro anos, iniciando com Filosofia da ciência e pensamento científico e acesso à informação (primeiro ano), bioestatística e métodos de análise qualitativa (segundo ano), epidemiologia (terceiro ano); medicina, evidências e decisão (quarto ano).

Airton Tetelbom Stein (FFFCMPA)

Evidência Científica na Formação Médica

a) Contextualização do tema no sistema de saúde: transição epidemiológica e demográfica, transição nutricional, grande variabilidade clínica, identificação de intervenções efetivas, valorização da Atenção Primária à Saúde e uso racional dos recursos.



RELATÓRIO FINAL

A adoção de novas tecnologias atinge um ponto de saturação após um certo tempo; nos serviços de saúde, entretanto, ocorre descontinuidade. O cenário que deve ser estimulado é o de custo baixo com alta efetividade, a indústria farmacêutica estimula o contrário.

b) Por que a medicina deve basear-se em evidência: grande volume de conhecimentos (12 artigos/dia), várias fontes de informação, dados controversos, exigências da sociedade.

c) Aspectos relevantes na prática médica atual: avaliação de risco e segurança das intervenções médicas, informação em saúde, saúde ocupacional, expectativa dos pacientes, rastreamento e medicina preventiva.

d) A medicina baseada em evidência auxilia no diagnóstico através dos testes de rastreamento (acurácia e precisão), uso adequado da semiologia com foco nas populações humanas. É importante identificar aspectos de benefício e malefício da intervenção.

Quatro etapas: Características do paciente e problema (pergunta), busca de evidência na literatura, avaliação crítica e desfecho da intervenção.

Onde buscar evidências? Artigos científicos/bibliotecas cochrane e nos sites bireme, guideline gov, sumsearch, catbank, uptodate, clinical evidence, portal capes, pubmed, principalmente em estudos de ensaios clínicos randomizados.

Como modificar o comportamento de profissional de saúde: estimular workshops em vez de palestras.

Barreiras para uso da MBE: compreensão de artigos em inglês, professores sem treinamento, limitação de acesso a base de dados. Segundo a literatura, somente 23% das intervenções clínicas são benéficas. Os alunos devem ser estimulados a avaliar criticamente as evidências para adotar uma determinada intervenção, independente da fonte.

ENCAMINHAMENTOS

Discutir a ferramenta Medicina Baseada em Evidência na formação da graduação na área da saúde em um fórum mais amplo no próximo Congresso da ABEM. No prazo de um ano, em Uberlândia. Mesa e platéia

SALA E (14:00 – 16:00) PAINEL - Estágios e vivências no SUS: prós e contras

COORDENAÇÃO: Elson Romeu Farias (SES/RS, ULBRA)

PALESTRANTES: Fernando Maia (UNICAMP/DENEM), Rogério Amoretti (Grupo Hospitalar Conceição)

RELATORES DISCENTES: Glauco Luis Konzen (UFRGS), Camila Viecelli (UCS)

Fernando Maia (UNICAMP/DENEM)

a) Breve histórico sobre a busca dos estudantes, representados pela DENEM, na realização de estágio de vivência do SUS, junto às instituições governamentais;



RELATÓRIO FINAL

- b) Criação dos estágios de vivência (VER-SUS) a partir de 2004;
- c) As dificuldades apresentadas em relação ao funcionamento dos estágios estão na falta de organização dos órgãos responsáveis, falta de apoio financeiro, e questões políticas internamente nas instituições de ensino;
- d) Os fatores positivos apresentados foram a aproximação e o conhecimento do estudante sobre a estrutura e funcionamento do SUS;
- e) Órgãos como ENEN e ENEFI na interlocução e flexibilidade com outros movimentos de órgãos sociais nem governamentais;
- f) Faltou um processo avaliativo consistente, uma seleção transparente e justa e projetos sociais que apoiassem a criação dos estágios.

Rogério Amoretti (Grupo Hospitalar Conceição)

- a) Apresentação dos estágios relacionados ao Grupo Hospitalar Conceição que atua totalmente aderido ao SUS;
- b) Relatou a necessidade de estágios não limitados em tempos tão curtos (de vinte a trinta dias), hoje oferecidos aos estudantes;
- c) Dificuldade em medir o impacto destes estágios no SUS;
- d) Relatou o estímulo do estudante em pensar e intervir na realidade da saúde pública do país através do conhecimento e funcionamento do SUS;
- f) Qual a importância que se dá ao confronto entre medicina eficaz versus medicina preventiva;
- g) Existe uma diferença entre a formação médica hoje e a necessidade social, que estimula a formação e especialistas interessados no mercado e não nos interesses sócias;
- h) É necessária a compreensão da gestão do SUS, e a formação acadêmica dentro das áreas de atendimento primário a saúde, como ferramenta para formar um médico capaz de promover a educação e promoção da saúde, em práticas multidisciplinares, porém sem abandonar os conhecimentos científicos – tecnológicos específicos;
- i) Necessidade de uma maior integração entre MEC – MS; e entre
- j) Políticas de saúde e interesses mercadológicos;

ENCAMINHAMENTOS

1 Valorizar legislação pré-existente através de diretrizes curriculares, pró-med, pró-saúde, VER-SUS, residências multiprofissionais, e outros a longo prazo pelos órgãos públicos , instituições de ensino, políticas públicas sociais, movimentos de estudantes.



RELATÓRIO FINAL

2 Estimular o equilíbrio entre o atendimento básico da saúde (formação de médicos generalistas e preparados para atendimento primário) e o atendimento específico (médicos especialistas) a Longo prazo pelos Movimentos de estudantes e Instituições de ensino.

SALA F (14:00 – 16:00) MESA REDONDA - Educação à distância: vantagens e limitações

COORDENAÇÃO: Ana Estela Haddad (DEGES/MS)
PALESTRANTES: Lúcia Dupret (EAD/ENSP), Chao Lung Wong (USP)
RELATORE DOCENTE: Renata Rosat (UFRGS)
RELATORE DISCENTE: Daisy Pradella (FFFCMPA)

(relatoria realizada, vai se tentar recuperar com a relatora)

SALA G (14:00 – 16:00) OFICINA - Capacitação para avaliação de Tendência de mudanças nas escolas médicas

COORDENAÇÃO: Jadete Lampert (CAEM-ABEM), Ively Guimarães Abdalla, Gianna Lepre Perim
RELATOR DOCENTE: Carla Perin Salles (UPF)

PROPOSTA DA OFICINA NA PRIMEIRA PARTE

- 1) revisão do contexto histórico - paradigmas, concepções de saúde, SUS, avaliação;
- 2) socialização dos conteúdos das Diretrizes Curriculares e SINAES;
- 3) visualização desfragmentada do curso de graduação em medicina – apresentação, questionamentos, discussões;

Jadete Lampert (CAEM-ABEM)

1ª. Parte

Avaliação das escolas médicas

Pablo Picasso com sua obra *Ciência e Caridade*, 1897, onde nós poderemos perceber e refletir sobre a relação entre ciência tecnologia humanismo e espiritualidade. Escolas médicas têm como responsabilidade formar profissionais preparados para estas necessidades. Evolução da medicina durante o século XX, considerando a evolução da relação entre ESTADO E SOCIEDADE onde surge o INPS, o currículo mínimo, INAMPS, Constituição Brasileira, SUS, municipalização da saúde, PSFs e diretrizes curriculares.

NOSOLOGIA caracterizada por pestes, epidemias, endemias, evolui somando doenças crônico-degenerativas, Stress, depressão, AIDS e recrudescimento das infecciosas.

O MERCADO DE TRABALHO está caracterizado por seguradoras de saúde, cooperativas médicas, multiemprego, empresas médicas. O surgimento e organização da CORPORAÇÃO MÉDICA através da criação da: ANM, AMB, CFM, ABEM, ANRM, Código de Ética, CNRM, Ideal serviço, CINAEM.

Estímulos a partir do Informe Lalonde, Declaração Alma – Ata, conferências de Educação Médica de Edimburgo, conferências mundiais de Promoção da Saúde e a concepção de



RELATÓRIO FINAL

integralidade. Estímulo à População e escolas médicas e redução do tempo do conhecimento médico para sair prestando serviços.

Estamos num momento de troca de paradigma, onde existe um processo que necessita de estímulos, homologação de diretrizes curriculares para os cursos de Medicina (CNE/MEC, 2001) é um produto concreto.

Diretrizes curriculares

Define princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos na organização, desenvolvimento.

Competências e habilidades gerais e específicas, promover, informar, encaminhamentos, propedêuticas, reconhecer saúde como direito, garantir integralidade, proteção e na promoção da saúde, tratamento e reabilitação dos problemas de saúde. Modelo de ensinar individualizado:

Discípulo acompanha o mestre, dissociação entre estudo-serviço, com o novo currículo busca-se resgatar. Realizado está distante do desejado por diversos aspectos. Ninguém conhece o que não mede. O que avaliar e Como avaliar.

Quem avalia o processo são os atores internos e externos, e esta pode ser somativa ou formativa. Avaliação como processo para acompanhar e ajustar mudanças, através do conhecimento do realizado, frente ao desejado, e do possível. Avaliações em Educação superior a partir do início da década de 90. Avanços com o PROMED e PRÓ-SAÚDE

Caem / ABEM

Tipologias das escolas

Capacitação de equipes em oficinas regionais da ABEM.

Aplicação do instrumento através do termo de adesão e auto-aplicação de cada escola.

Retorno às escolas

Exercício de visualizar o conjunto.

Perceber o todo e as partes.

Interação dos atores. Indutor de mudanças.

Mundo do trabalho com carência e emprego, base econômica e prestação de serviço.

Projeto pedagógico, biomédico epidemiológico-social, com aplicação tecnológica, produzindo o conhecimento e Pós-graduação e educação permanente.

Abordagem pedagógica na estrutura curricular, orientação didática com apoio e tutoria.

Cenários de práticas com locais de práticas, com participação discente e âmbito escolar com possibilidades de interagir.

Desenvolvimento docente na formação didático-pedagógico, técnico-científica, preparo para atuar, desenvolver atividades integrando com a assistência e comunidade, com capacidade e treinamento gerencial.



RELATÓRIO FINAL



Construir para o desenvolvimento de uma cultura.

QUARTA-FEIRA – 27 de setembro TARDE – 16h 30min – 18h 30min

SALA A (16:00-18:30) PAINEL - Criação de novas escolas

COORDENAÇÃO: José Guido Corrêa de Araújo (ABEM)

PALESTRANTES: Ronaldo da Rocha L. Bueno (AMB), Denize Ornelas (UFF/DENEM)

RELATORES DISCENTES: Fairuz Castro (UFRGS), Sthevan Bernardon Mar (UPF)

Ronaldo da Rocha L. Bueno (AMB)

- ? Conceituou os objetivos da formação profissional em medicina através da constituição federal.
- ? Falta de entrosamento entre os Ministérios da Educação e da Saúde e ausência de propostas articuladas que levam ao cumprimento da constituição.
- ? MEC não quer abrir mão de suas prerrogativas e atribui caráter terminativo aos pareceres do CNS.
- ? Definiu os objetivos da formação profissional em medicina, o compromisso social da escola médica para aprimoramento do SUS, a necessidade de profissionais com vivência e a experiência e domínio da tecnologia e o compromisso com a interdisciplinaridade.
- ? Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina: formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitação baseada em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde.
- ? A resolução do CNS/CES, de novembro de 2001, criou diretrizes para a formação de novos cursos, que privilegiou a abertura de novas escolas em instituições privadas, cujo objetivo central é o lucro, ignorando outros preceitos para a abertura e seduzindo o governo e a comunidade com o argumento da melhora na saúde da população.
- ? Existem hoje muitas escolas no Brasil, com distribuição inadequada dos médicos e concentração em grandes e médios centros.
- ? Ensino médico: interesses econômicos e políticos.
- ? Qualidade: escolas com baixa qualidade.
- ? Formação insatisfatória.
- ? Pré-ENEM: alto custo com hospitais universitários
- ? Disparidade: crescimento do número de médicos com o aumento populacional.

RELATÓRIO FINAL

- ? Fez uma volta histórica da criação das escolas médicas no Brasil, desde a época colonial até o regime democrático, nas duas últimas décadas foram criadas mais faculdades que no restante da história.
- ? Revelou que o Brasil é campeão de escolas médicas (157) comparando com outros países como China, Índia e EUA.
- ? Cenário sombrio: faculdades abertas sem hospital universitário, corpo docente fictício, 6 em 10 atingem a residência médica e confessa que, desta forma, erros médicos serão inevitáveis.
- ? Baixa qualidade de ensino: avaliados pelo ENADE e pelo Provão.
- ? O que fazer? Diminuir impacto, aprovação projeto de lei, criação de vagas submetidas ao conselho nacional de saúde através da necessidade social.
- ? Cobrou o cumprimento da legislação vigente na SES, não havendo respeito aos pré-requisitos para a autorização da abertura de novas escolas. Decreto 3860 padrões mínimos de qualidade
- ? Cobrar secretaria de educação superior controle efetivo da abertura de novas vagas cursos já em funcionamento
- ? Reivindicação da classe médica, também da sociedade.
- ? Reivindicação cumprimento pelos órgãos competentes
- ? Conclusão: descompasso

Denize Ornelas (UFF/DENEM)

- ? Falou sobre a sensação de impotência diante dos dados apresentados pelo palestrante anterior.
- ? Papéis do CNS e CNE, que tipo de médico o país quer.
- ? Trabalho do médico visto como mercadoria (na realidade é uma venda).
- ? Há falta de integralidade das escolas com o SUS: públicas, por falta de verba; particulares, por falta de interesse, visto que buscam o lucro.
- ? Questionamento sobre se há realmente um interesse em que as faculdades públicas sejam sucateadas para que as universidades particulares possam se beneficiar disso.
- ? Desequilíbrio entre a forma de abertura, a forma de avaliação e a integração dos novos cursos com a rede de serviço.
- ? Como organizar isso? Parar com a abertura?
- ? Segundo as discussões da DENEM, o problema está em mercantilizar à saúde e a educação.



RELATÓRIO FINAL

- ? MEC tem servido aos interesses do mundo político, sendo conivente com a abertura de escolas privadas indiscriminadamente.
- ? Questionou sobre o vínculo do CNS com os interesses privados, havendo uma disputa de interesses dentro do próprio conselho.
- ? Já existem critérios pré-determinados para a criação de novas escolas que não vem sendo cumpridos. A pauta de discussões sobre a mercantilização da educação e da saúde tenta encontrar onde está o problema que impede tal cumprimento.
- ? Citou o modelo vigente no Canadá, o qual elaborou uma reforma, nas décadas de 1960 e 1970, que atingiu a meta de controle da saúde pelo estado, centrando cerca de 50% vagas das universidades para médicos de família, dentre outras medidas não explicitadas.
- ? Mudança no mercado de trabalho atual, sendo este um processo dinâmico; reorganização da medicina como uma profissão; necessidade de um planejamento para esse novo contexto.
- ? Posicionou-se contra a abertura de novas escolas médicas privadas e públicas sem real necessidade.
- ? Explanou a necessidade de se ter uma ação em conjunto entre as várias entidades médicas (ABEM, DENEM, CFM, dentre outras).
- ? Pede um posicionamento das entidades médicas para que haja discussões, esclarecimentos e que se faça cumprir das regulamentações já homologadas.

SALA B (16:00-18:30) CONFERÊNCIA - Ensino do uso racional de medicamentos durante a formação médica

COORDENAÇÃO: Maria Beatriz Cardoso Ferreira (UFRGS)

PALESTRANTE: Clarice Petramale (ANVISA/MS)

RELATOR DOCENTE: Ari Vieira Lemos Júnior

RELATOR DISCENTE: Stéfano Milano

Clarice Petramale (ANVISA/MS)

- a) O uso racional de medicamentos (URM) refere-se ao manejo adequado da medicação, sendo, atualmente, um grande desafio para os profissionais de saúde.
- b) Os principais vícios de prescrição são relacionados ao uso desnecessário de antibióticos, ansiolíticos, antidiarreicos e anti-hipertensivos na população em geral.
- c) A gravidade do assunto pode ser percebida na constatação de que os efeitos adversos causados pelas medicações são a oitava causa de morte nos EUA.
- d) Os principais obstáculos do URM no Brasil são: a ampliação crescente do mercado de medicamentos, o uso da medicação como única forma de terapia e o aumento da



RELATÓRIO FINAL

propagandas em todos segmentos da sociedade. Além disso, a retirada da disciplina de Terapêutica Clínica dos cursos de medicina e farmácia em 1969 dificulta, ainda mais, o complexo processo.

e) Em nenhum momento do curso de graduação ou da residência o médico aprende a fazer uma prescrição levando em conta a segurança, a efetividade e o custo.

f) O ensino do URM deve ser baseado em evidências clínicas, sendo necessária a permanente atualização. No Brasil, através de cursos, convênios com universidades, pesquisas e congressos, tal ensino vem aumentando sua participação na formação médica.

g) Os médicos têm a responsabilidade de garantir que o medicamento adequado seja prescrito corretamente, garantindo, dessa forma, a qualidade de vida do seu paciente.

ENCAMINHAMENTOS

1. Um congressista presente discordou veementemente do COORDENADOR da palestra no que se refere ao uso do DEF (dicionário de especialidades farmacêuticas) pelos profissionais da saúde, já que, segundo ele, tal bibliografia carece de legitimidade. Além disso, mostrou-se consternado com a dependência atual da população pelos mais diversos tipos de medicação, refletindo a baixa qualidade de vida das pessoas.

2. Outro congressista disse que “é preferível ter o DEF do que não ter nada”, discordando parcialmente do congressista citado anteriormente. Ele também questionou à palestrante sobre a posição da ANVISA no que se refere à prescrição de medicações por enfermeiros ou atendimento ambulatorial por auxiliares de enfermagem e não por médicos, de forma que a resposta foi que a ANVISA não possui responsabilidade nas ações supracitadas, não tendo uma posição definida.

3. O Coordenador da palestra falou que é muito importante o trabalho que ANVISA vem estimulando: o uso racional de medicamentos no Brasil. Além disso, refere que os estudantes devem ser proibidos de usar produtos de marketing da indústria farmacêutica.

4. A palestrante disse, nos comentários finais, que é uma forma de cidadania o uso correto da medicação no tratamento dos pacientes.

SALA C (16:00-18:30) SIMPÓSIO - Educação médica, inserção internacional.

COORDENAÇÃO: Regina Maria Lugarinho (UNIRIO, ABEM)

PALESTRANTES: Luiz N. Ferreira (FEPAFEM), Mário Fresta (CEDUMED), Sawllus Coelho (FDABEM, UFF, DENEM)

RELATORES DOCENTES: Tatiana Lopes de Almeida (Universidade São Francisco), Rodrigo Ferrarese (Universidade São Francisco)

RELATOR DISCENTE: Luciana Maria Bernarndi Cioffi (UCS)

Luís N. Ferreira (FEPAFEM)



RELATÓRIO FINAL



a) A FEPAFEM tem por finalidade primordial melhorar a educação médica na América, mas possui alguns fins específicos:

- * Intercâmbio de experiências locais, regionais (Mercosul...), internacionais: China, Europa
- * Projetos de crescimento profissional
- * Normas gerais para abertura de escolas médicas
- * Alianças estratégicas

b) Um estudante de medicina passa por algumas fases para seu crescimento profissional:

- * seis anos de graduação
- * Verificação de competências
- * aproximadamente três anos em uma residência
- * e o resto da vida no desenvolvimento e ganho de experiências (reciclagens, revalidações...) que garantem a qualidade do trabalho.

c) Os promotores do intercâmbio são:

- * associações profissionais, científicas
- * Faculdades e universidades
- * instituições de investigação
- * Indústrias farmacêuticas
- * empresas de saúde

d) Há algumas dificuldades para o intercâmbio, apesar disso, as empresas que o fazem, como a FEPAFEM e a WFME, verificam uma maior internacionalização de estudantes e um suporte fornecido a acordos, como ao MERCOSUL e ao NAFTA.

Mário Fresta (CEDUMED)

a) A Angola tem diferenças sociais marcantes quando comparada ao Brasil.

*População muito menor (aproximadamente 1/12 dos habitantes brasileiros).

*Menor PIB.

*Maior número de óbitos infantis.

*Mortalidade materna, resultantes de complicações nos partos, é uma das maiores do mundo..

*Altos índices de pobreza.

*Menor quantidade de médicos.

*Grande disseminação da AIDS.

b) Educação médica na Angola:

A educação médica na Angola começou a ter estabilidade a partir do ano de 1998 após o término dos conflitos na região. Em 2003 foi formado Centro de Educação Médica, cujos resultados até o momento são:



RELATÓRIO FINAL



- * Reforma curricular
- * Avaliação do curso de medicina
- * Revista Americana de Educação
- * Curso de Mestrado em Educação Médica
- * Curso de especialização em administração hospitalar

Sawllus Coelho (FDABEM, UFF, DENEM)

Federação Mundial para a Educação Médica

Federação internacional das Associações dos Estudantes de Medicina

a) WFME-OBJETIVOS

- * Estimular processos próprios de mudança.
- * Avaliação e aceitação nacional

b) Questões:

Financiamento desses processos.

Possibilidade de “roubos” pela mão de obra qualificada.

c) Padrões globais x diretrizes curriculares

Processo de Bologna:

DENEM mostra-se contra o currículo mínimo.

necessidades da população #necessidades da sociedade (essa última muito mais ligada a valores, por exemplo, do sistema econômico vigente-Capitalismo)

Intercâmbios Brasil-Cuba (conhecer diferenças nos sistemas de saúde)

SALA D (16:00-18:30) PAINEL - Gestão da Escola Médica na perspectiva da transformação curricular

COORDENAÇÃO: Derly Streit (FMP)

PALESTRANTES: Álvaro Cabral de Melo Vieira (UPE), Ivan Carlos Ferreira Antonelo (PUCRS), José Tavares Neto (UFBA)

RELATOR DOCENTE: Dagoberto Vanoni de Godoy (UCS)

RELATOR DISCENTE: Natalia Mishima (PUCRS)

Álvaro Cabral de Melo Vieira (UPE)

- a) Gestor da escola é o representante político da comunidade acadêmica devendo ter capacidade de articulação e gestão de pessoas, preservando a vocação humanística da educação médica;
- b) O desafio de gestão é equilibrar as atividades educativas com as necessidades de saúde da população;



RELATÓRIO FINAL



- c) Sem uma decisão política institucional clara dificilmente consegue-se implementar mudanças na escola;
- d) Os problemas têm de ser enfrentados com planejamento que inclua os seguintes temas:
 - ? democratização institucional, b) integração comunitária, c) gestão única, d) revisão da estrutura organizacional, e) criação de espaços permanentes de discussão e inovações (participação docente e discente);
- e) Os professores devem ser capacitados para:
 - ? atuação orientada pelo princípio da interdisciplinaridade, b) prática docente assumida como objeto de investigação, c) participar da construção de uma cultura de educação permanente. A capacitação do professor é mais efetiva se for realizada no próprio local do serviço de saúde;
- f) Os professores devem ser sensibilizados para assumirem o papel:
 - ? de educador e formador, b) sujeito do processo de planejamento e organização curricular, c) facilitador, mediador, orientador, parceiro, tutor, d) docência profissional;
- g) O aluno deve ser estimulado a ser ativo e propositivo;
- h) O hospital universitário deve ser transformado num parceiro da escola através da participação efetiva dos professores no órgão diretivo do mesmo;
- i) O financiamento deve ter uma parcela obtida através de busca ativa de fontes extra-orçamentárias da escola como FIDEPS, PROMED e Pró-Saúde;

Ivan Carlos Ferreira Antonelo (PUCRS)

- a) O trabalho de transformação foi iniciado através:
 - ? do estabelecimento de uma pauta de discussão de diagnósticos de problemas e vantagens, b) reconhecimento da estrutura organizacional da instituição, c) construção de um planejamento estratégico, d) identificação de fontes de apoio político-financeiro, e) avaliação periódica do processo;
- b) As ações estabelecidas pelo planejamento foram:
 - ? promover a reforma pedagógica; desenvolver novos cenários de ensino; realizar o diagnóstico situacional das comunidades atendidas pela escola; construir novo projeto político-pedagógico, avaliação sistemática de gestores e professores por funcionários e alunos; avaliar o desenvolvimento do aluno continuamente; promover melhor qualidade de vida no trabalho, ampliar as ações sociais nas comunidades onde a escola está inserida;
- c) Confrontos devem ser administrados com paciência ao invés de promover rupturas bruscas, já que as vítimas podem retardar o processo evolutivo;



RELATÓRIO FINAL



- d) Desenvolver a idéia de valores em todas as práticas do acadêmico, incluindo as de sala de aula e as de relação administrativa;
- e) Não permitir que as atividades de graduação sejam minimizadas pela pós-graduação;
- f) Foi criado o Núcleo de Educação Médica;
- g) Os departamentos devem adaptar-se às necessidades do curso e não ao contrário.

José Tavares Neto (UFBA)

a) O processo de transformação iniciou com planejamento estratégico procurando atacar principalmente nove nós:

- 1) Resgatar o papel efetivo da Congregação como espaço resolutivo e com atribuições fiscalizadoras;
- 2) Passar a diretoria a ser uma tarefa de dedicação exclusiva;
- 3) Melhorar a interlocução entre os 8 atuais Departamentos e propor nova estrutura departamental (departamentos mais enxutos);
- 4) Incentivar a desburocratização do Colegiado de Graduação e estabelecer normas e rotinas de funcionamento para o mesmo;
- 5) Re-estimular o corpo docente através do Programa alternativo (PAED) de acesso ao Doutorado, e inserir todos os docentes na discussão do projeto de transformação curricular;
- 6) Incentivar, no Projeto de Transformação Curricular, a inserção da atuação de docentes e discentes em cenários localizados em todos os níveis de atenção à saúde.
- 7) Resgatar o corpo de funcionários técnico-administrativos na sua totalidade, abolindo os desvios de função;
- 8) Estimular a participação discente na construção do Projeto de Transformação Curricular;
- 9) Melhorar as relações da Faculdade de Medicina com o restante da comunidade universitária.

SALA E (16:30-18:30) PAINEL - Necessidades de médicos no país

COORDENAÇÃO (ES): João José N. Marins (UFF, ABEM)

PALESTRANTES: Geraldo Luiz Moreira (CFM), Luiz Felipe Pinto (FESO), Gilson Saippa de Oliveira (UFF/ENSP)

RELATORES DISCENTES: Jerônimo De Conto Oliveira (UFRGS), Mariana Venturini (UCS)

Geraldo Luiz Moreira (CFM)

a) Desmistificação de conceitos/dados sobre a necessidade de médicos no país



RELATÓRIO FINAL

- b) Médico é visto como o vilão da desumanização da atenção à saúde, quando na realidade há uma desumanização geral na sociedade.
- c) Número de médicos por dez mil habitantes no Brasil (e regiões) e outros países.
- d) A densidade medicos/habitantes é insuficiente para determinar a necessidade de médicos.

Luiz Felipe Pinto (FESO)

- a) O modelo assistencial adotado define a quantidade de médicos necessária para cada região
- b) Objetivo da pesquisa: caracterizar as escolas médicas quanto a aspectos geográficos, natureza jurídica e número de médicos e criar simulador para analisar as necessidades de médicos.
- c) Metodologia: número de médicos por habitante, o que não aborda todo o contexto médico, sendo avaliado também as características regionais, culturais e econômicas.
- d) Análise de microrregiões através de tipologia: tipo epidemiológico de cada uma delas, localização das microrregiões, número de escolas médicas...

Gilson Saippa de Oliveira (UFF/ENSP)

- a) Médico interfere na demanda e na oferta de empregos (auto-regulação)
- b) A necessidade de médicos é baseada nos sistemas de saúde, os quais são construções históricas, isto é, se baseiam num contexto geral.
- c) Padrão de elegibilidade: direito a acesso definido por: ou poder de compra, ou atividade econômica, ou cidadania...
- d) Modelos institucionais de sistema de saúde (áreas de atuação do médico): monopólio estatal, livre mercado, sistema público e competição gerenciada.
- e) Busca de autonomia médica. Avaliação pela sociedade do papel do médico, relação entre poderes político e econômico.

SALA F (16:30-18:30) – PAINEL - A Residência Médica sob o prisma da ética da profissão: como devem ser abordados os casos pelos Conselhos Regionais de Medicina

COORDENAÇÃO: Maria do Patrocínio Tenório Nunes (Comissão de Residência Médica da ABEM)

PALESTRANTES: Roberto D'Avila (CFM), Gabriel Oselka (CREMESP)

RELATOR DOCENTE: Maria do Patrocínio Tenório Nunes (USP)

RELATOR DISCENTE: Camila Viecceli (UCS)



RELATÓRIO FINAL



Roberto D'Avila (CFM)

- a) Residência médica: Treinamento em serviço sob supervisão (não poderia ficar sozinho durante esse treinamento).
- b) Não seria possível condenar um residente que estaria sozinho.
- c) O médico residente pode participar de intervenções após conversar com seu preceptor.
- d) Quem faz a maior parte das atividades (70% a 75%), de um hospital são os residentes.
- e) Os conselheiros estão trabalhando para que julgamentos sejam evitados.
- f) Em muitos casos de julgamentos, os residentes estavam sozinhos, sem supervisão, assumindo responsabilidade.
- g) Através de pesquisas na medicina, pode-se perceber o aumento de mulheres médicas, marcha em direção às cidades do interior, diminuiu a porcentagem de médicos com residência, aumentou a frequência a congressos, aumentou o percentual dos que têm múltiplas atividades, aumentam os plantonistas, evidenciou-se um achatamento de salários e expectativas, o PSF é percebido como positivo, os convênios hoje são uma realidade, etc...
- h) Epidemiologia das Infrações: impessoalidade dos atendimentos, excesso de escolas médicas, formação técnica humanista deficiente.
- i) Nas denúncias de Santa Catarina, 57% das denúncias eram feitas pela sociedade e 43% foram denúncias feitas pelos próprios médicos.
- j) As médicas foram menos denunciadas e condenadas (Santa Catarina).
- l) Perfil do médico condenado: jovem (41,8 anos), masculino, em torno de 15 anos de prática, G/O ou anesthesiologia (Santa Catarina).
- m) Ter feito a residência e com o diploma de especialista, diminuem as denúncias.
- n) Jurisprudência dos Conselhos: Comete infração ética o médico plantonista que sendo responsável pela internação do paciente, deixa o médico residente responsável.
- o) O palestrante colocou-se contra a greve dos residentes, devido às obrigações que estes devem prestar. A população envolvida não merece esses tipos de manifestações.

Gabriel Oselka (CREMESP)

- a) Quase sempre a pena dada ao residente é mais branda que o julgamento feito pelos colegas.
- b) Não é possível na prática que o residente trabalhe o tempo todo com seu preceptor.
- c) É necessário também saber o grau de independência desejado pelo residente (em alguns casos, ex. consultas).
- d) Os residentes devem ter supervisão em seu treinamento.
- e) A residência é um treinamento sob supervisão.



RELATÓRIO FINAL

- f) Se há responsabilidade compartilhada em alguma ocorrência, ambos poderão ser responsabilizados.
- g) Na realidade, a maioria dos residentes trabalham sem supervisão de seus preceptores.
- h) Reclamação de médica residente pela ausência do palestrante 3. Colocação de que os serviços fundamentais (emergências, UTI's, etc) não devem ser movidos em grande parte por residentes. Necessidade de abertura de mais vagas para residentes, devido ao crescente número de escolas médicas.
- i) Necessidade de conselhos para cobrar maiores informações da imprensa em relação à notícias envolvendo médicos.
- j) Falta decidir quem é o responsável, escalonamento dessas responsabilidades.
- l) Não é aceitável a impossibilidade de supervisão.
- m) O residente tem o direito de se negar a realizar uma atividade ao qual não se sinta preparado, desde que não se configure uma situação de emergência.
- n) Reivindicações dos residentes: Problema com as Bolsas de residência (querem aumento), sem redução de vagas, melhoria de formas de trabalho e qualidade de residência médica.
- o) O que os residentes fazem extra às horas semanais, não são de responsabilidade do conselho.

SALA G – OFICINA - Capacitação para avaliação de tendência de mudanças nas escolas médicas (continuação)

COORDENAÇÃO: Jadete Barbosa Lampert, Ively Guimarães Abdalla e Regina Stella (Caem/ABEM)
RELATORES DOCENTES: Carla Perin Salles (UPF); Jadete Barbosa Lampert (UFSM)

PROPOSTA DA OFICINA PARA A SEGUNDA PARTE

- 4) exercício com o instrumento e esclarecimentos para a aplicação na auto-avaliação da escola;
- 5) capacitação dos participantes na metodologia de avaliação para a realização do exercício avaliativo com o grupo de atores da sua escola e instruções para o envio dos dados à Comissão de Avaliação - instrumento respondido pelo grupo de atores na forma de consenso com justificativas e evidências;
- 6) Termo de adesão e encaminhamentos.

2ª. Parte

FORAM COMPOSTOS GRUPO PARA CADA ESCOLA PARTICIPANTE FAZER O EXERCÍCIO DE DESFRAGMENTAÇÃO E VISUALIZAÇÃO DA UNIDADE DO SEU CURSO DE GRADUAÇÃO

Cada grupo realizou o exercício de responder ao questionário de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação relativo à sua escola, visualizando as ações predominantes com justificativas e evidências. Ao concluir desenhou o perfil da escola, na



RELATÓRIO FINAL



figura da roda, que foi comentada por um dos participantes da Caem/ABEM. Escolas participantes foram habilitadas para aderir ao Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças nos Cursos de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras, da Caem/ABEM. Podem fazer o Termo de Adesão, via site da ABEM www.abem-educmed.org.br, em projetos da ABEM. Para esclarecimentos podem entrar em contato com os componentes da Comissão pelos emails ou telefones disponíveis no mesmo site, ou com a Secretária da ABEM.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



tutores Geralmente na pediatria é muito mais fácil, quando comparada, por exemplo, com a clínica médica; distância das unidades com a universidade.

d) Facilidades – quadro docente diversificado; empenho na implementação das mudanças; recursos do PROMED E PRÓ-SAÚDE.

Thiago Emanuel de Oliveira (DENEM, UFPE)

a) Problemas – transformações curriculares atuais; perfil dos estudantes quando apresentados a outro tipo de medicina entram em conflito; perfil do detentor do saber do estudante de medicina.

b) Escola – local protegido? Arcabouço dos serviços da universidade, conta muito quando o estudante sai da mesma; falta de autonomia dos estudantes no cronograma de atividade; entendimento da escola sobre o serviço; a comunidade-escola tenta produzir novas tecnologias desarticuladas com a qualidade do sistema; grau de inserção/interação com o SUS.

c) Gestor do SUS – definir modelo de atenção a ser definida; suporte estrutural e técnico para que ocorra a mudança.

d) Comunidade – características de cada uma (doenças, processo cultural, fatores econômico-populacionais).

e) Territórios – novo modelo de cuidar, diferente dos modelos do hospital universitário. Trabalho em equipe (extrema dificuldade, por parte dos médicos, de trabalhar em equipe com enfermeiros, auxiliares).

f) Lembretes e estratégias

-o profissional de saúde deve ser militante na implantação do SUS de forma efetiva;

-o processo de formação deve fazer parte da realidade daquele local.

Despir-nos de vícios, preconceitos e lugares comuns.

Ousar mais (procurar não seguir sempre as cartilhas).

Sala B (08:30-10:30) FÓRUM I – TRABALHO EM GRUPO – Plenária Final Aperfeiçoando a avaliação do interno: conhecimentos, habilidades e atitudes.

COORDENAÇÃO: Derly Streit (FM-Petrópolis), Maurício Zanolli (FAMEMA).

PALESTRANTE (S): Eliana Amaral (Unicamp), Rozangela Fernandes Wyszomirska (UNCISAL), Igor Tavares da Silva Chaves (discente UFSC), Tarcísio Machado (FAMEMA)

RELATOR DOCENTE: João Alfredo Piffero Steibel (PUCRS)

RELADORES DISCENTE: Diego Millan Menegotto (UFRGS), Luiz Felipe Bruschi (UPF)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE



FORMULÁRIO DE RELATORIA



Eliana Amaral (Unicamp)

- a) Não existe um modelo ideal de supervisão, cada Faculdade o faz ao seu modo.
- b) Pré-requisitos para supervisão: qualificação clínica, capacitado para a supervisão docente, compromisso com o estudante, com a escola.
- c) Níveis de atuação docente: o Preceptor seria o Nível I, deveria facilitar, avaliar, articular o projeto pedagógico, retro-alimentar, co-colaborar com o Nível II no gerenciamento e gerenciar equipes envolvidas no processo. O Nível II seria o Supervisor de área. O Nível III seria o Coordenador de Internato.

Rozangela Fernandes Wyszomirska (UNCISAL)

- a) A grande maioria faz uma avaliação somativa e subjetiva, utiliza fichas de avaliação; muitas escolas fazem avaliação docente e de estágio.
- b) Quem avalia? Consenso: Auto-avaliação, docentes, preceptores. Opiniões isoladas: pacientes, entre pares, outros participantes (opiniões isoladas).
- c) Quando avaliar? Contínua, no dia-a-dia, com feedback.
- d) O que avaliar? Antes, identificar perfil desejado do egresso. Avaliar docentes, discentes, instituição, estágios e os serviços.
- e) Como avaliar? Avaliação previamente estabelecida, múltiplos métodos, discussão de casos, simulação, portfólio, avaliação formativa, cognitiva, check-list e avaliação 360°.
- f) Ficou evidente a dificuldade de todo grupo de como avaliar e que a avaliação possa servir como instrumento de melhoria.

Igor Tavares da Silva Chaves (Discente UFSC)

- a) O objetivo são 2 anos e privilegiar os 3 níveis de atenção.
- b) Objetivar carga teórica de até 25% do total.
- c) É difícil manter o doutorando no estágio (fuga para cursinhos).
- d) Nível terciário ainda é predominante.
- e) Reprovação quase inexistente.
- f) Poucos preceptores de Medicina de Família.

DISCUSSÃO

- a) Avaliação: Critérios de suficiência? Difícil definir habilidades mínimas, competências e atitudes.
- b) Supervisão à distância em discussão.
- c) Dificuldades no cenário que tem a gestão governamental (municípios).
- d) Respeito para horários de reflexão das atividades praticadas (60hs semanais).



FORMULÁRIO DE RELATORIA



ENCAMINHAMENTOS

Modelos Pedagógicos e Cenários de Prática: COREMES realizem prova práticas; solicitação ao MEC para valorização da graduação.

Sala C (08:30 - 10:30) FORUM II – Indicadores qualitativos e as evidências de mudanças na escola médica - EXPOSIÇÃO E GRUPO DE DISCUSSÃO

COORDENAÇÃO: CAEM/ ABEM; Jadete Barbosa Lampert (UFSM); Gianna Lepre Perim (UEL); Rinaldo Aguilar (FAMEMA); Regina Stella (UNIFESP); Mariana Konder (UFRJ-DENEM)
PALESTRANTE (S): Maria Cecília de Souza Minayo (ENSP/FIOCRUZ)
RELADORES DOCENTE: Ively Guimarães Abdalla; Rinaldo Aguilar (FAMEMA);
RELADORES DISCENTE: Marcos Rodrigo Souza Fernandes (UFPa)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

A Profa. Jadete iniciou apresentando a justificativa da escolha do tema, fez uma síntese da proposta do fórum dizendo que a concepção de avaliação que perpassa o projeto é construtiva. Recorda os trabalhos feitos no primeiro dia do fórum e pede que hoje façamos uma primeira reflexão sobre como as escolas podem construir seus indicadores de qualidade. Isto será feito após a palestra da Profa. Minayo com a palestra “Indicadores qualitativos na mudança da escola médica”.

A profa. Jadete apresenta as evidências que a comissão de avaliação elencou para que fossem iniciadas as discussões sobre a construção de indicadores pelas escolas na oficina do dia 27.

Professora Minayo inicia sua fala explicando que vai centrar sua fala na possibilidade ou não do uso de indicadores de qualidade.

Na avaliação de mudança temos que perceber quais os sinais dessa mudança, pois conforme o fato que observamos é difícil descrever a quantidade e aí é que entram indicadores de qualidade.

Mudança é sempre um processo e quando acontece deve ter parâmetros internos e externos. Esses parâmetros são indicadores. No exemplo da mortalidade infantil, quando dizemos que a taxa está caindo, vemos que está acontecendo uma mudança que implica em indicadores quantitativos fortes como: aumento do salário mínimo, aumento da escolaridade etc. Estes indicadores são ditos tangíveis, isto é, possíveis de mensuração.

Quando nessa avaliação de mudança temos parâmetros ou indicadores que não são tangíveis, dizemos que estes são os qualitativos. Ex. incremento de consciência social/auto-estima/valores/atitudes/liderança.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



Isto nos leva a concluir que para captarmos todo o processo de mudança que ocorre na instituição que estamos analisando dizemos construir indicadores quantitativos e qualitativos, todos a serviço da eficiência da avaliação.

Para a palestrante devemos nos preocupar menos com o abstrato e focar nosso trabalho na eficácia, eficiência, efetividade, impacto. Ao problematizarmos esses aspectos (Qual a eficiência? É eficaz? Qual a efetividade?) Saímos do campo mais abstrato e nos voltamos para um campo mais concreto.

O ideal é que façamos uma combinação entre os indicadores quantitativos e qualitativos.

Um sistema de indicadores deve definir bem qual a concepção que temos da mudança que ocorre; quais os interesses que influenciam nessa mudança quais os atores envolvidos e quais os enfoques que queremos que eles tenham.

Para que possamos construir estes indicadores devemos em primeiro lugar definir de forma clara em qual contexto iremos desenvolver nosso trabalho.

A partir disso temos que definir de modo claro e objetivo quais os objetivos e metas que queremos atingir. Também é importante que procuremos definir os conceitos básicos com que iremos trabalhar e estabelecer conexão entre as partes envolvidas no processo avaliativo.

Atualmente na área médica usa-se muito, na avaliação qualitativa, escala de satisfação.

Os indicadores qualitativos são os que nos mostram adoção ou rejeição de atitudes, valores, estilos de comportamento e consciência.

As estratégias qualitativas se voltam para mensurar valores, opiniões, relações e vivências intersubjetivas.

Um trabalho que pode ser feito na avaliação qualitativa para construção de indicadores é através de entrevistas com população atendida por médicos no PSF para verificar seu nível de satisfação ou não com o atendimento. Essas entrevistas gerarão os indicadores para nossa avaliação.

Há alguns princípios que devem nortear nosso trabalho em avaliação qualitativa. São: a assistência, coerência dos marcos e das formas de construção dos indicadores, os quais interferem na validade e confiabilidade da pesquisa. Construir indicadores qualitativos é algo que vai se aperfeiçoando no tempo e podemos ter indicadores bem gerais e mais específicos.

Após finalizar sua palestra a Profa. Minayo pede que mostremos as evidências levantadas no cenário de práticas para que possamos fazer um exercício de construção de indicadores qualitativos.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



No vetor Local de Práticas observa que as evidências podem se transformar em metas e com isso é iniciado um debate sobre a construção dos indicadores a partir das evidências elencadas pela comissão do projeto.

Explicita alguns conceitos como:

Meta – o que nos impomos para atingir num determinado período de tempo

Indicadores – são os parâmetros que irão nos dar a resposta se alcançamos a meta ou não.

A Professora Jadete finaliza o encontro afirmando que a ABEM com esse projeto pretende auxiliar as escolas na construção da sua maturidade institucional, isto é que a escola consiga se enxergar e aprimorar suas ações.

Sala D (08:30 - 10:30) FORUM III – Gestão da Residência Médica: da Comissão Nacional às COREMES

COORDENAÇÃO: Laura Camargo Feuerwerker (UFF), Paulo Henrique Seixas (CONASS/SMS/SP), Ana Estela Haddad (DEGES/ MS)

DEBATEDORES: Adriano Massuda (AMERESP), Marianne Sabino (UPE/DENEM), Irene Abramovich (COREME)

RELATOR DOCENTE: Marco Antônio Rodrigues Torres (UFRGS)

RELADORES DISCENTES: Márcio Mezzomo (UPF), Rodrigo Sausen Raineski (UPF)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Objetivo: Construir uma agenda de trabalho sobre RM

Ana Estela Haddad (DEGES/ MS)

- a) As vagas são concentradas na região sudeste 62%, e na região sudeste 59% estão em São Paulo;
- b) Está havendo aumento do número de especialidades e aumento no tempo de especialidade sem gerência de demanda, sobrecarregando o sistema público;
- c) Não há um sistema de dados adequado de informações sobre RM para regulação eficiente do sistema;
- d) Há uma tendência de os médicos se fixarem onde fazem residência, aumentando assim a concentração de médicos;
- e) Financiamento da RM é financiado pelo Serviço Público;
- f) Relato de um trabalho de habilidades e competências feito pelo INCA;
- g) Investimento na formação/necessidade de fixação;
- h) O estabelecimento da CNRM representou importante conquista por evitar a exploração do trabalho e por impor padrões de qualidade;
- i) A atual composição da CNRM é a mesma desde 1977, e precede a consolidação do SUS;



FORMULÁRIO DE RELATORIA



l) O financiamento público da RM demanda maior grau de governabilidade das diversas instâncias do poder público sobre o sistema de RM e articulação entre a regulação da RM e as políticas de saúde pública;

m) Deve se formar uma Câmara Técnica Interministerial juntando MEC e MS – formação de uma câmara setorial de recursos humanos em saúde, sendo tratada como uma questão supra-ministerial passando de governo para governo;

Marianne Sabino (UPE/DENEM)

- a) Não ser uma comissão meramente técnica;
- b) Atuar conforme a necessidade local de residentes;
- c) A partir de dados é necessário que se façam políticas efetivas;

Adriano Massuda (AMERESP)

- a) Descaso da comissão nacional de RM com a Associação nacional de RM;
- b) Gestão de RM nos serviços aonde elas se fazem;
- c) Deve haver um maior diálogo de gestão entre preceptor e residente;
- d) As COREMES devem ser mais valorizadas aumentando seu poder de proposição, de construção de mudanças;
- e) Na CNRM há uma distância clara e evidente da realidade, deve ser repensada;
- f) Faltam dados quanto ao número de residentes e as demandas e necessidades locais de residentes;
- g) As vistorias hoje são semelhantes às vigilâncias sanitárias com sentido punitivo e não construtivo;
- h) Falta de financiamento das RM, deve haver programas de preceptoria e não só aumento de bolsas.

Irene Abramovich (COREME)

- a) 500 bolsas são financiadas pela secretaria estadual de São Paulo; ao todo são mais de 7500. São financiadas pelos municípios;
- b) O SUS que contrata os residentes sabe do que precisa, mas não interfere na escolha desses, ex. não há preenchimento em residências como Radiologia, Neurologia e Pediatria;
- c) A RM continua sendo Hospitalocêntrica e terciária, não há *homecare* e resgate na RM;
- d) Nós não formamos em SP um RM resolutivo na linha de frente, será que não seria o caso de repensarmos? Importante que ele soubesse como o SUS funciona e o que é referência e contra-referência;
- e) Está na hora de juntar o CONASS e o CONASEM que só são reunidos para discutir bolsa;



FORMULÁRIO DE RELATORIA



- f) Surgiram 15 programas de RM de 2002 até hoje;
- g) Quem emprega hoje é o município. Estado e a União somente ditam as regras;
- h) Está se constatando em uma pesquisa no estado de SP, entre 1990 a 2005, que os residentes estão se formando e não são empregados;
- i) As sociedades de especialidade estão interferindo demais e o sistema público só paga 90% dos médicos (trabalham pelo sistema público);
- j) É preciso uma contra partida do estado;
- l) Em SP há 17 Hospitais de ensino estadual, 1 municipal, 7 filantrópicas, 6 fm estaduais e 9 residências médicas privadas.

ENCAMINHAMENTOS

Necessidade de um banco de dados sobre adequada demanda de RM.

Formação de uma Câmara setorial de formação e desenvolvimento de RH para a saúde em todos os níveis como instância de caráter político institucional.

Deve se formar uma Câmara Técnica Interministerial juntando MEC e MS – formação de uma câmara setorial de recursos humanos em saúde, sendo tratado como uma questão supra-ministerial passando de governo para governo.

Credenciamento deve ser pelo sistema, fazer um programa inter-COREMES

Sala E (08:30 - 10:30) PAINEL – Resistências às mudanças: como identificá-las e minimizá-las

COORDENAÇÃO: Lílian Koifman (UFF)

PALESTRANTES: Joel Spadaro (UNESP); Rosana Vilela (UFAL); Bruna Ballaroti (UFSC/DENEM)

RELATOR DOCENTE: Pedro Humberto Perin Leite (UEL)

RELATOR DISCENTE: Diego C Winckler (UPF)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Joel Spadaro (UNESP)

A escola de medicina de Botucatu tem 43 anos de história, e durante estes anos passou por muitas mudanças na estruturação do curso. Inicialmente havia uma concepção de grandes áreas de ensino. Ao longo do tempo, houve um incremento das disciplinas, sendo que chegou a um aumento de quase 100% no total de disciplinas. Isto se deve ao desenvolvimento dos cursos de pós-graduação. Em 1999, o MEC, ao visitar o curso, detectou fragmentação das disciplinas do internato. Logo, a partir de 2000, a escola está desenvolvendo uma reformulação curricular de acordo com novas diretrizes curriculares. Os desafios e obstáculos encontrados são: a carga horária, a estrutura em forma de



FORMULÁRIO DE RELATORIA



departamentos, o aumento das disciplinas, hospitais universitários que privilegiam as especialidades, a burocracia institucional, falta de integralidade no ensino médico, entre outros. Atualmente, conquistas foram alcançadas, como a capacitação docente, avaliações externas e internas, o centro de formação de professores, embora ainda haja muito o que fazer. Para o futuro, é necessário que aconteça a interdisciplinaridade, o aumento do tempo de internato, aumento na responsabilização do aluno, melhora dos cenários de prática, e a formação de um profissional muito melhor qualificado, humano, ético, generalista e consciente da necessidade e capaz de se atualizar continuamente.

Rosana Vilela (UFAL)

As reações às mudanças podem ser as mais diversas. O indivíduo pode ser convencido a mudar ou aderir à mudança sem resistência, porém sempre haverá alguma resistência seja por alunos ou professores. A citação é a experiência da UFAL no que tange as resistências e será dada ênfase para a resistência docente. Os docentes são sujeitos de sua própria história, atendendo a modelos de ensino ao qual foram sempre inseridos (modelo pedagógico, administrativo, o quadro docente pouco renovado ao longo dos anos, falta de cultura avaliativa). Os resultados do CINAEM sobre os docentes apresentaram uma deficiência administrativa e pedagógica, insatisfação salarial, docência complementar, baixa produção científica, etc. Assim, o desafio é apresentar um modelo pedagógico coletivo, centrado no docente e no discente, integrando a escola e o sistema de saúde. A expressão da resistência se dá a partir de diversas formas, como confusão, críticas, negação, sabotagem, entre outros. Logo, a identificação dessas resistências se dá a partir de três grandes aspectos:

- Aspectos Lógicos: demanda do tempo para mudança, demanda financeira, demanda de trabalho;
- Aspectos Psicológicos: medo do desconhecido, ruptura com o passado (medo do futuro), fracassos anteriores;
- Aspectos Socioculturais: insatisfação com o novo sentido do trabalho e com o desmonte de departamentos, insegurança de formar um profissional diferente de si, valorização e centralização do biológico.

A interpretação das mudanças apresenta-se de várias maneiras; a elaboração de um espaço de transitoriedade é importante. Para mudar, é necessário:

- 1) Tornar óbvia a necessidade de mudanças (comunicação; educação, facilitação e apoio; participação, envolvimento e escuta de discentes e docentes; educação permanente; pesquisas);



FORMULÁRIO DE RELATORIA



- 2) Ter comissão para impulsionar as mudanças (formar equipe responsável pelas mudanças com planejamento, acompanhamento e avaliação); e
- 3) Transformar em regra geral o novo padrão (transformação cultural; implantação de políticas institucionais, investimento financeiro, institucionalização de parcerias, coerência com o PPP, parâmetros para contratação, projetos que assegurem a viabilidade financeira, financiamento).

Bruna Ballaroti (UFSC/DENEM)

A resistência ocorre em todos os momentos da transformação. Momento de abertura (início de conversações); momento de implementação (novos atores e novos cenários); momento de consolidação (mudanças estabelecidas). Há dificuldade das pessoas visualizarem a amplitude da transformação e dificuldade de romper com a estrutura das disciplinas. O processo é facilitado com um objetivo claro para não ser um processo híbrido, confuso e que possa perder o potencial. A capacitação docente deve ser uma preocupação constante e serem considerados os vários perfis docentes: clínico, assistencial e de pesquisa.

É preciso viabilizar espaços para construção da reforma, com cenários de prática e supervisão adequados. Os programas governamentais de incentivo (por exemplo, o Pró-Saúde), vão contribuir nesse processo. Outro importante desafio é levar o docente para a comunidade (a resistência e falta de motivação), e trazer os atores da rede de saúde para dentro da universidade.

Seminários de avaliação são fundamentais, pois criam espaços coletivos para avaliação permanente, minimizando as inseguranças, considerando diferentes opiniões, envolvendo e responsabilizando as pessoas.

A hierarquia e o poder também são fatores de que atrapalham o processo de mudança. As propostas devem sair de colegiados, de grupos, para diluir o poder.

A abertura de espaços para o controle social faz com que a população também atue no processo de transformação. A gestão deve ser também coerente com a proposta de mudança. O currículo integrando não pode pulverizar decisões (por exemplo, em departamentos). O cuidado integrado compreende a interdisciplinaridade, em contato com outros cursos, discutindo o papel de cada um. É de fundamental importância o compartilhamento de experiências entre as diversas escolas em processo de mudança curricular.

Sala F (08:30 – 10:30) PAINEL – Tutoria e *Mentoring*: importância, distinção e experiências na Graduação e na Residência Médica.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



COORDENAÇÃO: Patrícia Bellodi (Santa Casa/SP, USP).

PALESTRANTE (S): Aguinaldo Bruno Chies (FAMEMA), Emirene Navarro da Cruz (FMERP), Luiz Antonio Nogueira Martins (UNIFESP)

RELATOR DOCENTE: Margareth Salerno (PUCR),

RELATOR DISCENTE: Rafaela Crespo (vice-coordenadora discente regional SUL I da ABEM, PUCRS)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

A coordenadora inicia propondo discussão de semelhanças e diferenças entre tutoria e mentoring. Apresenta a mesa.

Patrícia L Bellodi.(Santa Casa/SP, USP)

Diferença entre Tutoria e Mentoring:

Mentoring explicita o que é feito. Tutor com papel de mentor. Significado da palavra: pessoa que serve a alguém de guia, que inspira. Reflexões sobre a Odisséia – papel de Telêmaco/ Mentor/Ulisses e Penélope. Mentor é uma figura de transição que acompanhou Telêmaco da infância a maturidade.

Mentor: não é somente um suporte, mas tem o dever de desafiar a crescer. O foco não é resolver o problema imediato do aluno, mas fazer um acompanhamento do mesmo desde o início da graduação.

Aguinaldo Bruno Chies (FAMEMA)

Programa de orientação de estudantes (POE) da FAMEMA

Início do programa em 1997 no curso médico (480 estudantes e 120 docentes) 6 anos medicina ~ 160/ 40 docentes/estudantes enfermagem

Objetivo: apoiar o estudante durante a graduação tanto no plano individual e curricular (centrado no estudante).

Mesmo o docente desde o início do curso “quase exclusivamente individualizado”. Papel de mediador entre a instituição e estudante em situações consideradas limítrofes.

Cronograma: mínimo de 5 x ao ano – momentos estratégicos (orientador/orientando), não é rígido. Inserção: obrigatório p/ estudante; facultativa p/ orientador; não há escolha pelo estudante; manutenção do mesmo orientador durante todo curso.

Resultados: orientador é referência no papel de mediador, solicitação da presença do orientador. É instrumento de capacitação docente, conhece e adere melhor ao modelo pedagógico.

Desafios: é preciso capacitar melhor orientadores e orientados, conhecer seu papel, o da instituição, trâmites institucionais, currículo, mecanismo de avaliação, compromisso com POE, aumentar nº e qualidade dos encontros, procurando selecionar melhor orientadores, acompanhar os orientados, organizando secretaria, viabilizar agendas, promover momentos



FORMULÁRIO DE RELATORIA



de avaliação. Reestruturação do programa redução da abrangência do POE e concentrar forças num 1º momento do curso 1º e 2º anos.

Emirene Navarro da Cruz (FMERP)

São José do Rio Preto (FAMERP) – programa de Mentoring, não é tutoria. Há 1 orientador para cada 8 alunos. Não se consegue palavra para traduzir – mentor – interessado na vida do aluno, (cuidador, acolhedor). Início em 2000. Por quê e para que? Função: “clientela sofrida” (estudantes) – “vir a ser médico”. Enfrentam-se os mais variados problemas durante todo o curso.

Sugestões: apoio psicopedagógico, esporte, cultura e lazer (preocupação com a pessoa do aluno), cuidador que possa prover ao aluno um modelo-suporte p/ auxiliá-lo no processo de vir a ser médico e cidadão.

MENTORING: aprender a viver

TUTORIA: aprender a aprender

Atualmente: 32 grupos, 35 tutores, 300 alunos, 2 psicanalistas (supervisores de tutores).

São realizadas de 1 a 2 reuniões por mês. Tutor Jr – sorteio de aluno participante ativo.

Pesquisa de satisfação (entre os tutores):

80% dos tutores satisfeitos: atingiram objetivos de estreitar relações, rever valores e compartilhar experiências; 20% de tutores insatisfeitos: pouco tempo do aluno e do professor; problemas de comunicação; frequência baixa, falta de orientação. Entre alunos: 68% satisfeitos e muito satisfeitos; 22 % pouco satisfeitos ou insatisfeitos; 10% sem resposta.

PROPOSTAS P/ 2006: dar acolhimento, sustentação, ser modelo de valores e conduta, orientar para cidadania, propiciar formação de vínculos e rede social.

Luiz Antonio Nogueira Martins (UNIFESP)

Experiência em tutoria em programa de RM

Foi criado um serviço de assistência à saúde do estudante (há vários anos na UNIFESP) e um núcleo de assistência e pesquisa em RM e pós-graduação (NAPREME).

Não há programa de tutoria na graduação - não “caminhou”, não se tem experiência.

Em 2003 – programa de RM –

- a) Preocupação com desistências do R1 e forma como ocorreram;
- b) Implantação de tutoria. Supervisor do PRM – é coordenador do programa de tutoria. Residentes puderam escolher seus tutores.
- c) Após 1 ano: não deu certo – encontros escassos, desistência de R1 persistiram em 2004 e aumentaram em 2005.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



d) Atualmente o programa está inoperante.

Desdobramentos: discussões do programa (reestruturação, diminuição nº estágios, aumento teórico-prático, mudança no período das férias p/ durante estágio no OS).

Sala G (08:30 - 10:30) CONVERSANDO SOBRE - A vivência da morte na educação médica

COORDENAÇÃO: Maria Helena Itaqui Lopes (PUCRS)

PALESTRANTE (S): Carlos Fernando de Magalhães Francesconi (PUCRS, UFRGS), José Roberto Goldim (PUCRS, UFRGS)

RELATOR DOCENTE: Ari Vieira Lemos Junior (UCPel);

RELATOR DISCENTE: Silvia Bassani Schuch (UPF)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Carlos Fernando de Magalhães Francesconi (PUCRS, UFRGS)

- a) Interfaces da bioética com a Medicina: relação médico-paciente, morte e morrer.
- b) Conceitos de morte a serem transmitidos: eutanásia, distanásia, conceito de morte, comunicação de más notícias.
- c) Valores nucleares da medicina: prevenção da doença e do dano, alívio da dor e sofrimento, cura e cuidado para doentes que não podem ser curados, evitar a morte prematura e procurar a morte tranqüila.
- d) Afastar os alunos de pacientes gravemente enfermos não desenvolve habilidades.
- e) “Paliação adequada”. Cuidados em muitas variáveis: morais, culturais, religiosos, sociais.
- f) Ética não pode ser utilizada como um adjetivo. Não significa qualidade, é um sinônimo, um estado.
- g) Vetor do aprendizado médico envolve a integração, aquisição e exposição de 6 características: cognitiva, técnica, atitude, psicossocial, socialização, aprendizado independente.
- h) Não há referências clássicas sobre a ética da morte e do morrer. São todas reflexões novas, a partir do século XX.
- i) Correlacionar valores do aprendiz, do enfermo, da família, do professor.
- j) Entre as habilidades da educação (ciência, ética e tecnologia), avaliar se o material é significativo, se há predisposição para aprender, se há estrutura cognitiva preexistente.
- l) Bases do processo argumentativo: deve ser consensualmente intencional, ser disciplinado em sua abordagem, reconhecer o pluralismo moral da sociedade.
- m) Obstáculos para o ensino da ética: absolutismo moral, relativismo moral, inexistência de instrumentos de avaliação de competência ética.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



- n) Estratégias de ensino. Na graduação, com seminários e inserção em forma de consultorias. Na pós-graduação, através de aulas expositivas e análise de livros que tratem do assunto.
- o) www.bioetica.ufrgs.br
- p) Dificuldade de discutir ética com doutorandos, pela proximidade com provas de residência médica e pressões para estudar.

José Roberto Goldim (PUCRS, UFRGS)

- a) Desenvolver habilidades para comunicar más notícias. O preparo tem que iniciar durante o ensino médico.
- b) Ética: reflexão sobre intuições morais e escolhas morais que as pessoas fazem. Não é um posicionamento pessoal, é uma argumentação disciplinada.
- c) Educação médica: envolvimento de ciência, tecnologia e ética.
- d) Ensino aos alunos de “etiqueta médica”: vestimentas, comunicação, modulação de atitudes e emoções.
- e) Conceito de valor: o preferível, o desejável, o objeto de antecipação ou de uma expectativa. Envolve universalidade e permanência.
- f) Distanciamento entre as reflexões filosóficas e a aplicabilidade destas na educação médica.
- g) A sala de aula não é uma discussão de “armadilhas”. Professores e alunos tentando se desafiar com casos complexos.
- h) Van Rensselaer Potter: conceito de bioética – enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria: conhecimento biológico e valores humanos.

ENCAMINHAMENTOS

Os alunos precisam tomar frente do processo bioético, trazendo discussões e fazendo com que suas argumentações se tornem relevantes (longo prazo).

Discussões de bioética e reflexões através da leitura de livros de literatura (longo prazo).

Valorizar a integração entre docente, discente, paciente, cultura e seus valores éticos (longo prazo).

TERÇA FEIRA – 26 de setembro TARDE

Sala A (14:00 - 16:00) PAINEL – O processo de incorporação de novas tecnologias em saúde e o papel do médico



FORMULÁRIO DE RELATORIA



COORDENAÇÃO: Mauro Czepielewski (UFRGS)
PALESTRANTE: Laura Camargo Feuerwerker (UFF)
RELATOR DOCENTE: Suzete Marcheto Clauss (UCS)
RELADORES DISCENTES: Helen Minussi Cezimbra (UFSM), Heanes Troglia Pfluck (UPF)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Laura Feuerwerker (UFF)

a) As práticas de saúde e o trabalho médico. As práticas de saúde são práticas sociais e mudam de acordo com os tempos as culturas, os saberes, as relações de poder e as maneiras de organizar as sociedades.

A maneira como se organiza o trabalho médico e seu papel dentro das práticas de saúde são influenciadas por vários elementos além do desenvolvimento técnico-científico.

b) O modelo que predomina atualmente: O desenvolvimento e a incorporação de tecnologias nas práticas de saúde foram 2 caminhos importantes para a capitalização do setor saúde, ou seja, para sua configuração como um setor econômico. Os principais “motores” econômicos do setor saúde são as indústrias de equipamentos e de medicamentos – complexo médico-industrial – além do segmento de prestação de serviços de saúde.

c) Incorporação tecnológica em saúde não leva a uma automatização do trabalho: o trabalho humano é sempre indispensável. Além disso, as tecnologias se somam umas e outras e poucas vezes se excluem. Isso leva que a incorporação tecnológica em saúde acarrete um aumento crescente de custos.

Lógica econômica X Interesses públicos na incorporação tecnológica. Necessidade de haver critérios para a incorporação de novas tecnologias: custo benefício.

d) Trabalho em saúde => relação interpessoal (o outro como pessoa - singularidade, subjetividade, afecção, incerteza, imprevisibilidade, o outro como objeto-fragmentação, padronização, procedimentos) e tecnologias envolvidas => leves (relacionais, intersubjetivas), leves duras (clínica epidemiológica), duras (equipamentos, medicamentos): trabalho vivo X trabalho morto; trabalho vivo / o outro como pessoa; trabalho morto / o outro como objeto.

A importância das tecnologias leves/leves duras X a facilidade e segurança das tecnologias duras... A influência dos conceitos de saúde/doença na forma de utilização das tecnologias: utilização adequada das tecnologias no momento adequado.

e) Tecnologias e trabalho médico. Incorporação crescente das tecnologias duras e o empobrecimento do raciocínio clínico

f) Transição epidemiológica e complexidade do cenário.

Dificuldade social para sustentar a incorporação tecnológica sem critérios.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



Contradição entre interesses na saúde: capital financeiro e capital industrial.

g) Novas maneiras de organizar a atenção à saúde: Necessidade de **ampliar a capacidade cuidadora**. Necessidade de tomar **as diferentes dimensões da vida** na construção dos projetos terapêuticos. Necessidade de o **médico** cumprir um **papel ativo** na produção de novos arranjos tecnológicos das práticas de saúde. Necessidade de **construir critérios** para a incorporação de novas tecnologias.

Mauro Czepielewski (UFRGS)

- a) Que tecnologias temos que construir?
- b) Produção de conhecimento médico – necessidade no conhecimento epidemiológico
- c) Doenças crônico-degenerativas: incorporação de tecnologias baseadas em evidências (exemplo - DM e anti-glicemiantes orais, hemoglobina glicada, prevenção secundária: retinopatia diabética)

PLATÉIA/ DISCUSSÃO

- a) Custo-benefício das tecnologias.
- b) Despreparo do curso de medicina para formar um médico totalmente capacitado para atenção básica em saúde.
- c) Aplicação/agregação de novas tecnologias - paciente X médico X sistema de saúde: fazer um balanço entre os principais interessados.
- d) Propagação das novas tecnologias: responsabilidade do médico X atração dos alunos por esses novos métodos X pressão da indústria X pressão da sociedade. Como reverter o quadro atual?
- e) Importância do conhecimento sobre a história natural da doença e cuidado com as estatísticas em saúde
- f) Remuneração médica X custos do uso irracional dos exames: é possível melhorar a remuneração média com a racionalização dos exames no Brasil?
Dilemas entre grande melhoria de um paciente com alto custo X o que se pode fazer com esses recursos para a população em geral em termos de saúde: responsabilidade médica e ética profissional.
- g) Importância de realização de debates sérios a respeito dos grandes dilemas da saúde no Estado brasileiro: qual a melhor forma de utilização dos nossos limitados recursos em saúde? Qual a melhor forma de distribuir os recursos entre os diferentes níveis de atenção em saúde? Atenção primária X secundária X terciária. Construção de critérios. Melhor uso da medicina baseada em evidências: familiarização do aluno.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



- h) Utilização de critérios para uso das tecnologias de alto custo e racionalização de recursos. Poder judiciário está mal instrumentalizado pela própria medicina.
- i) Surgimento de SUS e os níveis de atenção: implantação de tecnologia de ponta X importância da atenção primária - má distribuição dos recursos. Pressão para o uso da tecnologia.
- j) Médico mal formado e bem intencionado X bem formado e mal intencionado X mal formado e mal intencionado... Patrocínio dos médicos pela indústria farmacêutica/tecnológica.
- l) Incentivo do trabalho multidisciplinar.
- m) Informação em saúde via internet: capacitação dos alunos frente a influência dos pacientes na terapêutica baseada em conhecimentos adquiridos pela internet.
- n) Importância da participação social na decisão dos critérios para uso da tecnologia em saúde. Criminalização do médico e do judiciário X política de saúde. A população não sabe aonde vão os recursos.
- o) Educação em saúde: despreparo do aluno a respeito dos custos da saúde em sua formação profissional.
- p) Prática médica baseada no recebimento de percentual sobre procedimentos: realização de procedimentos sem indicação; pesquisa na universidade comandada pelos laboratórios; influência do educador nesse processo; corrompimento da saúde pela indústria farmacêutica X avanços alcançados graças à parceria com essa mesma indústria.
- q) Transformação da tecnologia em produto mal comercializado.

Sala B (14:00 - 16:00) PAINEL – Estratégias de implementação do Pró-Saúde

COORDENAÇÃO: José Guido C. de Araújo (UPE)

PALESTRANTE (S): Geraldo Cury (UFMG/MS), Edneia Martucelli Moço (FESO); José Carlos Henrique dos Santos (FURG), João Paulo Mello Silveira (UFSC/DENEM)

RELATOR DOCENTE: Evania Luiza de Araújo (UPF)

RELATOR DISCENTE: Juliana Buttelli (UCS)

Geraldo Cury (UFMG/MS)

- a) Ministério da Saúde tem interesse na formação de profissionais voltados às necessidades da comunidade
- b) Interesse em oferecer a PRÓ-SAÚDE para implementar os interesses do SUS.
- c) No mês de outubro, todos os selecionados (38 cursos de medicina) assinarão os convênios recebendo a verba que lhe foi destinada.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



- d) Como implementar as dificuldades de implantação do projeto? A inserção da escola na rede do Sistema. O conceito de saúde precisa ser entendido como qualidade de vida da população e não lidar com a doença.
- e) Qual é a estratégia para se elaborar o conhecimento nesta ótica? Paulo Freire é o orientador para se trabalhar com estratégias de problematização.
- f) Existem várias experiências já em curso baseadas nas diretrizes curriculares nacionais.
- g) Espera-se que os profissionais formados nesta perspectiva voltem-se realmente para as necessidades de saúde da população.

Edneia Martuceli Moço (FESO)

- a) O que é estratégia? Envolve intuição, experiência e um pouquinho de sorte.
- b) Deve buscar a construção autônoma do conhecimento – de forma coletiva e de qualidade.
- c) Os projetos selecionados foram 38 de Medicina, 25 de Odontologia, e 27 de Enfermagem. Assim, potencializam-se ações indutoras como possibilidades de ações exitosas.
- d) Não há estratégias únicas. É preciso desvelar as demandas, suas fragilidades e suas potencialidades. Assim, os eixos, vetores e estratégias passam pela sensibilização e mobilização de grupos coletivos com capacidade de Proposição e Reflexão crítica.

José Carlos Henrique dos Santos (FURG)

- a) O que está sendo feito na Universidade? Já está em andamento o projeto PRÓ-SAÚDE (inserção dos alunos na rede). Atendimento das Diretrizes Curriculares.
- b) Análise Conjuntural: Momento Institucional (ainda hospitalar) estrutura federal departamentalizada, dificulta a Reforma. Mesmo assim, a escola busca seu caminho (Relato).
- c) Existem dificuldades: modelo pedagógico, a experiência inovadora não motiva todos os alunos e nem mesmo todos os docentes. No entanto, o modelo pedagógico é executado em tempo real.
- d) A prática desde o primeiro ano, mostra as demandas reais do sistema.
- e) A orientação pedagógica é o assessoramento de docentes e dos demais profissionais avaliando indicadores de melhoria.

João Paulo Mello Silveira (UFSC/DENEM)

- a) Contexto Civilizatório: Crise sócio-ambiental de escala planetária.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



- b) Contexto Histórico: No Brasil, o contexto de desigualdade é determinante aos agravos da saúde.
- c) A Atenção à Saúde no Brasil é uma constante retomada da realidade e assim, fragmentada.
- d) Pró-Saúde em Florianópolis: Estudantes de Medicina inseridos em 24 Unidades; aperfeiçoamento dos atores envolvidos nas unidades e na escola; buscaram-se inovações ampliando as discussões nos Colegiados (academia, serviço, comunidade, rede docente assistencial); diretrizes para um modelo de atenção; comissões específicas; processos: mudanças nas comunidades, na graduação e na rede municipal.

ENCAMINHAMENTOS

As regionais da ABEM são possibilidades reais para a construção de projetos e atividades inovadoras nas escolas.

Sala C (14:00 - 16:00) PAINEL - Impacto da contratualização dos HUs na graduação e na residência médica

COORDENAÇÃO: Carlos Alberto Justo (UFSC)

PALESTRANTE (S): Francisco Barbosa (UNIGRANRIO), Arnaldo Cypriano Pires (UFF); Maria Helena Oliveira (UNB, DENEM)

RELATOR DOCENTE: Lionel Leitzke (ULBRA)

RELATOR DISCENTE; Wellington Luis Alessi (UPF), Jorge Gustavo Azpriez Filho (UCS)

Francisco Barbosa (UNIGRANRIO)

- a) Apresentados aspectos históricos sobre o financiamento de Hospitais Universitários, culminando com o Promed em 2002, a Comissão Interinstitucional em 2003, a contratualização em 2004 e o Pró-Saúde em 2005.
- b) O processo de contratualização tem como focos centrais: tecnologias duras e financiamento. E como focos acessórios: a inovação nos processos formativos, o modelo assistencial, o desenvolvimento gerencial, a pesquisa e a avaliação tecnológica da saúde,
- c) Pontos fortes da contratualização: propõe metas, regula e controla os serviços ofertados, possibilita novas fontes de investimentos, pode melhorar a inserção na rede de serviços, integra melhor o ensino e serviço, induz pesquisas de relevância loco-regional, possibilita melhor rodízio de internos e residentes, tem maior transparência na relação com o gestor.
- d) Pontos fracos: baixa institucionalização na academia e no serviço, dificuldade de operacionalização o conselho gestor, balcão de trocas, baixa compreensão do SUS, tradição de autonomia das instituições de ensino e de serviços dando pouca flexibilidade a proposta de trabalho integrado.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



- e) Ameaças: culturas impermeáveis e arrogantes das IES e dos serviços, dificultando a integração. + Crise da Universidade dissociada da crise dos Hospitais e da saúde. + Descontinuidade administrativa na mudança de prioridades. + Risco de redução a um “problema do diretor do HU”. + Compartimentalização com dissociação da atenção primária, da secundária e terciária. + Resistência intensa, como estratégia de sobrevivência, de internos e médicos residentes. + Visão de mudo: Analítica, fragmentaria e disciplinar.
- f) Oportunidades: mudança da “visão de mundo”: crise da universidade, crise do hospital e crise da saúde são uma mesma crise. + Ensino e pesquisa como instrumento de modulação de relacionamentos. + Substituição da estrutura de interação linear por um mais sistêmico. + Superação do ensino centrado no hospital para ensino difuso no sistema. + Mudanças substâncias no internato e na residência, ao incluir os princípios da contratualização na agenda. + Construção de novos espaços de convivência, isto é, de aprendizagem e desenvolvimento humano.
- h) Toda unidade de saúde deveria ser uma unidade de ensino (UBS, Equipe de Medicina de família e comunidade), mas isto não está incorporado na contratualização.

Arnaldo Cypriano Pires (UFF)
Maria Helena Oliveira (UNB, DENEM)

- a) Apresentados estudos sobre treinamento prático na graduação dentro dos Hospitais. (1996) Na época, 85% do treinamento prático ocorria dentro dos Hospitais Universitários.
- b) Crises de falta de pessoal e matérias nos Hospitais geraram um interesse por incentivo privado e culminou na criação de entidades privadas de apoio a hospitais (conflito entre SUS e rede privada), e cria uma dupla porta de acesso ao hospital.

COMENTÁRIOS

- a) Carlos Alberto Justo (UFSC): a assistência centrada no usuário garante um ensino e pesquisa apropriados. Há riscos da contratualização se transformar no antigo FIDEPS.
- b) Osvaldo Cardoso Melo (Faculdade de Medicina de Campos): alertou sobre os riscos da contratualização não valorizar os salários médicos que estão desatualizados há mais de dez anos.
- c) Rogério Amoreti (Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre): a recertificação dos hospitais de ensino se baseia em quatro itens: reorganização da assistência com indicadores de qualidade, o ensino, a pesquisa e a gestão dos Hospitais.
- d) Carlos Eduardo (Representante da ABEM na ABRAHUE): necessidade de integração total entre ensino e serviço, dando importância ao gerenciamento desse processo.



FORMULÁRIO DE RELATORIA

Sala D (14:00 - 16:00) PAINEL – Ensinar o SUS: contribuições para a Educação Médica

COORDENAÇÃO: Madel Teresinha Luz (UERJ)
PALESTRANTE (S): Gilson Saippa de Oliveira (UFF), Lilian Koifman (UFF), Roseni Pinheiro (IMS/UERJ)
RELATOR DOCENTE: Ester F. Paciornik (FEPAR)
RELATOR DISCENTE: Diego Carrão Winckler (UPF)

Gilson Saippa de Oliveira (UFF)

Este trabalho de pesquisa começou a partir da convocatória do Ensinar SUS, através do LAPPIS. A pesquisa “Ensino, desenvolvimento, pesquisa e documentação da integralidade”, foi realizada pelo ISC/UFF e IMS/UERJ – LAPPIS. Teve como base as modificações curriculares com ênfase na prática, pesquisa e trabalho de campo e desenvolvimento da integralidade. Promove a sistematização de estudos sobre currículos voltados para ações de integralidade de saúde. A convocatória recebeu 71 relatos elegíveis dos quais foram escolhidas 10 experiências para inclusão no trabalho, nas 5 regiões do país e envolvendo 5 cursos da área da saúde. A região Sudeste e Sul apresentam o maior número de trabalhos, divididos por áreas temáticas chamadas Spuc (Perspectiva usuário centrada), Rede, Spuc + Rede e não indicado.

A estratégia de operação do projeto abrange: abordagem interdisciplinar, mapa das ações e dos atores envolvidos (estudantes, profissionais, docentes e usuários, gestores das escolas e do serviço) e perspectiva usuário-centrada (usuários como núcleo central das ações).

As atividades começaram a ser desenvolvidas através de oficinas, reuniões como o DEGES (Oficina Nacional – Aprender SUS), treinamento, capacitação, entre outros.

A proposta teórico metodológica abrange a relação entre poder, saberes disciplinares e autonomia, cotidiano das práticas e saberes, o cuidado, o conhecimento em saúde, e a avaliação ensino-aprendizagem. A partir daí surge a matriz de análise com proporções de análise: macro, micro e molecular, com elementos importantes como processos / relações metodológicas, cenários de prática internos e externos, seleção de conteúdos, cadeias de cuidado, entre outros.

Os trabalhos de campo foram feitos pelos próprios pesquisadores regionais.

A matriz analítica do projeto Ensinar SUS é um “resumo” do trabalho realizado nas regiões, nos quais houve divisão em dimensões macro, micro e molecular das ações regionais, analisando a relação entre ensino, gestão, assistência, controle social, e tendo como atores de pesquisa gestores, docentes, discentes, profissionais de saúde e usuários.

Dimensão Macro: contexto político-institucional local e nacional;

Dimensão Micro: questões da formação para o cuidado (“dispositivos institucionais”);

Dimensão Molecular: como os atores refletem / vivenciam / reproduzem / criam suas práticas;



FORMULÁRIO DE RELATORIA



A matriz apresenta como divisão organizacional e linhas de pesquisa:

- Os processos / relações pedagógicas e político-institucional na saúde (docente, discente, profissional de saúde e usuário);
- A seleção de conteúdo;
- Os cenários de aprendizagem externos e internos;
- As redes de cuidado;

A partir dessa matriz, pode-se consolidar o trabalho por determinar uma direção para a pesquisa e análise da integralidade da saúde dentro dos cenários de prática.

Lilian Koifman (UFF)

A pesquisa iniciou-se a partir de uma questão: O que está se fazendo no Brasil afora acerca da integralidade nas nossas escolas de saúde?

A pesquisa sobre a integralidade da saúde, tais como experiências curriculares, na comunidade ou serviços de saúde participassem do trabalho; através de visitas, conheceu-se o trabalho das experiências em lugares onde eram desenvolvidas. A partir de então, firmou-se um grupo para formação de material de análise, desenvolvimento de trabalhos de campos para essas experiências, em diferentes regiões do país e demais cursos. A idéia era conhecer os espaços de integralidade. A pesquisa durou 2 anos e meio, que resultou em uma matriz de análise da integralidade da saúde.

Não se tinha idéia do que seria produzido. Durante as visitas, houve uma necessidade de esclarecer que não se tratava de uma avaliação, e sim apenas conhecer as realidades das práticas nos quais estavam inseridas as escolas dentro do sistema de saúde e na comunidade. Isso trouxe novas dimensões para os participantes da experiência, o que possibilitava uma reavaliação interna dos atores da experiência sem que houvesse uma avaliação qualificativa da atividade. Para que houvesse um compartilhamento das experiências, reuniram-se os representantes das experiências e cada um colocou a sua experiência na matriz, fazendo a própria avaliação dentro do processo de análise criado pelas próprias experiências, o que validou o trabalho. Disso surgiu o 1º volume de pesquisa, com a re-elaboração e re-discussão dos textos e metodologias.

As visitas foram repetidas, e a partir deste processo está surgindo um documentário, ainda não finalizado, e fotografias, que proporcionaram uma exposição, e que representam a validade e relevância da pesquisa.

Roseni Pinheiro (IMS/UERJ)

Duas questões importantes para essa pesquisa são: o desafio que a própria pesquisa tem, como produção de conhecimento; é impossível ensinar sem objetos de pesquisa e



FORMULÁRIO DE RELATORIA



pesquisar sem ensinar. A integralidade só se aprende na prática de ensino. A idéia da pratica de ensino significa basicamente a entrada do ensino na atividade prática com o usuário e comunidade, a partir da dialogicidade. Essa idéia de dialogicidade apresenta-se através da autonomia e poder, do cotidiano, do cuidado, do conhecimento e dos sujeitos (usuários e estudantes), que são consideradas macro-categorias. Os aspectos qualificadores interagem com as macro-categorias: entre a autonomia e o poder e o cotidiano, surge a *práxis* (saberes e prática); entre o cuidado e o cotidiano, o adoecer (processos de trabalho); entre o cuidado e o conhecimento, surge a seleção e organização dos conteúdos (AÇÃO); entre o conhecimento e os sujeitos, a dimensão política e pedagógica da integralidade.

O grande mote do trabalho é trazer a realidade em diferentes aspectos e regiões no que tange a integralidade de saúde como um todo.

ENCAMINHAMENTOS

Publicação da Pesquisa a curto prazo por IMS/UERJ

Documentário das Experiências a curto/médio prazo Cict / Fiocruz

Sala E (14:00 - 16:00) MESA REDONDA - SINAES: avaliação da proposta do MEC de avaliação institucional e dos cursos

COORDENAÇÃO: Lina Aparecida Zardo (FFFCMPA)

PALESTRANTE (S): Adriana Cavalcanti de Aguiar (UES), Regina Stella (UNIFESP)

RELATORE DOCENTE: Pedro Lúcio de Souza (UNISC)

RELATORE DISCENTE: Camila Justo (FFFCMPA), Jhonatan L. Presotto (UPF)

Adriana Cavalcanti Aguiar (UES)

- a) Faz uma abordagem quanto a cultura de avaliação e transformação de Educação Médica: ABEM na interlocução entre academia e Governo.
- b) Frente às proposições da CONAES e do SINAES a ABEM se posicionou através da realização de oficinas de avaliação nas regionais objetivando a elaboração para auxiliar nas avaliações. Em Maio de 2006 o INEP divulga um documento único para avaliação da áreas da saúde, desconsiderando os de cada curso.
- c) O SINAES é organizado em 3 eixos: 1-Organização didático-pedagógico tendo valorização excessiva, 2-Corpo docente, corpo discente e corpo técnico-administrativo, 3-Instalação física, criticando os critérios de avaliação de humanidades do corpo docente sua inserção na gestão IES. Critica a possibilidade de cursos se inserirem individualmente nas comunidades e somente quando em nível institucional. O SINAES designa apenas 2 visitantes com atribuição de avaliar um grande volume de material documental da estrutura



FORMULÁRIO DE RELATORIA



da IES e do corpo docente num período de dois dias. Há uma designação subjetiva dos itens NSA (não se aplica). Apesar da proposição e das críticas da ABEM relativas a este instrumento, acredita-se que não haverá mudança de critérios avaliação por parte do CONAES. Esse tema ainda necessitará de estudos complementares de parte da ABEM.

d) Foi salientado que a Lei do SINAES é decorrente de um “aperfeiçoamento” da LDB de 1999.

Regina Stella (UNIFESP)

- a) Histórico das formas de avaliação das Instituições de Nível Superior.
- b) Breve Apresentação dos objetivos do SINAES que propõem uma avaliação com maior abrangência.
- c) Faz críticas quanto ao perfil do egresso e das diretrizes curriculares que foram reduzidas a avaliação de habilidades e competências. Pergunta porque há diretrizes específicas para cada curso se o instrumento de avaliação é comum para todos?
- d) O instrumento de avaliação não contempla a integralidade das diretrizes e desconsidera o contexto do SUS como parte da formação médica.
- e) As políticas implementadas pelo MEC relacionadas a educação são implementadas se tiver o aval do Ministério da Saúde.
- f) Propõem um debate entre o grupo.
- g) Faz referência a necessidade de uma agencia nacional de acreditação como um instrumento a mais de avaliação do ensino superior, a exemplo do existente em outros países. Cita a ABEM como uma associação que poderia organizar tal instrumento.

CONCLUSÃO

O instrumento de avaliação proposto pelo SINAES em 2004 não contempla a avaliação das diretrizes curriculares para o curso de medicina nos seus pontos mais importantes para atender as expectativas da sociedade.

ENCAMINHAMENTOS

Proposição de se criar um fórum para a implementação das formas em que a ABEM, através das regionais propôs para a avaliação dos cursos médicos e contemple todos os itens importantes na formação de um profissional que a sociedade exige. Na dependência de políticas de incentivo do MEC e da MS ABEM, DENEM, ANDIFES.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



SALA F (14:00 - 16:00) MESA REDONDA - O papel da educação popular na formação médica

COORDENAÇÃO: Antonia Vitória Aranha (UFMG)

PALESTRANTE (S): Vera Dantas (SMS/Fortaleza), Denis Roberto Petuco (ARDPOA/ABORDA), Gabriela Pinto (EBMSP/DENEM).

RELATOR DOCENTE: Solange Maria Alves Poli (UNOCHAPECO)

RELADORES DISCENTES: Joana Ávila Cardoso (FFFCMPA), Luciana M.B. Cioffi (UCS)

Antonia Vitória Aranha (UFMG)

O que é educação popular? Inicia-se com o movimento de base e de alfabetização. Até Paulo Freire o analfabeto era tido como responsável pelo atraso do país, figura estigmatizada. A Educação Popular nasce com outras referências para esse adulto analfabeto, não escolar e ligada a movimentos sociais, de resistência popular. Educação popular é um método ou é uma concepção e uma relação com o saber? Compreende-se como mais que um método. Como teoria de conhecimento e de uma filosofia da educação. Método que pode ser chamado de sistema, filosofia ou teoria do conhecimento.

Pressupostos:

- Todo sujeito é portador de conhecimento. É alguém que durante sua vida acumulou e produziu saberes. Há um saber popular e há uma valorização epistemológica desse saber. A cultura como algo em construção permanente. O ser humano é um sujeito sócio-cultural
- A educação é um ato político: educação não é um processo neutro, mas um processo que envolve valores, interesses etc., e, por isso, é um ato político. O sujeito faz a leitura da palavra, mas faz também a leitura de mundo. O método em si de alfabetização é um processo de pesquisa, de busca de temas geradores através da coleta de falas da comunidade.
- Educação como relação social e não como transmissão: educar é um processo dialógico. Isso define o papel do educador como alguém que medeia a relação pedagógica. Educador e educando ensinam e aprendem na relação de diálogo. Diferentemente da educação bancária, centrada no professor, a educação dialógica implica na relação de troca entre sujeitos ativos.
- O saber é gerado na teia do tecido social: não é fruto de uma mente privilegiada mas de relações sociais. Tanto quanto produto que é o saber, o processo tem grande relevância para a educação popular. O saber popular não é reflexo da ideologia dominante. É um saber que se opõe a essa ideologia.
- Educar é um processo complexo que envolve uma série de relações: educar é um ato de amor, de respeito ao outro. É um processo de humanização, para além do



FORMULÁRIO DE RELATORIA



aspecto cognitivo envolve amplas dimensões como a ética, a estética, afetiva, cultural, entre outras.

- Educação popular não quer dizer educação populista: todos os saberes são saberes contextualizados, históricos, construídos e, mesmo os saberes populares devem ser problematizados. Partir do saber popular não é ficar nesse saber. Nesse caso ensinar não é transmissão mecânica, mas também não é reduzir-se ao saber popular imediato. É preciso ter esse saber como ponto de partida e de chegada. De problematização e de compreensão da realidade. Há um saber popular em tudo. Há, portanto, um saber popular também na medicina, na saúde: os chás, as parteiras, as benzedeadas, etc.

Paulo Freire era extremamente coerente com a sua crença. São exemplos dessa coerência: os encontros de Freire com as comunidades de camponeses tais como as relatadas em Pedagogia da Esperança.

Vera Dantas (SMS/Fortaleza)

- a) Educação popular em Saúde sob a ótica da organização dos serviços: educação como processo que se efetiva na comunhão. Não há saber maior, nem menor, mas diferente. O desafio de pensar um processo de formação calcado em uma visão de conhecimento como produção social e coletiva, transformadora das condições que geram pobreza e opressão.
- b) Em Fortaleza, inicia-se um processo de saúde e movimentos populares de perspectiva emancipatória. Diálogo entre saber acadêmico e popular a partir de movimentos contra-hegemônicos, aproveitando professores e estudantes comprometidos com os movimentos sociais populares. Processo entre a gestão municipal de Fortaleza, os espaços de formação e a ANEPS.
- c) A educação popular e práticas de saúde: desenvolvimento de novas relações através do diálogo e da valorização do saber popular. O estudante de medicina precisa do saber que é de experiência feito (Paulo Freire), ou seja, que se faz no coletivo, no enfrentamento do cotidiano. É dialogando com esse saber que se faz a relação entre o saber popular e o saber da ciência.
- d) Saber Popular e o Saber da Ciência: uma convivência possível: se confrontam no cotidiano. De modo geral há uma tendência do profissional de saúde – por desconhecimento - ao comportamento de desvalorização do saber popular, o saber de experiência feito pela própria comunidade. É preciso romper com isso e por ciência e saber popular em diálogo.
- e) Como trabalhamos: partido das representações populares, a escuta da população: diálogos envolvendo crianças, jovens e adultos, idosos, através de cirandas, músicas, teatro, atividades coletivas, a arte como espaço de comunicação e problematização da



FORMULÁRIO DE RELATORIA



realidade, interação entre diversos atores sociais organizando a escuta da população, equipes de saúde da família e da residência de medicina de família e comunidade.

Denis Roberto Petuco (ARDPOA/ABORDA)

- a) O lugar de onde fala: Associação Brasileira de Redutora de Danos, militante da ANEPS, estudante de ciências sociais em Porto alegre, contribuição ao MST (Centro de formação de Veranópolis), a partir de onde faz reflexões pertinentes acerca da formação de educadores populares.
- b) Educação popular não um amontoado de estratégias. É uma ética, um compromisso político que é preciso assumir como trabalhador em saúde. Até que ponto estamos preparados para assumir esses compromissos?
- c) Espaço Piracema: espaço de saúde que acontece no Fórum Binacional relacionado ao Fórum Social Mundial, onde participam os militantes da ANEPS. A experiência vivida neste espaço – desde conflitos com a coordenação do evento, até as circunstâncias impostas pela natureza -, ajudou a perceber a importância e o compromisso do educador popular com a construção da cidadania.

Gabriela Pinto (EBMSP/DENEM)

- a) O papel da educação popular na educação médica: resgate histórico - colonização do Brasil, catequização indígena, escravidão do índio e do negro. Neste contexto nasce a Universidade de Medicina da Bahia (1808). Nessa mesma lógica vem, mais tarde, a ditadura militar e os acordos MEC-USAID, fortalecida pela política neoliberal hegemônica no séc. XX.
- b) Conseqüências: universidade: saber técnico – modelo Flexner: distanciamento dos saberes populares. Educação voltada para as demandas de mercado em detrimento das necessidades da população.
- c) Educação: libertação, autonomia: como fazer a troca entre o saber popular e o saber acadêmico produzido pela ciência. Na experiência da região norte percebeu-se que as atividades em geral são assistencialistas, não dialogam com a comunidade, caminham mais na direção de ensinar à comunidade e não de partir da comunidade para com ela construir novos saberes. Parte-se então, para ações e reflexões que tragam a comunidade para dentro de espaços de educação médica como os conselhos, etc. Para essa ação utilizaram-se estratégias como a discussão da questão de cotas para negros na universidade, estágios de vivência em comunidades.

Mesmo o desejo de transformação esbarra em dificuldades e acabam trazendo também experiências negativas (a comunidade reclama do fato de só se fazer pesquisa e não se



FORMULÁRIO DE RELATORIA



produzir soluções). O estudante de medicina como um sujeito elitizado, choque cultural entre o conservadorismo docente e os valores da população.

ENCAMINHAMENTOS

É preciso ampliar os espaços de reflexão sobre esse tema no COBEM

Sala G (14:00 - 16:00) OFICINA - Habilidades e Comunicação na consulta médica

COORDENAÇÃO: Mario Garcia Tavares (UFRGS)

PALESTRANTE (S): Francisco Arsego de Oliveira (UFRGS), Odalci Pustai (UFRGS)

RELATOR DOCENTE: Eliana de Andrade Trotta (UFRGS),

RELADORES DISCENTES: Daniela Furtado Barreto (FFFCMPA), Rudinei Diogo Marques Linck (UPF)

TÓPICOS RECEBIDOS NO CONTATO PRÉVIO

Sobre a Oficina de Habilidades de Comunicação, o objetivo é poder fazer uma experiência prática de atendimento médico com atores, para posteriormente fazer uma análise crítica da mesma. As "consultas" são filmadas e a discussão envolve todo o grupo. Utilizamos atores profissionais, desempenhando personagens desenvolvidos a partir de casos concretos, atendidos por alunos no Internato de Medicina Social. A idéia é poder fazer duas dramatizações, com períodos curtos de sistematização.

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Mario Garcia Tavares (UFRGS)

Mario Tavares fez a apresentação do grupo e explicou a dinâmica da oficina. A oficina, então, iniciou pela apresentação dos presentes e suas opiniões acerca do tema. Mario pede um voluntário da platéia para dramatizar uma consulta médica ambulatorial com tempo determinado. Uma aluna se prontifica, e esta inicia uma simulação de consulta com uma atriz que se faz passar por paciente. A consulta é filmada para posterior discussão. A paciente sai da sala e é aberta a discussão à platéia a respeito do exame físico da paciente. A paciente retorna e a consulta reinicia. A consulta é encerrada. O vídeo, então, é apresentado e discutido. A aluna voluntária analisa criticamente a sua experiência com o auxílio dos professores. Propõe-se que a platéia participe da experiência colocando sua opinião sob a forma "Eu faria...". A platéia enfatizou a importância de se observar a linguagem não-verbal, de se "colocar no lugar do paciente", de criar um ambiente agradável à conversa, um ambiente de confiança e cumplicidade, de não projetarmos no paciente nossos conceitos próprios. Destaca-se, também, a importância da linguagem não-verbal do médico, e seu comportamento durante a consulta, bem como entender o momento do paciente. Uma fonoaudióloga presente na platéia contribui muito ao enfatizar que, sempre



FORMULÁRIO DE RELATORIA



que fizemos ao paciente uma pergunta, devemos observar sua resposta verbal acompanhada de sua linguagem não-verbal. A atriz fala da sua participação, da importância dos momentos de silêncio, estes que, muitas vezes, “dizem muita coisa” e da linguagem corporal, da empatia do médico no momento da consulta, reiterando aspectos citados anteriormente.

Sala A (16:30 - 18:30) MESA REDONDA – Influência da indústria farmacêutica na formação médica

COORDENAÇÃO: Milton de Arruda Martins (USP/ABEM)

PALESTRANTE (S): José Augusto Barros (UFPE), Diego Bonfim (UFBA/DENEM) José Ruben da Alcantara Bonfim (SOBRAVIME).

RELATOR DOCENTE: Cynthia Isabel Ramos Vivas Ponte (UFRGS)

RELATORES DISCENTES: Daisy Pradella (FFFCMPA), Luiz Felipe Bruschi (UPF)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

José Augusto Barros (UFPE)

- a) Apresentou histórico desde O modelo empírico (Hipócrates), Galeno, Paracelso, Novo paradigma – Revolução técnico-científica. Homem pensado como uma máquina (dividido em partes).
- b) Biografia X Nosografia. Corpo+Mente (O ser total).
- c) Acesso a tecnologias diagnóstico-terapêuticas. Poder exagerado dos fármacos. Saúde dependente da tecnologia.
- d) Medicalização - medicamentos além da ação farmacológica (“valor-de-uso” - “valor-de-troca” – “valor simbólico”). Quanto maior o valor simbólico, mais caro. Ditadura do mercado.
- e) Uso irracional de medicamentos (pacientes, prescritores, indústria, agências reguladoras). Propagandas reguladas pela indústria farmacêutica. Apresentou dados e propagandas de medicamentos mostrando o lobby da Indústria farmacêutica.

Diego Bonfim (UFBA/DENEM)

- a) Influência na prescrição – Representantes e exploração da “lacuna emocional”, DEF (proporção de informações ausentes – 65% no BR), Anúncios em revistas (nenhum dos critérios da OMS aparece em 100% dos anúncios), periódicos (contratos q permitem à empresa patrocinadora deletar informações do artigo ou atrasar sua publicação).
- b) Ética (Senso comum) X Influência da Indústria farmacêutica (Marketing) – Relação entre os medicamentos com mais propagandas e os mais prescritos.
- c) Inquérito de Boston



FORMULÁRIO DE RELATORIA

- d) Graduação: Influência da indústria com patrocínio de viagens, jalecos, DEF... Estudantes construindo saber, professores como formadores de opinião, exploração da ansiedade para formação, distorção da noção de saúde.
- e) Saúde como mercadoria: patentes e HIV; genoma humano e propriedade intelectual. Salientou a importância da discussão do tema na formação dos estudantes.

José Ruben da Alcântara Bonfim (SOBRAVIME)

- a) Farmacêuticos, prescritores e propaganda.
- b) Conceito Comercial X Conceito tecnológico X Conceito de progresso terapêutico
- c) Melhores condições para medicamento tanto novos quanto velhos (critério) - STEPS (segurança, tolerância, efetividade, preço e simplicidade de uso).
- d) Consumidor X Paciente: não rotular paciente como consumidor.
- e) A real influência da indústria farmacêutica nos prescritores. Líderes de opinião custo X vantagens
- f) O comércio da doença (nova estratégia farmacêutica). Condições clínicas definidas ou redefinidas pelas empresas: faz com que virtualmente todo americano tenha uma doença com necessidade de tratamento. Exemplos: Síndrome do Intestino Irritável, Déficit de Atenção e hiperatividade, etc.
- g) Sem brinde de qualquer natureza (no free lunch)! Forte interação de reciprocidade. Necessidade de evitar a influência da indústria sobre estudantes e médicos.
- h) O Moderno Hipócrates Sir William Osler – Um dos primeiros deveres do médico é educar as massas a não tomar remédios. O desejo de tomar remédios talvez seja o maior característico que distingue o ser humano dos animais.

Milton de Arruda Martins (USP/ABEM)

- a) “Não há motivos para propaganda de medicamentos”. ABEM – moção de recomendação às faculdades sobre a influência da indústria sobre estudantes.
- b) Produção de conhecimento – Influência sobre pesquisadores e projetos de pesquisa.
- c) O ideal é que o médico não aceite qualquer promoção da indústria farmacêutica.
- d) Conflito de Interesses (não significa necessariamente desonestidade – percepção que uma coisa influencia outra). Relação entre pesquisadores e Indústria – Análise mostrando que estudos sérios apresentam um favorecimento à Indústria. Que vieses estão favorecendo a Indústria? Este tema é uma preocupação internacional, encontramos a discussão em vários artigos.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



Sala B (16:30 - 18:30) PAINEL – O ensino/aprendizagem na atenção secundária, no hospital e a cadeia do cuidado em Saúde.

COORDENAÇÃO: Rodrigo Carriri (SMS/Recife)

PALESTRANTE (S): Ricardo Donato Rodrigues (UERJ/SBMFC), Joaquim Edson Vieira (USP) José Maurício C. Lemos (UFMG), Erica Viana (UFPA/DENEM)

RELATOR DOCENTE: Luciano Bastos Moreira (ULBRA),

RELATOR DISCENTE: Mariana A. B. Cioffi (UCS)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Ricardo Donato Rodrigues (UERJ/SBMFC)

- a) Conformação e desenvolvimento de um modelo docente assistencial hegemônico dentro do hospital
- b) Recomendação da WONCA, aceitar que o modelo de saúde precisa de mudanças, e que o ensino médico não está voltado para as necessidades de saúde da população.
- c) A formação do médico deve incluir obrigatoriamente a participação nos trabalhos de unidades de saúde de vários tipos
- d) Contribuições do hospital ao processo de ensino e aprendizagem: o que o hospital pode oferecer para o ensino, se ele é especializado ou geral, se é voltado para o ensino ou não, qual o modelo assistencial, SUS, convênios? O que orienta as práticas, projeto pedagógico. Hospitais tradicionais resistem a transformações, mesmo assim muitos são utilizados no ensino. São hospitais que focalizam a doença e não a integralidade do paciente (atenção focal fragmentaria, especializada e medicalizante). Articulação formal com a sociedade, não tem uma possibilidade de discussão das demandas da população em relação ao ensino só visa o diagnóstico e o tratamento das doenças não se preocupando com o paciente. Isolacionismo, fraca relação com o sistema.
- e) Propõe mudanças no sistema tradicional, visando a integralidade. Hoje os hospitais já caminham nesse sentido, relação mais próxima com os processos que ocorrem fora do hospital na relação saúde-doença.
- f) Hospital moderno é centrado na pessoa, na saúde-doença como processo e na abordagem biopsicossocial. O ensino transcende a doença.

Joaquim Edson Vieira (USP)

- a) Relatório Flexner (1910): considera o hospital e o ambulatório como laboratórios. O ambulatório permite contato com o paciente porém não continuidade por falta de retorno. O hospital permite estudar o progresso e a ação da natureza combinada com a terapêutica.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



- b) Quando o hospital pertence a escola os médicos são contratados para o ensino, o que eleva a qualidade.
- c) O relatório sugere atuar nos diferentes níveis de atendimento, com ênfase no primário e no secundário.
- d) O relatório esta sofrendo uma revisão entre 2004 e 2007
- f) Entre outros sugere inserir o aluno precocemente em atividades praticas, desenvolvendo habilidades conhecimentos e atitudes em emergência, urgência e ambulatório.
- g) O atendimento terciário se restringe a 1:1000 pacientes, portanto o ensino deve ser eminentemente ambulatorial.
- h) Os gastos com saúde são, principalmente com hospital, depois médicos e a menor parte com cuidados gerais de saúde. N faculdade de medicina da USP os cuidados de atenção básica ocorrem ao longo do curso
- i) Conclusões, o ensino medico deve ser hospitalar, mas não exclusivo, sugere uma vaga em residência medica para cada vaga de graduação.

José Maurício C. Lemos (UFMG)

- a) O palestrante destaca a atenção primaria à saúde.
- b) Territorialidade, propiciando a participação social, garantindo a autonomia.
- c) Interdisciplinaridade e a integralidade (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação)
- d) Tempo escolar x tempo real do território
- e) Clínica especializada tradicional não tem contato continuo nem referencia territorial. Não estimula o contato entre referencia e contrareferência. Tem agendas convenientes, não envolve formação continuada e o papel secundário do medico da APS. Seria desejado o papel do medico na coordenação dos cuidados, referencia e contrareferência qualificadas, apoio técnico pedagógico, abrangência territorial, agendamento de acordo com a APS.
- f) Situação atual do ensino/ aprendizagem na FMUFMG, formação de médicos generalista, policlínico, capas do atendimento primário. A situação buscada por essa universidade é o atendimento primário e secundário e otimizar os recursos propedêuticos valorizando o método clinico em todos os seus aspectos. O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, carga horária mínima deverá atingir 35%. Com ênfase no SUS.
- g) “Na saúde, a atenção é primaria, todo o mais é secundaria”.

Erica Viana (UFPB/DENEM)

- a) Na Universidade Federal da Paraíba o Internato é baseado no hospital universitário.
- b) O aluno precisa ser exposto a realidade do hospital, nos processos de saúde-doença.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



- c) É contra a fragmentação do ensino, sugere um ensino global.
- d) Critica fortemente as condições de saúde da sua região.
- e) O hospital universitário entrou em crise de “atenção”, acha que os hospitais são privilegiados em investimentos em detrimento das atenções primárias e secundárias.
- f) Acredita que o país precisa de egressos que saibam operar o sistema único de saúde, defender o sistema e investir em educação.
- g) Critica o fato de os médicos mais experientes procurarem se dedicar a convênios e a clínica privada e não ao SUS, como acredita que deveria ser.

Sala C (16:30 - 18:30) PAINEL – Estratégias inovadoras para capacitação de docentes: educação permanente

COORDENAÇÃO: Tânia Celeste M. Nunes (FIOCRUZ)

PALESTRANTE (S): Silvia Helena Souza Batista (UNIFESP), Henry Campos de Holanda (UFC)

RELATOR DOCENTE: Alexandre Losekann (PUCRS)

RELADORES DISCENTES: Márcio Mezzomo (UPF), Wellington Luis Alessi (UPF), Rodrigo Sausen Raineski (UPF)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Silvia Helena Souza Batista (UNIFESP)

- a) Das Experiências às Pistas Teóricas;
- b) Conhecer-se a si mesmo; histórias de formação, trajetória como docente, O tornar-se formadora de outros professores;
- c) Diálogo teórico, exercício docente e planejamento coletivo;
- d) Elaboração de grupos de Especialização Educação em Saúde/ Consciência no ensino superior;
- e) Priorizar o diálogo entre ensino e pesquisa;
- f) Relata experiências de Desenvolvimento Docentes na UNIFESP (grupos de debates, trabalhos em equipes).
- g) Formação docente como objetivo de trabalho e de investigação;
- h) Encontro com outros professores e suas histórias;
- i) A convivência do nativo e do estrangeiro;
- l) Professor como sujeito da pesquisa e do ensino;
- m) Espaços de formação;
- n) Não há como pensar em formação docente sem pensar em grupalidade (interlocução entre os pares, interlocução com expertise);
- o) Ampliação dos espaços de formação;
- p) Investir em projetos coletivos de formação;



FORMULÁRIO DE RELATORIA



q) Política pública política institucional e identidade pessoal devem estar juntos.

Henry Campos de Holanda (UFC)

- a) Necessidade de Expertise para o Ensino Médico;
- b) Profissionalização da docência médica;
- c) Movimento que requer apoio institucional;
- d) Programas de desenvolvimento docente/ Grupos de Revisão de Programas de Desenvolvimento Docente;
- e) Levar a educação médica para o campo da evidência;
- f) Formar grupos que elaborem conhecimento com evidência;
- g) Descrição das intervenções e resultados (através de seminários oficinas...);
- h) Esses programas mostram alto nível de satisfação, provocam mudanças em atitude organizacional;
- i) Aumentar a participação e motivação docente nos programas;
- j) Os Programas de desenvolvimento docente são imprescindíveis;
- l) Há uma relação muito grande entre desenvolvimento docente e desenvolvimento organizacional.

DISCUSSÃO

1. Preocupação nos Docentes que somente querem trabalhar e não permanecer na instituição;
2. Os docentes ignoram os programas de educação permanente;
3. Educação permanente para os docentes;
4. Repensar do acesso aos programas permanentes ao interior do Brasil;
5. A participação do estudante é extremamente importante no processo, eles devem se fazer presentes;
6. Necessidade de haver uma avaliação na educação médica;
7. Preocupação quanto aos preceptores do internato que não estão comprometidos na educação médica;
8. Gestão de docência não é levada a sério;
9. Importância dos espaços para troca de experiências;
10. Tudo isso pressupõe mexer com as estruturas das instituições;
11. Quem avalia os docentes? De que forma podemos avaliar?
12. Temos que levar como foco a qualidade do ensino;
13. Estamos estimulando os nossos discentes para a formação?
14. Devemos trazer os docentes para o debate;



FORMULÁRIO DE RELATORIA



15. Transformar o debate sobre a Educação Médica em “Sexy”.

ENCAMINHAMENTOS

Prof Henrique lidere e coordene um movimento de integração da Capacitação Docente.

Sala D (16:30 - 18:30) PAINEL – Papel da iniciação científica na formação médica e linhas de pesquisa em educação médica

COORDENAÇÃO: Waldomiro Manfroi (UFRGS)

PALESTRANTE (S): Gilberto Perez Cardoso (UFF), Eliana Cyrino (UNESP), Sheila Tatsumi (UNICAMP/DENEM)

RELATOR DOCENTE: Bartira Ercília Pinheiro da Costa (PUCRS)

RELATOR DISCENTE: Diego C Winckler (UPF)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Gilberto Perez Cardoso (UFF)

A IC vem sendo reconhecida como importante para a formação médica, e está sendo implantada como Programas de Iniciação Científica em currículos de escolas médicas.

Na UFF, a IC é composta por 7 disciplinas optativas e trabalho de conclusão do curso; no IC1 o aluno liga-se a um projeto científico, aprende a construir um projeto de pesquisa, desenvolve o trabalho prático e apresenta-o tanto oral quanto de forma escrita. Após esse módulo inicial, o aluno pode optar em continuar vinculado por até mais 6 semestres, igualmente recebendo créditos e desenvolvendo as mesmas atividades.

Em aproximadamente 8 anos de trabalho, o numero de alunos participantes tem aumentado, embora os alunos não tenham aderido completamente ao programa, abandonando-o após dois ou três anos devido ao enfoque primário que é o curso de medicina e o início das atividades de internato.

Observou-se que após a implementação do programa de IC, a produção docente aumentou, incluindo a publicação de artigos em revistas indexadas internacionalmente a respeito do aumento da produção científica na UFF.

Eliana Cyrino (UNESP)

A IC na UNESP propõe formar um aluno com consciência clara de que sua formação jamais será completada, que a educação seja alcançada proporcionando maior grau de autonomia e que seja possível trabalhar situações de ensino-aprendizagem na busca de soluções para problemas científicos extraídos da realidade homem, saúde e sociedade. Assim, existem princípios para reavaliar o ensino da Medicina atualmente, como: a necessidade de informação, embasamento para processar esta informação e generalização do aprendizado.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



A IC pode proporcionar autonomia para os estudantes de medicina, a partir de conceitos como investigação, pesquisa, atualização e crítica. O aluno precisa de liberdade para exercer a função de investigador, e é necessário que se tenha mais tempo nos currículos para que isso ocorra. No entanto esta prática não é oferecida como uma disciplina, e sim como um trabalho a ser desenvolvido durante o curso.

Para que o aluno aprenda a trabalhar com pesquisa, é necessário que ele esteja inserido no contexto de pesquisa; nesse sentido, deve-se tratar a pesquisa como uma prática reflexiva, que incentiva o aluno a investigar e desenvolver conhecimento; ao professor, cabe o papel de mediador, desafiador, trazendo os problemas e abordando as dificuldades presentes na prática da pesquisa.

Quanto às linhas de pesquisa desenvolvidas, destacam-se: avaliação, gestão, cenários de ensino, formação, educação e saúde, rede de cuidados, aprendizagem na comunidade, entre outras. A pesquisa em extensão faz parte do processo de ensino-aprendizagem.

O aluno durante o curso tem que desenvolver uma atitude científica: curiosidade, objetividade, precisão, análise crítica; isso se desenvolve a partir da visualização da realidade, inserção precoce na prática, desenvolvimento de estudos ao longo da prática.

Deve-se entender a pesquisa científica como um instrumento do ensino, sem que esta seja um cabide para os alunos, mas que estes participem ativamente do desenvolvimento do trabalho.

Não existe uma verdade única e a ciência não evolui de forma linear; são necessários compromissos éticos e sociais entre os participantes, respeito entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa, desenvolvimento de integração com a comunidade estudada, entre outros.

No âmbito da pesquisa em uma comunidade, utiliza-se muito a pesquisa qualitativa, na qual o registro é importante, buscando a comunicação, deixando marcas, articulando pensamentos, exigindo persistência, resistência e insistência; desta maneira enfatiza-se a narrativa como possibilidade de desenvolver um instrumento de pesquisa preciso, mas que na prática médica é um excelente treino para o registro da anamnese, desenvolvendo a habilidade de ouvir o outro e registrar os dados importantes para a tomada da decisão clínica. Assim, a IC oferece ao aluno um substrato rico para a descrição de locais, contextos, responsabilidade social, especificidades e generalidades e a realidade dos pacientes e garante que os alunos se aproximem de maneira significativa, crítica, criativa e duradoura do conhecimento, possibilitando a geração de novos conhecimentos.

Sheila Tatsumi (UNICAMP/DENEM)



FORMULÁRIO DE RELATORIA



Partindo do pressuposto de que a importância da IC para os alunos é que incentiva o hábito de manter-se atualizado, desenvolve o senso crítico para julgar a informação, e é um adicional de aprendizagem tanto prática quanto teórica, foi desenvolvido um estudo com os alunos de IC da UNICAMP.

A pesquisa aplicou um questionário para os alunos de iniciação a fim de caracterizar o grupo, levantar o que sabiam sobre pesquisa, quais as motivações, dificuldades e interesse no aprendizado de leitura de artigos científicos.

Realizaram capacitação na redação de projeto de pesquisa e redação de artigo.

Como resultado deste trabalho houve muitos elogios dos alunos que participaram da IC, avaliando a possibilidade de realizar pesquisa, aprender a realizar leitura crítica de artigos científicos e permitir a inserção precoce na pesquisa.

Algumas críticas dos alunos enfatizaram que ocorre sobrecarga de carga-horária (currículo obrigatório do 1º ano do curso), teoria excessiva, constatam a falta de base teórica, dificuldade em encontrar o orientador e reduzido espaço no laboratório, entre outras.

Como conclusão, percebeu-se que o contato com a prática científica desde o primeiro ano influencia positivamente o futuro profissional, formando médicos preocupados em manter-se atualizados para oferecer o melhor para os seus pacientes.

Sala E (16:30 - 18:30) GRUPO DE DISCUSSÃO – Posição da ABEM sobre a proposta do MEC de avaliação dos cursos

COORDENAÇÃO: Adriana Cavalcanti de Aguiar (Univ. Estácio de Sá, ABEM)

RELATOR DOCENTE: Dagoberto Vanoni de Godoy (UCS)

RELATOR DISCENTE: Marília Zamprogna (ULBRA)

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

- a) O instrumento oficial do MEC não incorporou as sugestões da ABEM, e não contempla às necessidades dos cursos de medicina;
- b) As especificidades do cuidado à saúde, que nortearam o PROMED e o PRÓ-SAÚDE não estão incluídas no instrumento de avaliação dos cursos do MEC;
- c) Desde a criação da CONAES e do SINAES, dois instrumentos são utilizados:
 - 1) o ENADE com as limitações inerentes ao de uma prova teórica, e
 - 2) o instrumento de avaliação dos cursos, o qual é inadequado por não levar em conta as especificidades da área da saúde e desconsiderar as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina;
- d) A ABEM deveria fazer a proposição de revisão do instrumento de avaliação;



FORMULÁRIO DE RELATORIA



e) O direcionamento da CONAES para o INEP foi o de criação de um instrumento único para todos os cursos de graduação, sem levar em conta especificidades, o que prejudica sua utilidade;

MANIFESTAÇÕES DA PLENÁRIA

a) Não houve retorno por parte do Governo para as comissões assessoras sobre o destino do documento formulado junto com a ABEM nem discussão posterior ao lançamento do instrumento pelo INEP.

b) Nota-se uma desconsideração do trabalho da ABEM pelo MEC, havendo necessidade de reativar-se o diálogo;

c) A ABEM deve pronunciar-se contrariamente ao instrumento ainda no decorrer do atual governo, ressaltando a necessidade de reforçar as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, e de retornar ao instrumento proposto pelas escolas médicas;

d) Propor a articulação de todas as entidades formadoras da área da saúde na defesa do instrumento de avaliação dos cursos elaborados pelas respectivas comissões assessoras da saúde;

e) Deve haver a interrupção do processo de avaliação dos cursos e retomada das negociações;

f) Um documento explicitando a não aceitação do instrumento em vigor deve ser entregue ao Ministro da Educação pelo Presidente da ABEM, Prof. Milton de Arruda Martins;

g) O Presidente do CFM apóia a iniciativa acima e informa que a FENAM e a AMB terão posição similar podendo acompanhar a ABEM na audiência mencionada no item 3f;

h) As entidades representantes da educação das outras profissões da área da saúde serão informadas do teor do documento sendo convidadas a aderir.

Sala F (16:30 - 18:30) OFICINA - Avaliação dos programas de residência médica por competências

COORDENAÇÃO: Maria do Patrocínio Tenório Nunes (USP)

PALESTRANTE (S): Eliana Claudia de O. Ribeiro (INCA/RJ)

RELATOR DOCENTE: Lionel Leitzke (ULBRA)

RELADORES DISCENTES: Petra Zignani (PUCRS), Nathalia Guarienti Missima (PUCRS)

Bibliografia recebida em contato prévio com Eliana Claudia de O. Ribeiro (INCA/RJ)

INCA - Projeto de definição de competências



FORMULÁRIO DE RELATORIA



ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Eliana Claudia de O. Ribeiro (INCA/RJ)

- a) Competência é a comprovação de que os objetivos foram alcançados pela observação da mudança do comportamento. Quanto mais fragmentada a avaliação, mais adequada será. Ser competente, mais do que dominar o conhecimento técnico é aplicá-lo de modo adequado na prática.
- b) Os mecanismos de certificação profissional devem basear-se também no fator social.
- c) Há várias dimensões da competência, e se costuma associar o desempenho à competência.
- d) A competência profissional não é a soma das habilidades, mas a capacidade de mobilizar o que aprendeu para a ação em um determinado cenário.
- e) A multiplicidade de vivências é que constrói o conhecimento tácito após múltiplas reflexões sobre erros e acertos de cada vivência.
- f) As áreas de competência devem configurar a essência da profissão.
- g) A formação de profissionais para a rede de atenção é uma política pública. Foi promovido um Ciclo de Oficinas voltadas um programa de residência. Baseado nessa experiência foi construído o perfil de competência do residente, composto por áreas de competência, ações-chave e desempenhos.
- h) Foram construídas 4 áreas de competência: a de competência clínico cirúrgica (saber reunir equipes clínicas e discutir casos), a de educação permanente, a de gestão e a de produção de conhecimento (ler artigos, fazer relatos de caso).
- j) A competência desejada possui dois níveis: o de autonomia de desempenho obrigatória (as mais prevalentes e menos complexas) e o de autonomia de desempenho desejável (menos prevalentes e de maior complexidade).
- j) O portfólio e a telemedicina seriam alguns meios de avaliar competências.
- k) Os desafios para implantação de programas orientados por competência são: ampliar a parceria envolvendo outras esferas da área da saúde e da educação, assegurar o reconhecimento pelas instâncias reguladoras da residência médica e fortalecer a legitimidade do processo em termos de seu valor legal e do seu papel de diretriz de política pública no país.
- l) É necessário formar alunos que possam desenvolver um relacionamento médico-paciente adequado, inclusive na área afetiva. A ação não deve ser fragmentada, e sim, contínua, pois é como ocorre na prática.
- m) A avaliação deve contemplar o grau de autonomia do residente.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



Sala G (16:30 - 18:30) OFICINA (continuação) Habilidades e Comunicação na consulta médica

COORDENAÇÃO: Mario Garcia Tavares (UFRGS)

PALESTRANTE (S): Francisco Arsego de Oliveira (UFRGS), Odalci Pustai (UFRGS)

RELATOR DOCENTE: Eliana de Andrade Trotta (UFRGS);

RELADORES DISCENTES: Daniela Furtado Barreto (FFFCMPA), Rudinei Diogo Marques Linck (UPF).

TÓPICOS RECEBIDOS NO CONTATO PRÉVIO com os palestrantes

Sobre a Oficina de Habilidades de Comunicação, o objetivo é poder fazer uma experiência prática de atendimento médico com atores, para posteriormente fazer uma análise crítica da mesma. As "consultas" são filmadas e a discussão envolve todo o grupo. Utilizamos atores profissionais, desempenhando personagens desenvolvidos a partir de casos concretos, atendidos por alunos no Internato de Medicina Social. A idéia é poder fazer duas dramatizações, com períodos curtos de sistematização.

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Francisco Arsego de Oliveira (UFRGS)

Foram abordados os seguintes tópicos em relação à Consulta Médica:

- a) Ouvir o paciente; deixá-lo falar; conhecê-lo e entendê-lo como ser humano singular.
- b) Consulta é arte! Deve ser encarada como uma parceria!
- c) Evidências apontam para quanto melhor a comunicação, melhor é o desfecho clínico e a satisfação de ambos, paciente e médico.
- d) A consulta é apenas uma etapa na busca da resolução dos problemas de saúde.
- e) Considerar que pode haver idéias prévias acerca do encontro com o "agente de cura", baseadas em experiências prévias e concepções distintas a respeito do problema de saúde; o objetivo pode estar oculto.
- f) A consulta é um processo que tem diferentes fases, sem ordem pré-determinada. Há tarefas a serem cumpridas, para as quais devemos buscar mútua colaboração e compreensão entre médico e paciente.
- g) Consulta ideal ≠ desfecho desejado (idéia ampla).
- h) Estratégias de abordagem devem ser adaptadas a cada paciente e ao ambiente.
- i) O tempo da consulta deve ser suficiente para que aspectos relevantes sejam contemplados, porém o tempo é relativo.
- j) Registro pode ser feito desde que não rompa o relacionamento com o paciente.
- l) Sempre considerar as linguagens verbal e não-verbal.



FORMULÁRIO DE RELATORIA



Repetiu-se a sistemática de consulta simulada, conforme apresentado na primeira parte da oficina (14 horas – 16 horas), porém com outra sintomatologia, outra atriz e outro voluntário. Ao final, foi questionado se outros alunos poderiam atuar no papel de paciente ao invés de atores/atrizes. Uma professora relatou a experiência de Maaxtrich, em que habilidades de comunicação são treinadas em partes, e os próprios alunos, previamente treinados, representavam os pacientes. Outra professora coloca a importância do sentimento de amor com o paciente, um estilo de olhar que muitas vezes é perdido ao longo do tempo e a extrema necessidade de mantê-lo; de enfatizar esse assunto com o discente. Novamente cita-se a importância da empatia, diferenciando-na de somente identificação. Também há a necessidade de olhar a subjetividade do paciente.

Por fim, Mario Tavares disserta a respeito da origem do projeto de simular consultas (Canadá e Inglaterra), as etapas relacionadas à montagem do projeto (seleção de atores bolsistas, leituras de textos de Molière, Boltanski, “O idiota”, de Dostoiévski, observação de consultas), o seu início com alunos do Internato e da pós-graduação em Medicina Social e as dificuldades ao estender o projeto a acadêmicos de períodos mais iniciais, devido a um conhecimento menos amadurecido de semiologia. Relata as formas de aplicação do projeto (ao vivo, sombra e vídeo), com suas vantagens e desvantagens. Conclui abordando as dificuldades e recompensas do projeto. Finalmente, agradece a participação da platéia e encerra.

Sala B (19:00) – VÍDEO Documentário: Vozes da Integralidade

COORDENAÇÃO: Janine Cardoso (CICT/Fiocruz)

Equipe LAPPIS e CICT/Fiocruz

PALESTRANTE (S): Roseni Pinheiro (IMS/UERJ) Gilson Saippa de Oliveira (UFF)

RELATOR DOCENTE: Suzete Marcheto Clauss (UCS)

RELATOR DISCENTE: Thiago Fabrício de Mello (UNIPLAC)

CITAÇÃO ORIENTADORA RECEBIDA NO CONTATO PRÉVIO com os palestrantes

"Realizado a partir das falas dos alunos, egressos, professores, pesquisadores, gestores de serviços, gestores educacionais e usuários, o vídeo aborda diversas experiências no campo da formação universitária - graduação - de diferentes cursos e instituições de ensino que têm a integralidade como princípio articulador de seus projetos pedagógicos e de atuação junto aos diferentes serviços de saúde não somente como campo de práticas, mas, sobretudo, como cenário de construção de saberes compartilhados".



FORMULÁRIO DE RELATORIA



Sala D (20:00) – I Encontro dos Serviços de Suporte aos Estudantes de Medicina, Residentes e Pós-Graduandos

COORDENAÇÃO: Luiz Antonio Nogueira Martins (UNIFESP)

PALESTRANTE (S): Patrícia Bellodi (Santa Casa/SP), Luis Roberto Millan (USP), Sergio Baldassin (FMABC), Patrícia Fiedler (UEPR)

RELATOR DOCENTE: Suzete Marcheto Clauss (UCS)

RELATOR DISCENTE: Thiago Fabrício de Mello (UNIPLAC)



RELATÓRIO FINAL

1. A crença do profissional na efetividade de suas técnicas
2. A crença do doente ou da vítima no poder do profissional
3. A credibilidade da sociedade em aspectos socialmente definidos. O grupo social tem que acreditar na efetividade do tratamento (Lógica da Antropologia Médica: relação com o feiticeiro/médico e o feitiço/prescrição médica que resulta em um campo gravitacional no interior do qual a relação entre o feiticeiro e o doente está localizada e socialmente definida)

O médico deve entender que o doente é uma pessoa humana, com lógica própria para resolver seus problemas. Dessa maneira, ou trabalhamos para entender as relações sociais e o intrincado papel do social ou a nossa fala fica empobrecida e reduzida. A Antropologia também contribui para a Educação Médica quando relaciona saúde e doença com realidade social.

A comunidade acredita que a etiologia das doenças tem múltiplas causas e quase sempre a população usa uma combinação de terapêuticas indo a diferentes profissionais, sem que com isso esteja desprezando nenhum deles e sim respeitando a todos.

As diferentes terapêuticas têm racionalidade, o que está em jogo é entender que a doença no ser humano não é somente biológica, mas tem também componente cultural e psicológico.

Isso pode ser comprovado por Marcel Mauss que constatou em um estudo com uma tribo da Nova Zelândia um tipo de doença que ocorria por transgressão das regras sociais. Os indivíduos adoeciam e morriam num curto espaço de tempo em função da transgressão social ocorrida, pois a sociedade deles era muito rígida e eles não agüentavam a cobrança. Isso nos leva a concluir que formar o médico é também formá-lo para entender a lógica da sociedade em que ele vai atuar.

O medo (inclusive) da morte por motivos sociais é capaz de criar manifestações mentais e físicas de adoecimento. Há em várias sociedades, casos acontecidos de mortes causadas brutalmente pelo fato dos sujeitos serem julgados ou saberem que iriam ser julgados. Boltanski estudou concepção de saúde e doença na sociedade francesa na década de 70 e constatou nas sociedades modernas e atuais:

- A Antropologia serve para contextualizar o sujeito. Não há uma doença pura num indivíduo só. Há um doente contextualizado na sua família, no seu grupo social. A doença não é só biológica, ele está contextualizado na sua família, sua sociedade
- O determinismo social não informa o corpo de maneira imediata por meio de uma ação que atinge e age sobre a ordem biológica.



RELATÓRIO FINAL

- Há diferenciação interna nos sujeitos: aspectos físicos, psicológicos e ambientais. Do ponto de vista de classe, gênero (a desvantagem do homem), etnia e idade

Para Minayo a Antropologia também contribui com métodos e técnicas. Dá ênfase à subjetividade e para uma compreensão objetiva é preciso acreditar que a subjetividade tem um papel. Existe a intersubjetividade, pois todos estamos em relação. Assim, não podemos ser simplesmente técnicos, mas devemos ser também hermenêuticos (intersubjetividade comunicativa) na nossa análise da situação.

Há um novo modo de se relacionar:

“Eu sei, você também sabe; eu sei diferente de você”.

Dessa forma é importante haver a compreensão dos sentidos e significados de cada um.

Com relação à racionalidade e intencionalidade Minayo fala que todos os seres humanos agem racionalmente e por usos e costumes. Suas ações e interações obedecem a fins, meios e buscam resultados.

A Antropologia dá foco à experiência humana, contextualiza a realidade humana e enfatiza o encontro face a face criando a verdade das pessoas, ensina que há consistência lógica na narrativa dos sujeitos. Existe possibilidade de mútua interpretação entre médico e paciente. Seu relato, real ou imaginário é eletivo e tem sentido para ele, isso é, “quando alguém define sua situação como real ela é real em suas conseqüências” .

Três coisas atrapalham nesta relação da medicina com a antropologia

- ? aparecimento da bacteriologia – crença exacerbada no biologicismo
- ? estudo de genoma, de novo a crença que tudo será explicado e o social é coisa atrasada
- ? segunda questão, o tecnicismo da clínica
- ? terceiro, vem da própria antropologia , o absolutismo antropológico.

A palestrante conclui afirmando “se não creio no sujeito eu não o compreendo nunca”.

TÓPICOS RECEBIDOS NO CONTATO PRÉVIO

Contribuições da antropologia para pensar e atuar nos processos de saúde/doença¹

Maria Cecília de Souza Minayo²

¹ As idéias contidas neste texto estão desenvolvidas no cap: Contribuições da Antropologia para a Área de Saúde, escrit pela mesma autora, na obra TRATADO DE SAÚDE PÚBLICA, São Paulo, Editora Hucitec, 2006.

² 2 Pesquisadora Titular da Fundação Oswaldo Cruz, Coordenadora científica do Centro latino americano de estudos sobre violência e saúde (CLAVES/FIOCRZ), pesquisadora de carreira do CNPQ, Editora científica da revista Ciência & Saúde Coletiva cecilia@claves.fiocruz.br



RELATÓRIO FINAL

Neste texto resumimos dois pontos importantes nas relações entre as ciências sociais, principalmente a antropologia e a área de saúde, principalmente a medicina: as contribuições e as dificuldades.

A antropologia contribui para relativizar conceitos biomédicos

Desde o início do século XX, os antropólogos aportaram uma contribuição muito importante para o setor saúde. Dentre elas, consideramos notáveis algumas reflexões de Lévy Strauss e Marcel Mauss. O primeiro define o lugar da morte, da saúde, da dor e do prazer no contexto das visões de mundo e das representações coletivas e analisa o lugar e o papel das terapêuticas e da cura no interior dos sistemas simbólicos mais amplos e das relações sociais (1963). O segundo desvenda as profundas relações entre o fisiológico, o emocional, as práticas culturais e o contexto social (1950).

Na introdução à obra de Marcel Mauss a respeito de estudos que abrangeram e compararam sistemas de crenças e de cura de diferentes tribos que vivem nas ilhas do Pacífico, disse Lévy Strauss:

O esforço irrealizável, a dor intolerável, o prazer e o aborrecimentos são menos função das particularidades individuais que de critérios sancionados pela aprovação ou desaprovação coletivas (...) Em face das concepções racistas que querem ver no homem o produto de seu corpo, mostra-se, ao contrário, que é o homem, sempre e em toda parte, que faz de seu corpo um produto de suas técnicas e de suas representações (1950, XIII-XIV).

As reflexões de Lévy Strauss vieram de seus estudos empíricos nas tribos indígenas brasileiras dos grupos bororo, cadíueu, nhambiquara e tupi-caraíba (1963) e se completaram num profícuo diálogo com Marcel Mauss. Por isso, quando na Introdução à obra de Marcel Mauss (1950), comenta o texto intitulado “L’Idée de Mort” [A idéia da morte] (1950), o faz elaborando uma espécie de síntese de seu pensamento, no que tange ao tema da antropologia da saúde e da doença. Ressalta o que ambos observaram e puderam comparar: uma interação dinâmica entre o físico, o psicológico e o moral, conformando uma representação peculiar e forte que retorna dinamicamente para a coesão social dos grupos estudados por eles.

Portanto, estudos empíricos dos citados autores e de outros antropólogos vêm evidenciando o que todos sabemos por meio do senso comum e do bom senso: o fato de que as doenças, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas que, sua vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade.

Queremos dizer que a doença, além de sua configuração biológica é também uma realidade construída e o doente é, antes de tudo, um personagem social. A conclusão a que



RELATÓRIO FINAL

chegamos, baseados nas descobertas de Lévy-Strauss e de Marcel Mauss é de que precisamos aproximar e valorizar as mais variadas interpretações do fenômeno saúde/doença. Uma vez que todas as formas de conhecimento têm racionalidade, todos os sistemas terapêuticos possuem valor intrínseco. E, em conseqüência, estudos empíricos e comparativos contribuem para problematizar a hegemonia do modelo biomédico de duas formas: quando ele se coloca para a sociedade como “a verdade”, ou a “única verdade” para o setor; e quando menospreza o saber e a experiência do paciente como se ali não houvesse nenhuma “verdade”.

A antropologia contribui para desvendar a estrutura dos mecanismos terapêuticos

Lévy-Strauss ofereceu ainda outra contribuição essencial à antropologia da saúde quando desvendou o funcionamento psicossocial dos mecanismos terapêuticos usados nas tribos que pesquisou. No estudo denominado *O feiticeiro e sua magia* (1963), o autor evidenciou que um indivíduo crê-se vítima de feitiço porque está convencido disso por causa das tradições de seu grupo: seus parentes e amigos compartilham sua crença. Por sua vez essa crença tem lugar no contexto cosmológico da sociedade, que freqüentemente se afasta dele, considerando-o antecipadamente morto ou risco para a comunidade, devotando-lhe medo, ritual e tabu. É preciso lembrar que rituais e tabus são formas que qualquer sociedade tem de lidar com problemas e momentos cruciais. No caso dos rituais para tratar com doenças ou encantamentos, seu papel é buscar reverter sentenças de morte, sejam por causas sociais sejam por razões biológicas. Lévy Strauss mostrou, a partir de pesquisas, que “não há porque duvidar da eficácia das práticas mágicas” (1963,167). Porém, essa eficácia implica na crença que a comunidade lhe devota. Desta forma, diz o autor, falando da estrutura dos sistemas de cura:

Há três aspectos complementares. Primeiro, a crença do feiticeiro na efetividade de suas técnicas. Segundo, a crença do doente ou da vítima de feitiço no poder do feiticeiro. E, finalmente, a fé e as expectativas do grupo em relação ao feitiço e ao feiticeiro, na medida em que esses sentimentos constantemente atuam como uma espécie de campo gravitacional no interior do qual a relação entre feiticeiro e paciente está localizada e definida (1963, 168).

Dentro da lógica da metodologia estruturalista a partir da qual evidencia a semelhança entre visão científica e pensamento mítico, Lévy Strauss contribuiu para pensarmos os vários sistemas terapêuticos exercidos nas sociedades complexas, inclusive o modelo médico hegemônico. O autor chama atenção para o fato de que os contextos sociais e individuais dos processos de cura têm esquema mental semelhante. Todos dependem da eficácia



RELATÓRIO FINAL

simbólica criada pela relação de confiança interativa entre o médico, o paciente e as expectativas sociais em torno do modelo praticado. O que significa dizer que não há racionalidade biomédica independente do ambiente cultural e histórico de seu exercício.

A antropologia contribui para mostrar relações entre saúde/doença e realidade social

Marcel Mauss construiu ainda outro conceito muito importante que pode ser apropriado pela antropologia da saúde. Trata-se da noção de fato social total (1950, 315) para se referir a acontecimentos que criam mobilização subjetiva, afetam a fisiologia, catalisam energias e emoções dos indivíduos e interferem nas relações comunitárias, criando uma espécie de totalidade social específica. A partir dessa noção podemos estudar o impacto da ocorrência de acontecimentos saturados de sentido como doenças e epidemias ou outros como festas e ritos de iniciação, tratando-os como janelas privilegiadas de compreensão da sociedade instituída e de seus mecanismos, expressos em estruturas, riqueza cultural e representações coletivas.

Medo e raiva são associados à intensa atividade do sistema nervoso simpático. E o indivíduo possuído por uma idéia de enfeitiçamento, em poucas horas pode lidar com baixa no volume do sangue, queda de pressão, rejeição de alimentos e bebidas, extrema ansiedade, precipitando processos de adoecimento. Problemas fisiológicos se juntam a vários casos de traumas provenientes de batidas, auto-agressões e outros, resultando em mortes nas quais as autópsias não revelam lesões (Mauss: 1950, 168).

Lévy Strauss (1963) também evidenciou que uma representação específica tão forte e enraizada na cultura como a de saúde/doença manifesta, vigorosamente, concepções da sociedade como um todo. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo, diz ele, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social:

Em todas as condutas em aparência aberrantes, os doentes não fazem senão transcrever um estado do grupo e tornar manifestas tais circunstâncias. Sua posição periférica em relação a um sistema local não impede que eles sejam parte integrante de um sistema total. Pode-se dizer que, para cada sociedade, condutas normais e condutas especiais são complementares (Lévy Strauss: 1950, XXII).

Marcel Mauss, a partir de várias análises etnográficas constatou que em grande número das sociedades estudadas por ele, o medo da morte, de origem puramente social e sem nenhuma mistura de fatores mórbidos individuais, foi capaz de criar manifestações mentais e físicas de adoecimento, por razões de consciência e de transgressão das normas vigentes. Nesses casos, - em sociedades marcadas por fortes laços sociais e estrito controle



RELATÓRIO FINAL

hierárquico - os transgressores sociais passavam a se relacionar com a probabilidade ou a certeza de sua morte, mesmo quando seus corpos não apresentavam lesões aparentes ou conhecidas que justificassem o óbito: São casos acontecidos de mortes causadas brutalmente, em numerosos indivíduos, mas simplesmente pelo fato de que eles souberam ou acreditaram que iam morrer (Mauss: 1950, 313).

No referido texto, *Idée de la Mort*, Mauss (1950) comenta ainda que, para compreendermos porque indivíduos se vêm possuídos repentinamente por doenças causadas por feitiço, encantamento ou por pecado, temos que aprofundar a idéia do que seja doença ou saúde para a sociedade em que vivem. Nas tribos estudadas por ele, uma dessas idéias é de que o indivíduo que infringe alguma norma ou a algum tabu deve morrer. Nesses casos o sujeito que adocece ou morre não se crê ou não se sabe doente a não ser por causas coletivas e sagradas que o sustentam e mantêm sua comunidade.

Outra antropóloga importante, Mary Douglas, confirmou os achados de Lévi-Strauss e de Marcel Mauss quando concluiu que: *O corpo social limita a forma pela qual o corpo físico é percebido. A experiência física do corpo é sempre modificada pelas categorias sociais através das quais é conhecida, sustentando uma visão particular da sociedade* (1970, 83). E Boltanski que estudou a visão sobre saúde e doença na sociedade francesa enfatizou com uma frase lapidar, a mediação da cultura na construção das enfermidades e da saúde, no seu estudo, *As classes sociais e o corpo*

Os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, por meio de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica sem a mediação do cultural que os re-traduz e os transforma em regras, em obrigações, em proibições, em repulsas ou desejos, em gostos e aversões (Boltanski: 1979, 119).

Portanto, uma visão antropológica sugere que, quando analisamos qualquer problema de saúde precisamos entender suas dimensões biológicas no contexto das condições estruturais, políticas e subjetivas em que ocorrem. Mais que qualquer outro fenômeno histórico-cultural, saúde/enfermidade têm vinculação com os modos de produção, as desigualdades sociais e as redes sociais de apoio dos indivíduos e grupos. Como um tema abrangente e saturado de sentido sócio-cultural, as categorias saúde e doença só podem ser compreendidas dentro de uma perspectiva contextualizada e histórica de classe (também segmentos e estratos), de gênero, de idade e de etnia, hoje consideradas as quatro categorias mais relevantes para diferenciações da questão social, além da especificidade histórica.

A antropologia contribui para a contextualização dos sujeitos



RELATÓRIO FINAL

Por fim, uma das contribuições da antropologia é enfatizar a necessidade de contextualização de qualquer fato, fenômeno, ato ou processo que envolva o ser humano individual ou em coletividade. A antropologia mostra, em primeiro lugar, que saúde e doença, enquanto questões humanas e existenciais são uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Para, a seguir, evidenciar que é preciso trabalhar com as categorias de “especificidade histórica” e de “diferenciação interna” nas abordagens de realidades sociais. Do ponto de vista histórico, entendemos que, embora existam semelhanças nos quadros de mortalidade e de morbidade universais (o que permite ao sistema médico tratar doença e cura, por vezes como entidades a-históricas), há uma história das doenças e há uma história da saúde, da qualidade e da expectativa de vida que acompanham a evolução das sociedades e suas idiossincrasias, por exemplo, a saúde e o perfil epidemiológico do povo brasileiro não são os mesmos de 50 anos atrás e não são iguais hoje e outrora e nem como a de outros países.

Do ponto de vista das diferenciações internas, é preciso ressaltar que as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito da produção da saúde e das enfermidades. Isso implica que, para todos os grupos, será sempre de maneira específica e peculiar que um problema de saúde é vivenciado e produz complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Culturalmente, as formas como a sociedade experimenta esses dois fenômenos (saúde e doença) estruturam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas.

A antropologia contribui com métodos e técnicas de abordagem dos processos de saúde/doença

O quarto aspecto de contribuição relevante da antropologia se dá na abordagem metodológica. Embora existam, no campo disciplinar, diferentes teorias, métodos e desenhos antropológicos, na operacionalização empírica das pesquisas há elementos comuns e consagrados que podem guiar o pesquisador num trabalho de campo ou numa anamnese compreensiva. O modelo científico para compreensão do mundo social, do ponto de vista antropológico parte dos seguintes princípios: (a) intersubjetividade: estamos sempre em relação uns com os outros; (b) compreensão: para atingir o mundo do vivido, temos que entender as coisas e as realidades sociais como significativas; (c) racionalidade e internacionalidade: o mundo social é constituído sempre por ações e interações que obedecem a usos, costumes e regras ou que dizem respeito a meios, fins e resultados.



RELATÓRIO FINAL



A antropologia permite uma crítica ao pseudo objetivismo

O método antropológico permite uma crítica ao pseudo objetivismo da ciência, propondo a subjetividade como fundante do sentido; (b) dá relevância à subjetividade como sendo constitutiva do ser social e inerente ao âmbito da auto-compreensão objetiva; (c) coloca seu foco na experiência humana e no reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; (b) mostra que é preciso valorizar relações e compreender as pessoas nos seus próprios contextos sociais; (c) enfatiza que a produção da “verdade sobre pessoas ” se dá no encontro face-a-face e na empatia entre os interlocutores.

A antropologia também inclui objetividade

Mas a antropologia também trabalha com o conceito de objetividade, com a condição de entendermos que toda objetividade passa por uma construção subjetiva. Por isso, ela busca (a) explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados; (b) apresentar análises dinâmicas da realidade; (c) evidenciando sempre que todos os seres humanos produzem significados, planejam, projetam o futuro; e (d) suas conclusões, embora nunca universalizáveis, permitem compreender contextos peculiares, produzir comparações e inferências mais abrangentes. Quando trazemos o método antropológico para a área da saúde, pretendemos que ele ajude a compreender: (a) valores culturais e representações, opiniões e crenças sobre saúde e enfermidades, tanto biomédicos como tradicionais; (b) relações entre todos os componentes das equipes de saúde, os pacientes e os familiares; lógicas de instituições de saúde e de movimentos sociais específicos; e (c) avaliação de políticas, práticas, propostas, sistemas e modelos de atenção, desde o sentido de sua formulação, aplicação técnica, como a a significância que os vários sujeitos lhes atribuem.

Se pensarmos, por exemplo, a relação entre um profissional de saúde e um paciente na situação de anamnese, os antropólogos o aconselhariam a acreditar na narrativa de seu interlocutor a respeito de sua situação como uma das versões de seu problema, uma vez que, como nos ensinou Lévy-Strauss (a) há consistência lógica em suas expressões quando ele descreve o vivido, buscando trazê-lo para a ordem das significações; (b) existe possibilidade de mútua interpretação (do profissional de saúde e do paciente) compreensiva na construção do diálogo; e (c) seu relato tem base numa realidade empírica ou imaginária, mas efetiva para ele. Como diz o famoso teorema do antropólogo William Thomas: “Quando alguém define sua situação como real, ela é real em suas conseqüências” (1970, 48), colocando em evidência que um dos dilemas de quem trabalha com pessoas (como é o



RELATÓRIO FINAL



caso dos profissionais de saúde) é superar esquemas interpretativos formais e funcionalistas.

O que atrapalha a relação da antropologia com a área de saúde?

É preciso evidenciar três movimentos históricos que tendem outra vez a problematizar essa interação: dois por parte da área médica e outro, da própria antropologia.

1. Crença no biologicismo como resposta totalizante

O primeiro, vem da ideologia que acompanha o desenvolvimento da genética contemporânea e leva os cientistas ao retorno do sonho acalentado pelos bacteriologistas do fim do século XIX e início do século XX (Nunes: 1985). Nunes analisou, numa obra clássica, como a revolução científica ocasionada pelas descobertas da bacteriologia levou a medicina a se orientar por uma reflexão negadora da questão social. A ideologia criada em torno dessas novas descobertas passou a ser ponto de referência da medicina ocidental: (1) um “combate” (observe-se o termo militarista!) efetivo das doenças agudas, por meio da imunização e do tratamento; (2) centralização das ações referentes a doenças biologicamente definidas; (3) otimismo em relação à erradicação de doenças; (4) e reorganização do ensino médico a partir do campo biológico apenas (Nunes, 1985).

É claro que o avanço científico propiciado pela bacteriologia foi e é importante para a humanidade. A questão que colocamos para reflexão no plano das idéias e das práticas é a postergação dos fatores econômicos, sociais, culturais e subjetivos na construção das enfermidades e na promoção da saúde, reduzindo esses fenômenos a entidades ou processos biológicos apenas, deixando para trás uma longa tradição da medicina social que mostrou pleno vigor na metade do século XIX. Hoje, a fragmentação produzida pelo reducionismo biomédico leva a que, dentro de um hospital se reduza uma pessoa doente quase que unicamente a seu corpo, simples objeto de manipulação e de intervenções. Em contraposição, na maioria dos países, durante o século XX e sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde, desenvolveuse a saúde pública/saúde coletiva fundamentada na compreensão das condições, situações e estilos de vida.

Outra vez, desde o final do século XX estamos sendo confrontados pelas tentativas de pensar saúde como um processo biologicamente determinado apenas. Essa ideologia emergente foi pesquisada pelo antropólogo francês Lucien Sfez (1997) que produziu um estudo sobre as representações de saúde e doença na sociedade americana, japonesa e francesa contemporânea. Esse autor constatou uma tendência que chega ao auge na sociedade americana de construção de um paradigma utópico e prático de saúde perfeita,



RELATÓRIO FINAL

amparado nos avanços da biologia, do ambiente puro e das tecnologias de produção de medicamentos denominados de quarta geração. Sfez (1997) ressalta esse projeto está sendo construído por uma elite científica e tecnológica, sob os auspícios de poderosos interesses econômicos e financeiros. Ocorre num momento de extraordinário avanço científico na área da biologia e, especificamente, da genética, que faz sinergia com poderosas companhias de seguro e da indústria da saúde. O nicho de investimento nessas pesquisas produziu um verdadeiro mito de consecução da saúde perfeita pela predição genética (com o propósito de substituir o conceito de prevenção de doenças), como se fosse possível substituir a vontade, o desejo e as ações humanas por artefatos tecnológicos.

2. O tecnicismo da clínica

O tecnicismo da clínica e da epidemiologia cria ilusão da verdade dos números, dos dados e dos modelos. Faltam-lhes “a carne, o osso e a alma da vida social” (Malinowski: 1978, 29). Vários antropólogos e sociólogos vêm denunciando essa tendência tecnicista de muitas áreas do conhecimento. Na área da saúde, os arroubos de evidenciar verdades e objetividade se esquecem das perguntas fundamentais e de situar os problemas das pessoas nas dinâmicas de seus contextos, de suas vidas, de suas relações e representações. Por causa disso, os estudos tecnicistas acumulam dados sobre a realidade, tratam enfermidades como entes externos aos pacientes que as sofrem, diminuindo a eficácia dos contatos humanos necessários na área da saúde.

3. O absolutismo da antropologia

Frequentemente os antropólogos também são responsáveis pela sua falta de diálogo com o setor saúde. Primeiro, porque muitos professam uma reflexão fechada, o que dificulta o acesso dos profissionais de saúde a seus achados e contribuições. Mas, a maior dificuldade é assim nomeada por Raynaut:

Como conseguir que as ciências psicológicas e sociais admitam que o ser humano não é constituído somente de um espírito, mas também de um corpo? Como conseguir que elas admitam que também as sociedades humanas não podem ser analisadas apenas em sua dimensão cultural, levando unicamente em conta suas representações, seus modelos de comportamento, o modo como elas organizam as relações entre seus membros? Como conseguir que as ciências humanas integrem essa evidência de que os sistemas sociais só existem porque se arraigam em uma realidade biológica: a dos corpos e a dos membros? (Raynaut: 2002,43-44).

As palavras de Raynaut (2002) chamam atenção para o risco da onipotência próprio da unidisciplinaridade. Uma das dificuldades relacionais entre profissionais da saúde e



RELATÓRIO FINAL

antropólogos é a tentação por parte desses últimos, de transformar a medicina e as atividades da saúde num discurso. Quando isso é feito, efetiva-se um menosprezo das ciências sociais pela técnica, essa arte da prática que faz o ser humano recriar a natureza. As análises das concepções de saúde e doença como fatos sociais apenas, desconhecendo a essência biológica dos fenômenos produzem a mesma leitura reducionista que a medicina faz dos fenômenos sociais, às avessas. Tal advertência pareceria óbvia, se não fosse a proliferação de um tipo de produção científica que faz uso ingênuo de modelos fenomenológicos, interacionistas simbólicos e construcionistas, transformando a fala das pessoas na verdade sobre seus problemas. Os estudiosos que praticam tais formas de abordagem de forma superficial ou reduzida provocam descrédito das áreas médicas e da epidemiologia quanto à necessidade, procedência e cientificidade de seus achados.

É preciso ressaltar que nas interpretações dos fenômenos saúde/doença, os antropólogos entram como um dos “leitores da realidade” e que, dentro do modelo hegemônico predomina a “leitura biomédica”. A legitimação dos achados antropológicos pela biomedicina com todas as suas ramificações e vice-versa, ocorre como uma espécie de acordo tácito entre atores, instituições, práticas, relações e idéias. Da parte da antropologia esse acordo se expressa no respeito ao papel importante e insubstituível da medicina científica na sociedade contemporânea. E da parte da biomedicina, pela aceitação e valorização da idéia de que a população, seja a que só utiliza os serviços de assistência de saúde pública e médica, seja a que utiliza formas combinadas de tratamento, seja a que só utiliza terapêutica alternativa ou tradicional, tem racionalidade.

Bibliografia de Referência

- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Editora Graal. 1979.
- DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva. 1970.
- LÉVY-STRAUSS, C. *Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss*. In: *Marcel Mauss: sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaire de France. 1950 (†XXX).
- LÉVY-STRAUSS, C. *Structural anthropology*. New York: Basic Books Inc Publishers. 1963.
- LÉVY-STRAUSS, C. *O pensamento selvagem*. Campinas: Editora Papirus. 1989
- MALINOWSKI, B. *Malinowski. Coleção os Pensadores*. São Paulo: Editora Abril Cultural. 1978.
- MAUSS, M. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France. 1950.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Editora Hucitec. 2004 (8ª. edição).
- NUNES, E. D. *As ciências sociais e saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Washington: Opas. 1985.
- RAYNAUT, C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 5 (supl.1): 2002.
- SFEZ, L. *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*. Paris: Éditions du Seuil. 1997.
- THOMAS, W.I. “The Definition of the situation”. In: *Social Theory*. New York. Mcmillan Company. 1970. (3ª. ed.)



RELATÓRIO FINAL



Sala B (08:30 às 10:30) - FÓRUM I – Internato

PAINEL -

Repensando o Internato na Perspectiva das Mudanças na Formação do Médico e as Contribuições do Pró-Saúde

COORDENADOR: João José N. Marins (UFF/ ABEM)

PALESTRANTES: Maurício Zanolli (FAMEMA), Dione Tavares Maciel (UPE), Derly Streit (FM Petrópolis), Geraldo Cury (UFMG/ MS), Andréia Pinho (UFC/ DENEM).

RELATOR DOCENTE: Lionel Leitzke (ULBRA)

RELADORES DISCENTE: Diego Millan Menegotto (UFRGS), Luiz Felipe Bruschi (UPF), Nathalia Guarienti Missima (PUCRS)

TÓPICO RECEBIDO NO CONTATO PRÉVIO (Profa. Dione Tavares Maciel - UPE)

Bibliografia Recomendada

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP, Rede Unida – Caderno de Especialização em Ativadores dos Processos de Mudança da Formação Superior de Profissionais de Saúde, Rio de Janeiro, 2005.

ZANOLLI, MB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marcondes E., Gonçalves E.I. (org) Educação Médica. Ed. Savier, 2:40-61, 2004

Maurício Zanolli (FAMEMA)

- a) O ideal no internato seria completar o desenvolvimento dos atributos necessários para formar o aluno de acordo com as diretrizes curriculares e de acordo com o perfil da escola.
- b) Aprendizagem significativa.
- c) Identificar os hiatos de aprendizagem e treiná-los em laboratórios ou com os pacientes, de maneira integrada e contínua.
- d) A boa prática clínica é o coração do processo ensino aprendizagem/clínica.
- e) Necessidade de mudanças no internato: centrado nas pessoas, orientada para as necessidades de saúde, contínua, com pacientes participativos, respeitados e consentidos. Abordagem biopsicossocial, baseada em evidência, professores capacitados, respeito mútuo, equipes multiprofissionais, centrada nos estudantes construindo competências, aprendendo a aprender. Avaliação essencialmente formativa. Exame de residência de acordo com as normas da graduação.
- f) Mudanças no exame de residência de maneira a não fomentar a procura do estudante de medicina a cursinhos preparatórios, e estimular a auto-aprendizagem.

Derly Streit (FM Petrópolis)

- a) O papel da supervisão seria prover o bom monitoramento, o modelo de profissionalismo, o retorno sobre o desempenho do interno no contexto da prática médica.



RELATÓRIO FINAL

- b) O supervisor deve ser o grande articulador entre o modelo de internato e o modelo de assistência. Deve conhecer o projeto do internato, as características do cenário e a área específica de atuação clínica, bem como incorporar a filosofia e a prática da educação permanente.
- c) A supervisão deve ter um objetivo formador e não regulador. Deve ser disponível.
- d) Desafios: Por que é tão difícil ter uma supervisão adequada? O que é uma supervisão adequada? Que supervisão temos? Que supervisão queremos?
- e) O supervisor e o preceptor devem possuir o mesmo perfil e a mesma importância.

Geraldo Cury (DEGES/ SGTES/ MS)

- a) Ao iniciar o internato, o acadêmico já está eticamente formado ou deformado.
- b) Problematização é o único método efetivo de formar um bom médico.
- c) Valorizar a especificidade de áreas como a saúde coletiva e a saúde mental.
- d) O objetivo básico do programa é incentivar o contato da academia com o serviço público de saúde (o que sempre ocorreu).

Dione Tavares Maciel (UPE)

- a) É essencial incluir a atenção primária, secundária e terciária (diretrizes curriculares).
- b) Em relação ao PROMED, discutir os problemas comuns. A) O internato não é um curso separado – faz parte da graduação. B) Definir o papel dos preceptores da rede SUS no processo. C) Feedback dos serviços de como o aluno chega ao internato.
- c) Avaliar o internato do ponto de vista formativo, através de comissões específicas, com representantes de todas as áreas envolvidas.
- d) Proposta de avaliação: 70% avaliação tradicional, 15% portfólio e 15% avaliação cognitiva.
- e) Portfólio: tutores de pequenos grupos, consultores, com encontros presenciais ou à distância, feedback e possibilidade de recuperação de conteúdos. Inclui relatos de prática realizados semanalmente pelo interno, com posterior discussão. O melhor caso clínico de cada interno é encaminhado para publicação.
- f) A avaliação cognitiva é baseada no programa mínimo elaborado junto com a rede SUS. Acompanhamento do progresso individual do aluno do primeiro ao último semestre.

Andréia Pinho (UFC/ DENEM)

- a) A finalidade do internato é dar ao acadêmico uma autonomia em serviços.



RELATÓRIO FINAL

- b) A reação discente contrária à saída do ambiente universitário é devido ao fato de que os novos cenários não estão preparados para recebê-los ou pela insegurança do acadêmico em desvincular-se do ambiente universitário?
- c) O interno merece ter acompanhamento contínuo e a possibilidade de aprender as suas eventuais deficiências (deve ser estimulado a avaliar-se). Os critérios de avaliação dos preceptores devem ser de conhecimento prévio do interno e pactuados com o mesmo.
- d) Existem dificuldades que tiram o foco do internato, como a necessidade de estudar para o exame de residência médica, a saída para os cursinhos preparatórios, os plantões ilegais e remunerados e até mesmo as bolsas existentes em algumas instituições.

Comentários:

- ? Participação dos residentes na avaliação dos internos.

ENCAMINHAMENTOS

Promover continuamente o diálogo qualificado entre docentes e discentes, comunidade e rede de assistência.

Sugestão de proposta de avaliação: 70% avaliação tradicional, 15% portfólio e 15% avaliação cognitiva. Portfólio: tutores de pequenos grupos, consultores, com encontros presenciais ou à distância, feedback e possibilidade de recuperação de conteúdos. Inclui relatos de prática realizados semanalmente pelo interno, com posterior discussão. O melhor caso clínico de cada interno é encaminhado para publicação.

Sala C (08:30 às 10:30) PAINEL

Extensão Universitária como Espaço Estratégico de Integração com Ensino e Pesquisa

COORDENADOR: Liselotte Menke Barea (FFFCMPA)

PALESTRANTES: Edson José Corrêa (UFMG), Jorge Alberto Buchabqui (UFRGS), Rafaela Grochoski (UFPR, DANC/DENEM)

RELATOR DOCENTE: Eliana de Andrade Trotta (UFRGS)

RELATOR DISCENTE: Roberta Belletti (UFSM)

MATERIAL RECEBIDO NO CONTATO PRÉVIO COM O PROF. EDSON JOSÉ CORRÊA (UFMG)

A área da Saúde, uma das oito áreas temáticas que sistematiza as ações de extensão das Instituições Públicas de Ensino Superior (IPES) – Comunicação, Cultura, Direitos Humanos e Justiça, Educação, Meio Ambiente, Saúde, Tecnologia e Produção, e Trabalho – organiza-se segundo os postulados do Plano Nacional de Extensão (1999), pactuado pelo Fórum de



RELATÓRIO FINAL

Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (FORPROEX). Nesse sentido, orienta-se pelos documentos conceituais básicos do FORPROEX – Plano Nacional de Extensão Universitária, Sistemas de Dados e Informações/Base operacional, Avaliação da Extensão Universitária e Indissociabilidade Ensino, Pesquisa e Extensão e Flexibilização Curricular – publicados na Coleção Extensão Universitária e disponíveis no site <http://www.renex.org.br>, na seção documentos.

Portanto, a área de saúde assume o conceito de extensão como “processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade”. Também assume que as ações de extensão – programas, projetos, cursos de extensão, eventos e prestações de serviço – devem obedecer às seguintes diretrizes gerais fixadas pelo FORPROEX:

? Impacto e transformação: estabelecimento de uma relação social de impacto, entre a Universidade e outros setores da Sociedade, com vistas a uma atuação transformadora, voltada para os interesses e necessidades da maioria da população, e implementadora de desenvolvimento regional e de políticas públicas. Essa diretriz consolida a idéia da atuação que deve orientar cada ação da extensão universitária. Colocada frente à realidade, é necessário eleger as questões mais prioritárias, com abrangência suficiente para uma atuação que colabore efetivamente para a mudança social. Frente à questão definida, é preciso estudá-la em todos seus detalhes, formular soluções, declarar o compromisso pessoal e institucional pela mudança, e atuar;

? Relação dialógica: desenvolvimento de relações entre universidade e setores sociais marcadas pelo diálogo, pela ação de mão-dupla, de troca de saberes, de superação do discurso da hegemonia acadêmica – que ainda marca uma concepção ultrapassada de extensão: estender à sociedade o conhecimento acumulado pela universidade – para uma aliança com movimentos sociais de superação de desigualdades e de exclusão;

? Interdisciplinaridade: caracterizada pela interação de modelos e conceitos complementares, de material analítico e de metodologias, buscando consistência teórica e operacional que estruture o trabalho dos atores do processo social e que conduza à interinstitucionalidade, construída na interação e interrelação de organizações, profissionais e pessoas;

? Indissociabilidade ensino – pesquisa – extensão: reafirmando a extensão como processo acadêmico – justificando-lhe o adjetivo “universitária” –, em que toda ação de extensão deverá estar vinculada ao processo de formação de pessoas e à geração de conhecimento, tendo o estudante como protagonista de sua formação técnica – obtenção de



RELATÓRIO FINAL



competências necessárias à atuação profissional –, e cidadã – reconhecer-se agente da garantia de direitos e deveres, assumindo uma visão transformadora e compromisso.

Organização, sistematização e institucionalização da extensão

A extensão universitária desenvolve um processo progressivo de organização, sistematização e institucionalização no qual se insere a prática pactuada de um conceito e diretrizes nacionais, a implementação de um sistema de informação de base nacional e um sistema permanente de avaliação.

Especificamente em relação ao tema avaliação, o FORPROEX conclui, nesse momento, um estudo nacional de avaliação da extensão universitária, nas dimensões de Infra-estrutura, Plano acadêmico, Política de gestão, Produção acadêmica e Relação universidade-sociedade. Esse último está em fase de aplicação. Paralelamente, formulam-se indicadores da extensão para o nível nacional. Uma experiência interessante é a constituição de núcleos tripartites de acompanhamento e avaliação, como nos programas Conexões de Saberes e VER-SUS Extensão Universitária. O FORPROEX apresenta-se, para o conjunto das IPES, como interlocutora para ações especiais de formulação e de orientação para implementação, acompanhamento e avaliação de programas e projetos, especialmente os dirigidos às políticas públicas. Esse processo, aplicado a cada área temática, é uma das prerrogativas das Comissões Temáticas, entre elas a da Saúde, em trabalho articulado com as coordenações nacional e regionais do FORPROEX. O órgão superior de deliberação é a Plenária do Encontro Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras, realizada ordinariamente no mês de maio de cada ano. (www.renex.org.br). 141

A Comissão de Saúde do FORPROEX, em documento aprovado em plenária do XXII Encontro Nacional, realizado em Porto Seguro-BA, maio de 2006, propõe-se a atuar, nos níveis nacional e regionais, como interlocutora nos relacionamentos Universidade e Sistema de Saúde, estimular a integração de experiências de extensão em saúde aos currículos de graduação, colaborar no desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de assistência à saúde, identificar interfaces relevantes e objetos de estudo comum e atuar no sentido de que sejam criadas condições para o desenvolvimento dos sistemas formador e prestador de serviços. Essas questões são explicitadas no **‘Marco Referencial: Extensão Universitária e Saúde’** que, complementarmente ao conceito de extensão e às diretrizes, deve servir como subsídio orientador para as ações de extensão universitária em saúde (disponível em <http://www.renex.org.br>).

Linhas de extensão



RELATÓRIO FINAL

O Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (FORPROEX) recomenda às IPES que as ações, em cada área temática, sejam executadas segundo as 53 linhas de extensão definidas pelo documento Áreas, Linhas e Ações de Extensão – disponível em www.renex.org.br –, com o cuidado de ser estimulada a interdisciplinaridade, o que supõe a existência de interfaces e interações temáticas. Ênfase especial deve ser dada à participação dos setores de extensão universitária na elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para a maioria da população, à qualificação e educação permanente de gestores de sistemas sociais e à disponibilização de novos meios e processos de produção, inovação e transferência de conhecimento, permitindo a ampliação do acesso ao saber e o desenvolvimento tecnológico e social do país.

A Comissão de Saúde do FORPROEX (FORPROEXComSAÚDE), atendendo ao conjunto das linhas de extensão, considera que grande parte delas pode ser orientadora na elaboração e implementação de programas de extensão, na área. Em uma abordagem mais específica, seriam especialmente aplicáveis à Área da Saúde as linhas de Desenvolvimento Tecnológico, Educação Profissional, Endemias e Epidemias, Divulgação Científica e Tecnológica, Esporte e Lazer, Fármacos e Medicamentos, Gestão do Trabalho, Gestão Informacional, Gestão Institucional, Gestão Pública, Grupos Sociais Vulneráveis, Infância e Adolescência, Jovens e Adultos, Organizações da Sociedade e Movimentos Sociais e Populares, Pessoas com Deficiências, Incapacidades e Necessidades Especiais, Saúde Animal, Saúde da Família, Saúde e Proteção no Trabalho, Saúde Humana, Segurança Alimentar e Nutricional, Terceira Idade, e Uso de Drogas e Dependência Química

Organizando os processos de extensão universitária

Definidas as ações de extensão – programas, projetos, cursos, eventos e prestação de serviço –, é necessário aplicar a cada um deles as diretrizes da extensão. É preciso definir sobre que questão ou problema se quer atuar, quais são as prioridades estratégicas, que nova realidade é vislumbrada, quem se compromissa com esse processo de transformação e como se articulam os diversos saberes, da academia, dos serviços e da comunidade e como se articulam as visões e os processos de trabalho de disciplinas, profissionais, instituições e pessoas – para se construir, não a multi, mas a interdisciplinaridade, a interprofissionalidade, a interinstitucionalidade e, mesmo, a interpessoalidade. O fator de agregação é o compromisso com o objetivo comum, o “goal” que a equipe almeja. Esses processos se substanciam em um plano de trabalho institucional que faz real a política institucional de extensão, que deve incluir os seguintes tópicos:



RELATÓRIO FINAL

- ? Inserir a Universidade – por meio da realização de estágios preferencialmente curriculares – em um Sistema Local de Saúde e Comunidades, de forma articulada com gestores e profissionais locais e com organizações sociais e a comunidade, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde: a universalidade na atenção, a equidade, a integralidade, a regionalização dos serviços de saúde e o controle social;
- ? Implementar diretrizes curriculares nacionais da área da saúde; ampliar relações universidade/sistema de saúde, do modelo tradicional integração ensino/serviço, para integração ensino/serviço – gestão setorial – controle social – desenvolvimento social; contribuição para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde, como uma política pública, intersetorial, que estimule e favoreça a mudança na graduação;
- ? Contribuir, por meio dos programas e projetos de extensão, para a diversidade de cenários para ensino-aprendizagem, não como “campos-de-estágio” na concepção tradicional, com planejamento autocentrado, mas como ações de médio e longo prazo que permitam o conhecimento e a interação com a realidade social;
- ? Construir compromissos entre o SUS e as Instituições de Educação Superior pela integralidade da atenção e pelo trabalho em equipe de saúde; a integralidade da atenção à saúde supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis às dimensões do processo saúde/doença não-inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica;
- ? Estimular o aluno a ser protagonista de sua formação técnica e cidadã, tendo no professor e outros profissionais locais os agentes orientadores e facilitadores desse processo, e não como gestores de ensino;
- ? Tomar o próprio Sistema Único de Saúde como objeto de investigação relevante para a consolidação e avanço do SUS e de aplicação de novas metodologias e processos, estimulando profissionais locais na co-autoria da produção e da difusão de conhecimento novo, aspecto geralmente negligenciado e que deve ser fortemente estimulado.;
- ? Estabelecer, em relações bilaterais universidade / sistemas locais, projetos de cooperação técnica para educação permanente em saúde – entendido o estágio como um elo nesse processo – e de implementação de novos instrumentos educacionais – por exemplo, educação a distância;



RELATÓRIO FINAL

- ? Contribuir, junto ao município, na implementação de políticas sociais setoriais, com ênfase em questões prioritárias, como direitos humanos, geração de trabalho e renda, melhoria do sistema escolar e da educação de jovens e adultos, erradicação do trabalho infantil, atenção integral à família, combate à fome, erradicação do trabalho infantil, combate ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes, juventude e desenvolvimento social, atenção à pessoa idosa, atenção à pessoa portadora de deficiência, populações indígenas e quilombolas, entre outras questões, buscando articular movimentos locais e outros setores da universidade;
- ? Incentivar programas/projetos de tecnologia social;
- ? Estimular mecanismos de participação popular e controle social, em direção a construção de uma cultura política de democracia participativa, para o movimento estudantil, isto significa participar ativamente da formulação de todas as etapas da política;
- ? Estabelecer possibilidades e mecanismos de trabalho cooperativo e implementar programas colaborativos entre universidades, nos níveis estadual, regional e nacional;
Colocar em pauta a discussão do papel da extensão no hospital e centros de atendimento universitários, considerando a questão da prestação de serviços institucional, seu registro e relato no Censo da Educação Superior, bem como os programas e projetos específicos do setor

Bibliografia de Referência

- BARBISAN, A. O. et al. *Avaliação Institucional da Extensão* Porto Alegre, Os autores, 2004.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*/Brasília, DF, n.248, 23 dez.1996.
- BRASIL. Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. Brasília: 2001. Disponível em: < <http://www.unirio.br/propg/extensao/planoed.doc> >. Acessado em: 22/abr./02.
- COELHO, I.M.. *Diretrizes curriculares e ensino de graduação*. Disponível em: < <http://www.abmes.org.br/Abmes/Publica/Revista/estud22/est22-02.htm> >.
- FARIA, D.S. (Org.) *Construção conceitual da extensão universitária na América Latina*. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.



RELATÓRIO FINAL

- FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. *Plano Nacional de Extensão Universitária* Ilhéus: Editus, 2001. (Coleção Extensão Universitária; v.1)
- FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. *Sistema de Dados e Informações: Base Operacional de acordo com o Plano Nacional de Extensão* Rio de Janeiro: NAPE, UERJ, 2001. (Coleção Extensão Universitária; v.2)
- FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. *Avaliação da Extensão Universitária* Belo Horizonte, UFMG, 2004. (Coleção Extensão Universitária; v.3)
- FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. *Indissociabilidade entre Ensino-Pesquisa-Extensão e a Flexibilização Curricular: uma visão da extensão*. Porto Alegre: UFRGS, 2006 (Coleção Extensão Universitária, v. 4).
- NOGUEIRA, Maria das Dores Pimentel. (Org.) *Extensão Universitária: diretrizes conceituais e políticas* Belo Horizonte: PROEX/UFMG; o Fórum, 2000.
- SILVA, M. G. M. *Extensão: a face social da universidade?* Campo Grande, MS: UFMS, 2000.
- SOUSA, A. L. L. *A história da extensão universitária* Campinas, SP: Alínea, 2000.
- TUTTMAN, Malvina Tania. Extensão universitária: a construção de novos caminhos. In: DURHAM, Eunice R., SAMPAIO, Helena (Org.) *O ensino superior em transformação* São Paulo: USP / Núcleo de Pesquisa sobre o Ensino Superior, 2001.
- UNESCO. Tendências da educação superior para o século XXI. In: Conferência Mundial sobre ensino superior-Paris, 1998. *Anais...*, Brasília: UNESCO, 1999

MATERIAL RECEBIDO NO CONTATO PRÉVIO COM O PROF. JORGE ALBERTO BUCHABQUI (UFRGS)

O que é a Extensão

Processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre a Universidade e a Sociedade. Encontro Nacional de Pró-Reitores de Extensão, 1987, quando foi criado o Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Públicas Brasileiras.

Uma história de lutas desde sua origem

- Manifesto de Córdoba, 1918, estudantes e os problemas sociais
- Brasil, 50-60, no movimentos culturais e políticos da UNE
- 80: fortalece a sociedade civil, enfraquece a sociedade política
- Nova concepção de universidade
- Redefinição das práticas vigentes
- Indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão
- Autonomia universitária-Constituição Federal de 1988

Nova concepção

Do assistencialismo ao questionamento das ações desenvolvidas pela extensão



RELATÓRIO FINAL

De função inerente à percepção de um processo Universidade que articula o ensino e a pesquisa

A pesquisa direcionada ao estudo dos básica/aplicada grandes problemas; a população como sujeitos

Compromissos com a institucionalização

Extensão :O pensar e fazer universitários

Institucionalização administrativa e acadêmica: Adoção de medidas que redirecionem a própria política das universidades

Compromisso Social :Prática acadêmica liga atividades de ensino e pesquisa às demandas da sociedade

“À universidade compete organizar esse compromisso, congregando os cidadãos e os universitários em autênticas comunidades interpretativas que superem as usuais interações, em que os cidadãos são sempre forçados a renunciar à interpretação da realidade social que lhes diz respeito.” BOAVENTURA DE SOUZA SANTOS, 1997

Extensão e Conhecimento

Tradicional

Disseminação de conhecimento: cursos, seminários

Prestação de Serviços: assistências, assessorias, consultorias

Difusão cultural: eventos, atividades artísticas e culturais

Inovador

Produção do conhecimento

Trocas de saberes sistematizados, acadêmico e popular

Democratização do conhecimento

Participação efetiva da comunidade

Produção resultante da realidade

Plano Nacional de Extensão Universitária

Ação Global

Extensão como prática acadêmica

Discussão de proposta de ação global

Inserção institucional nos departamentos

Linhas de ensino e pesquisa em função das exigências da realidade

Conhecimentos acessíveis à população

Quando diferentes setores usufruam dos resultados produzidos

Natureza pública da universidade



RELATÓRIO FINAL



Universidade voltada para a maioria dos interesses e necessidades da população

Prestação de serviços

Prestação de serviços como um trabalho social

Atuando a partir/sobre a realidade objetiva

Conhecimentos que visem a transformação social

Como a atuação sobre o ensino público fortalecendo a educação básica

O resultado

Consolidar esta prática dentro das IES

Com o equilíbrio entre as demandas socialmente exigidas e os saberes e as inovações produzidas do trabalho de seus Professores, Alunos e Técnicos administrativos, tendo a Extensão como instrumento de mudança.

Conclusão

Com o princípio da indissociabilidade pretende-se garantir que, se nos aproximarmos deste ideal, estaremos próximos da perfeição. Ou seja, a universidade será tão mais eficiente, no cumprimento de seus objetivos nobres, quanto mais associados estiverem seus componentes básicos.

“ Numa sociedade cuja quantidade e qualidade de vida assenta em configurações cada vez mais complexas, a legitimidade da universidade só será cumprida quando as atividades, hoje ditas de extensão, se aprofundarem tanto que desapareçam enquanto tais e passem a ser integrante das atividades de investigação e de ensino”. BOAVENTURA DE SOUZA SANTOS

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Edson José Corrêa (UFMG)

- a) Abordagem de reflexões sobre a extensão
- b) Valorização e defesa do fato de os objetivos da extensão não serem: retribuir à sociedade os investimentos primários, levar até a sociedade o conhecimento, prestar serviços, atender às necessidades sociais ou buscar reconhecimento (marketing)
- c) A importância de haver um planejamento das atividades da extensão, afim de que, assim, suas ações sejam transformadoras. Ação transformadora da sociedade e da própria universidade
- d) Discussão sobre as agregações de variáveis pela extensão, o que a diferencia da pesquisa, que restringe variáveis
- e) Valorização da idéia de que a extensão trabalha “com” e não “para”, demonstrando seu valor de partilha e interação (intersetorial, interinstitucional e interprofissional)



RELATÓRIO FINAL

- f) Ressaltadas as opções da extensão voltadas para os alunos, relacionadas com a interdisciplinaridade (alunos-áreas de prestação de serviços); e ressaltada a idéia da extensão como uma equipe
- g) Abordagem das diretrizes: indissociabilidade ensino/pesquisa/extensão
- h) Ênfase do objetivo de se valorizar o projeto de extensão primeiramente, e como consequência o estágio que se relaciona com ele
- i) Necessidade e importância de discussões dentro de cada Universidade sobre o conceito de extensão segundo o Plano Nacional de Extensão e de se estabelecer conceitos, dentro dos regimentos de cada uma delas
- j) Toda ação de extensão deve ter, na sua proposta, um projeto pedagógico explícito

Jorge Alberto Buchabqui (UFRGS)

- a) Conceituação de extensão, abrangendo suas duas faces : âmbito interno e âmbito social
- b) Ênfase da extensão nas universidades privadas
- c) Desafios da extensão: as dificuldades de tornar a extensão um canal de comunicação com a realidade
- d) Abordagem do ensino: discutido o papel da extensão em trazer um novo conceito de “sala de aula”, com destaque para os espaços em geral, a aproximação de pessoas diferentes, o trabalho com áreas comuns, o aprimoramento de práticas profissionais
- e) Ênfase da importância da extensão desde o primeiro semestre
- f) Comparação do modelo tradicional com o modelo inovador de extensão
- g) Abordagem do valor da extensão na autonomia do estudante
- h) Valorização da extensão como meio de determinar, junto a comunidade, o que deve ser pesquisado e os fins dessa pesquisa, o que reflete a natureza pública da Universidade
- i) A extensão na área de prestação de serviços: atuação na transformação social
- j) Colocação da extensão como área que mais propicia integração entre alunos, professores e técnicos administrativos

Rafaela Grochoski (UFPR, DANC/ DENEM)

- a) Inicia sua palestra fazendo uma análise crítica da situação atual das Universidades, que desconhece as necessidades sociais, e da situação hegemônica da sociedade
- b) Valoriza o poder da Extensão em levar a problemática da sociedade até as universidades, ressaltando seu importante papel no processo de mudança social e institucional
- c) Relata sobre sua experiência com a Extensão na UFPR através de um projeto interdisciplinar e multiprofissional (ENEC)



RELATÓRIO FINAL

d) Finaliza sua explicitação destacando a importância de interação e união (serviços, acadêmicos, profissionais e comunidade) na implementação efetiva da extensão

ENCAMINHAMENTOS

Necessidade e importância de discussões dentro de cada Universidade sobre o conceito de extensão segundo o Plano Nacional de Extensão e de se estabelecer conceitos, dentro dos regimentos de cada uma delas

Sala D (08:30 às 10:30) FÓRUM III – Residência Médica - PAINEL Residência Médica e a Transformação do Ensino Médico

COORDENADOR: Maria do Patrocínio Nunes (USP)

PALESTRANTES: Victor Hugo S. Barreto (UPE), José Sérgio Carriero Junior (DENEM), Laura C.M. Feuerwerker

RELATOR DOCENTE: João Carlos Batista Santana (PUCRS)

RELADORES DISCENTE: Alberto Treiguer (UFRGS), Márcio Mezzomo (UPF)

José Sérgio Carriero Junior (DENEM)

- a) Diretrizes Curriculares de Residência Médica (2001) seriam indutoras da transformação curricular e ao mesmo tempo complemento da formação da graduação;
- b) O acesso à RM tem sido cada vez mais restrita. Quem regula as vagas de Residência Médica? O mercado e a necessidade social;
- c) Muitos residentes assumem papel de preceptores.

Victor Hugo S. Barreto (UPE)

- a) Papel do preceptor na RM, Com modelos (jesuíta, francês, alemão, militar) não tem sofrido grandes alterações;
- b) A reforma na graduação/RM tem ocorrido em todo país, mas com muitas dificuldades relacionadas à velocidade da ciência e da informação;
- c) Os papéis do preceptor: Animador da inteligência coletiva;
- d) Os dois papéis do residente, o de aprendiz e o de trabalhador, além da preceptoria, o trabalhador cada vez mais explorado;
- e) Dificuldade do movimento dos residente em discutir as mudanças;
- f) Relatou a vivência do modelo da UFPe sobre tutorias.

Laura C.M. Feuerwerker (UFF)

- a) Tem que se pensar na formação do médico como um todo, não há políticas públicas de formação da RM, somente iniciativas localizadas e limitadas;



RELATÓRIO FINAL

- b) Gestores de saúde e gestores de educação não colocam-se plenamente em cena;
- c) Avançou-se mais em relação à graduação, acredita que por falta de diálogo entre as políticas de saúde e educação;
- d) Os princípios e conceitos propostos pelas DCN: com formação qualificada, integral e humanitária;
- e) O que é indispensável para a construção desse perfil de médico? Projeto Pedagógico;
- f) Pouca capacidade de incorporar tecnologias principalmente as leves (relações inter-humanas);
- g) O mercado público e o privado tem lógicas diferentes de organização;
- h) RM tem alto poder de conformação do perfil profissional, mas ainda contraditória por ser basicamente hospitalar e orientada para aquisição/aprendizagem de tecnologias duras e leve-duras;
- i) Falta de relação entre residentes de outras especialidades e falta de relacionamento entre outras profissões da saúde.

ENCAMINHAMENTOS

Não basta mudar a graduação para produzir médicos com novo perfil, mudar também a residência médica além da graduação

Estabelecer um projeto pedagógico para RM.

Ampliar o conceito de integralidade na formação do residente.

Voz mais ativa do Núcleo de Residentes Médicos

Ampliar o diálogo de RM com políticas de Saúde como já acontece de maneira mais articulada na graduação.

Sala E (08:30 às 10:30) FÓRUM IV – Atenção Básica de Saúde - PAINEL Competências, Habilidades e Atitudes e o Desenho Político Pedagógico – contribuições ao Pró-Saúde

COORDENADOR: Mourad Ibrahim Belaciano (Univ. Est. de Brasília/DF)

PALESTRANTES: Angélica Bicudo Zeferino (UNICAMP), Eliana Goldfarb Cyrino (UNESP), Regina Stella (UNIFESP), Mariana Konder (UFRJ)

RELATOR DOCENTE: Alexandre Moretto (PUCRS)

RELATOR DISCENTE: Pablo Merlo Medeiros (UPF)

Angélica Bicudo Zeferino (UNICAMP)

Experiência da Unicamp tendo como eixo integrador a atenção básica (conhecimento e intervenção no território, prática clínica, gestão em saúde). Os objetivos de tal temática seriam aprimorar habilidades clínicas, exercer a responsabilidade, experimentar o funcionamento do SUS, bem como perceber o ambiente sócio-econômico e cultural.



RELATÓRIO FINAL

Preocupações acerca do modo de avaliação, uma vez que orienta a aprendizagem e o desenvolvimento curricular, enfatizando os seguintes componentes: técnico, afetivo, profissional. Ainda há dificuldades quanto à avaliação das habilidades clínicas, tais como o melhor método, e também os modos de avaliação utilizados, os quais incluem: observação direta do atendimento, o uso de portfólios e avaliação diária in loco. A avaliação do professor, da equipe da UBS e do usuário igualmente são realizadas.

Eliana Goldfarb Cyrino (UNESP)

Pressupostos da atenção básica: melhorar a qualidade do atendimento, garantir equidade e valorizar as necessidades. O aprendizado deve prevalecer e focar resolutividade, atenção integral, trabalhos em equipe e participação dos usuários. Em uma das experiências da UNESP/Botucatu, a integração desses conceitos é realizada através de uma disciplina, promovendo contato com a APS desde o primeiro ano do curso e, gradativamente, aumentando a complexidade das atividades e buscando as competências em educação e saúde (educar os indivíduos para que mudem seu comportamento); vivência na comunidade (relação sujeito-sujeito); vivência no SUS, integralidade e humanização do contato. Em uma outra e nova experiência educacional reconceituouse ABS e APS visando, através da vivência no SUS, focar os aspectos da integração e da humanização visando romper com a relação mecanicista prevalecente de que quem tem conhecimento muda o comportamento.

Regina Stella (UNIFESP)

Enfatiza a forma como o movimento de renovação da educação médica conduziu à construção das diretrizes curriculares em medicina e, a partir daí, a criação do Promed e posteriormente Pró-Saúde para implementar as diretrizes nas escolas. Na medida em que os cenários propostos pelas diretrizes extrapolam aqueles cenários restritos do hospital de ensino para buscar e organizar novos níveis e cenários de práticas educacionais, há necessidade de um novo projeto político-pedagógico da escola que defina o desenho curricular e o perfil profissional desejado ao final do currículo. O desempenho na atenção básica é propiciado pelas competências gerais do profissional. O compromisso institucional e do serviço transformado em cenário de ensino é a grande preocupação do Pró-Saúde, sendo que a operacionalização deve influenciar o trabalho em equipe, o cenário, as habilidades a serem desenvolvidas, entre outros pontos. O perfil do novo profissional não se restringe a vir a ser médico de atenção básica, mas o seu domínio da excelência técnica articulada com a relevância social.



RELATÓRIO FINAL



Mariana Konder (UFRJ)

O modelo hospitalocêntrico se mostra insuficiente para dar conta das necessidades e da dinâmica imprimida ao ensino. Necessidade de redefinição da forma de organização do processo de trabalho, incluindo reestruturação dos serviços, incorporação de novos saberes e tecnologias de adequação da formação, bem como a capacitação de profissionais. Dentro desse panorama, o ensino passa pela rede básica de saúde, buscando a integralidade, inter-setorialidade e clínica ampliada, questionando-se se há desejo dos serviços em realizá-la bem como a necessidade de uma reestruturação radical tanto do currículo como dos cenários hoje prevalentes no nosso ensino. Contraponto entre ensino das enfermarias e em UBS, na formação do educando, visando a reestruturação do projeto político-pedagógico.

SALA F (08:30 às 10:30) PAINEL

Formação Médica: modelo assistencial e incorporação de tecnologia em saúde suplementar

COORDENADOR: Aluísio Gomes da Silva Júnior (ANS)

PALESTRANTES: Alcindo Antonio Ferla (UCS), Alzira de Oliveira Jorge (ANS), Ricardo Heinzemann (UFBA/DENEM)

RELATOR DOCENTE: Elisabete Mitiko Kobayashi Wilson (UEM)

RELATOR DISCENTE: Ana Lúcia Chaves dos Santos (UFSM)

Alcindo Antonio Ferla (UCS)

Formação Médica implicada com o Sistema de Saúde: público e privado como desafios para o ensino.

- a) Contexto de mudanças na formação de profissionais de saúde (experiência extramuro; projeto UNI/UNIDA; diretrizes curriculares; educação permanente em saúde; PRO-MED; Aprender SUS- multiprofissional = pólo de educação permanente; Pró-Saúde)
- b) Eixos de orientação das mudanças recentes de formação de profissionais (integração; humanização; multiprofissional; eixo político-pedagógico da educação permanente em saúde)
- c) Saúde Suplementar- dimensões macro e micro regulação; (interfaces pública e privada)
- d) Distribuição de usuários privado/SUS – confusão do próprio usuário com relação ao que é serviço exclusivo do SUS (p.ex.nas ações de prevenção, o usuário não considera ação do SUS o combate à dengue)
- e) Formação dos trabalhadores em saúde e ensino e na pesquisa – experiência de Caxias do Sul. Desfragmentação de disciplinais, com caráter transversal; saúde cletiva - políticas de gestão, condicionantes e *determinantes da saúde (acesso à saúde)*; rede de *colaboradores com envolvimento dosalunos*. Determinação do itinerário do usuário - acesso



RELATÓRIO FINAL

as diferentes modalidades de saúde, oferta de cuidados, maior sensibilização dos professores pelas práticas de cuidados no SUS.

Alzira de Oliveira Jorge (ANS)

Formação médica: Modelo assistencial e incorporação de tecnologia em saúde complementar

- a) regulação do setor de saúde complementar: 1988 - Lei 9656; Lei 9961-criação da ANS – garantia do interesse público, com atuação controlada; poder de atuar e atuar nas promoções de saúde.
- b) Distribuição irregular de operadoras, com grande concentração na região sul e sudeste
- c) Características das operadoras: Frequência de consultas, exames e internações maior na saúde complementar- evidência de modelo baseado em procedimentos, fragmentação dos cuidados, sem articulação, hospitalocêntrico, alto custo, e sem avaliação de resultados - baixa eficiência, eficácia e efetividade.
- d) Prioridade na atenção à saúde-conjunto de ações de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. gestão da saúde X gestão financeira.
- e) Portarias 2510 de 10/12/2005 – comissão para elaboração de política de gestão tecnológica no âmbito SUS. Portaria 152 19/01/2006-Comissão de incorporação tecnológica em saúde do MS

Ricardo Heinzemann (UFBA/ DENEM)

- a) relação do SUS com o setor privado- histórico - década de 60, modelo assistencial
- b) Modelo de saúde “privatizante”- financiamento ao setor privado; mercado lucrativo
- c) proposta do governo de integralidade na saúde– modelo único universal.
- d) cobertura de doenças crônicas e graves pelo SUS e não pelo setor privado.

ENCAMINHAMENTOS

Fortalecer espaços públicos híbridos para articulação entre o público e privado

- ? Vivência e visibilidade de mecanismos de cuidados; Pacto público/privado; Melhorar acesso e humanização – acolhimento; Equipe multidisciplinar; Prática clínica cuidadora; Ações coordenadas –promoção e Articulação entre Estado e Sociedade Controle social civil Conselhos de usuários Procon, Sociedade, Órgão regulador– ANS -academias
- ? prevenção a saúde; articulação em rede– MS/ANS –integração de projetos e política de atenção, tanto no setor público quanto privado.



RELATÓRIO FINAL

- ? Política de Qualificação-desempenho de operadoras através de indicadores (4) – autorização de atendimento; Avaliação da ANS; Monitoramento de rede; Centros Colaboradores; Reforçar vínculo médico com sistema SUS dentro das escolas médicas

SALA G (08:30 ÀS 10:30) PAINEL

Filosofia na Formação Médica e Motivação na Escola Médica para estudo das humanidades

COORDENADOR: Maria Helena Itaquí Lopes (PUC/RS)

PALESTRANTES: Alfredo Cataldo Neto (PUCRS), Loraine Marcela Leal Martins (DANC/UFPR)

RELATOR DOCENTE: José Marcos Pondé (UFBA)

RELATOR DISCENTE: Milena Maria de Alencar Oliveira (UFSM)

Bibliografia recomendada em contato prévio com Prof. Alfredo Cataldo Neto (PUCRS)

CATALDO, ANTONELLO, LOPES et al. *O estudante de Medicina e o paciente - uma aproximação à prática médica* editora EDIPUCRS, 2006.

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

A Presidente da mesa faz uma introdução sobre a relevância na conjuntura atual de mudanças curriculares de uma discussão no curso médico que envolva história da medicina, bioética, ética e filosofia.

Alfredo Cataldo Neto (PUCRS)

a) Desumanização do estudante: Inicia a exposição discutindo que existe um endurecimento progressivo do estudante de medicina que imitam os estereótipos dos professores o que culmina com um declínio da empatia durante a formação médica.

b) Como podemos promover o humanismo profissional no meio acadêmico? A esta pergunta o palestrante infere que podem ser melhoradas as empatias através de uma integração efetiva entre a medicina interna e a psiquiatria. Coloca também que 25% das prescrições não são obedecidas pelos pacientes.

c) Programas de humanização para fortalecimento da relação médico-paciente.

d) Ciências Humanas

e) Qualidades essenciais de um médico: competência, habilidade, constância, confiabilidade e previsibilidade (Karasú, 1980).

f) Formação: Coloca as dicotomias formação básica e especializada, estudo teórico e prática supervisionada, condições de personalidade e genuíno interesse em ajudar o paciente, na sua relevância no processo ensino-aprendizagem.



RELATÓRIO FINAL

- g) Requisitos de um médico: capacidade de escutar, não buscar no paciente as fontes de satisfação e segurança não encontradas na própria vida, estar em sintonia com seu próprio inconsciente (Fromm-Reichmann, 1961). Nesta alusão é feita uma referência à necessidade de o docente não incorporar suas idiosincrasias ou fantasias de diversas naturezas na relação com o paciente o que seria em última instância uma análise do próprio inconsciente.
- h) Desenvolvimento de atitudes: paciência, dedicação, tato, tolerância, empatia, intuição, modéstia, capacidade de sintonia com o paciente, respeito, lealdade, imparcialidade, coragem, honestidade e franqueza.
- i) “Tô na medicina e agora?” (estudante de Medicina, Túlio Cícero Franco Farret, 2005): expectativas quanto ao curso após aprovação. Trecho citado de um livro.
- j) Os vários Humanismos com os futuros cuidadores: seleção de candidatos, trote, recepção dos mais velhos, exemplo de professores, solidariedade, humanismo nas disciplinas. Discute as alternativas do trote solidário ou cidadão também como forma pedagógica.
- l) Humanismo em todos os níveis (Aproximação à prática médica, História da Medicina, reflexão sobre atitudes médicas, Bioética e Humanismo, Avaliações humanas). Deixa clara a ênfase na bioética e no humanismo como eixos mais representativos.
- m) “Cada faculdade forma o estudante que merece” (Alfredo Cataldo Neto).
- n) Cuidados com o futuro cuidador (NUCLEM, integração de disciplinas, práticas docentes avaliadas semestralmente, Comissão de Atualização Curricular, aperfeiçoamento pedagógico permanente dos professores).
- o) Compreensão por parte dos professores diante da angústia dos acadêmicos.
- p) Centro de Atenção Psicossocial ao aluno da PUCRS (2006). Coloca a necessidade de em algumas situações específicas encaminhar o educando para acompanhamento especializado intra ou extra muro.
- q) Prática supervisionada e capacidade de suspensão aplicando o conceito psicanalítico de arazoamento, análise, muito mais do que crítica.
- r) Escala de tendência empática (EET) aplicada na FMPUCRS. Discorre sobre a sua realização em diferentes momentos do curso médico para avaliar o endurecimento progressivo do educando.

Loraine Marcela Leal Martins (DANC/UFPR)

- a) Filosofia Humanista (Hipócrates): faz uma digressão histórica começando V séculos antes de Cristo com os pensadores gregos, a ética socrática e a medicina Hipocrática repleta de misticismos.



RELATÓRIO FINAL

- b) Descartes na idade moderna com a ênfase no sujeito e na razão como forma de obtenção da verdade.
- c) Status social médico cada vez mais valorizado a partir dos séculos XVII e XVIII
- d) Necessidade de uma visão holística: Há uma necessidade na contemporaneidade de analisar o ser humano num contexto cada vez menos cientificista e biologicista e mais bio-psico-socio-ambiental.
- e) Desenvolvimento das Humanidades: fundamental no curso médico atual.
- f) O aprender a aprender
- g) A Filosofia como introdução do conhecimento. Discutido posteriormente pela presidência da mesa o conceito de conhecimento que na língua alemã corresponde a *wissenschaft* no sentido de intersubjetividade do aprendizado.
- h) Sugestão da palestrante de que se façam grupos de discussão, simpósios, seminários para estudo das humanidades na graduação e não, aulas expositivas.
- i) Formação médica além do tecnicismo
- j) Escolha dos professores das universidades de Medicina com base na quantidade de trabalhos publicados; necessidade de se avaliar não somente a personalidade dos discentes, mas também dos docentes. Humanização do ensino (debate com congressista)
- l) Atemporalidade e contemporaneidade da Filosofia. (debate com congressista)

Sala A (14:00 às 16:00) MESA REDONDA

Expansão do Ensino Superior no Brasil: Ótica do Mercado ou Interesse da Sociedade?

COORDENADOR: Heider Aurélio Pinto (Secretaria Municipal de Aracajú)

PALESTRANTES: Martinho Alexandre Reis Álvares da Silva (CREMERS), Julianne Avelar (UFBA/DENEM)

RELATOR DOCENTE: Carmen Lucia Souque Soares (UFSM)

RELATORES DISCENTE: Ronaldo Manfredini Vassoler (UFSM), Bianca Hocevar de Moura (UFRGS)

Martinho Alexandre Reis Álvares da Silva

- a) Consenso de que há mercado para formação de médicos (aumento do número de escolas particulares de medicina) mas não há mercado para o trabalho médico.
- b) Existe um conflito entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação em relação à formação dos profissionais médicos.
- c) Aumento da contratação de outros profissionais (psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros) em detrimento da contratação de médicos; há uma desvalorização da profissão.
- d) Nos últimos 20 anos houve aumento do salário mínimo e do custo de vida, sendo que o coeficiente honorário do médico não seguiu esse aumento, desvalorizando o trabalho com baixos honorários.



RELATÓRIO FINAL

- e) Baixa remuneração salarial para médicos residentes em vista do trabalho prestado a sociedade.
- f) Descompasso entre os preço da mensalidade em escolas particulares e o salário do médico formado.

Julianne Avelar (UFBA/DENEM)

- a) A educação é tratada como mercadoria (abertura indiscriminada de novas escolas), quando deveria ser direito de todos e dever do estado.
- b) Além de baixo investimento na educação, houve decréscimo nos últimos anos (comparação entre governos FHC e Lula).
- c) A verba destinada pelo governo federal ao pagamento da dívida externa é exacerbadamente maior do que o investimento em instituições públicas.
- d) O financiamento destinado a escolas de medicina privada praticamente se equipara ao destinado para escolas públicas.
- e) Defesa da posição contra a reforma universitária do governo Lula, aumento indiscriminado de novas escolas e mercantilização da educação.
- f) Defesa da formação de profissionais humanistas ao invés de profissionais apenas direcionados para o mercado.

ENCAMINHAMENTOS

Revalorização da atividade médica através das associações como a dos Médicos em seus conselhos regionais

Sala B (14:00 às 16:00) FÓRUM I – Internato GRUPO DE TRABALHO I Internato e as Diretrizes Curriculares

COORDENADOR(ES): Derly Streit (FMP) e Maurício Zanolli (FAMEMA)

PALESTRANTES: Geraldo Cury (DEGES/ SGTES/ /MS), Daividson Pires de Lima (UFMG), Sigisfredo Luiz Brenelli (UNICAMP), Eliana Amaral (UNICAMP), Maria Goretti Frota Ribeiro (UFC), Tarcísio Machado (Famema), Igor Tavares (UFSC)

RELATOR DOCENTE: Moema Chatkin (UCPEL)

RELATORES DISCENTE: Diego Millan Menegotto (UFRGS), Luiz Felipe Bruschi (UPF), Rodrigo Sausen Raineski (UPF)

A platéia foi dividida em quatro grupos para discussão dos seguintes assuntos: Metodologia/ Modelo, Supervisão, Cenários e Avaliação do Internato. A discussão só será realizada no dia posterior no turno da manhã.



RELATÓRIO FINAL



Sala C (14:00 às 16:00) – FÓRUM II – AVALIAÇÃO - EXPOSIÇÃO E DISCUSSÃO **Avaliação como Processo Formativo e Construtivo**

COORDENADOR: Jadete Barbosa Lampert (UFSM, ABEM) e equipe da CAEM

PALESTRANTE: Denise Leite (UFRGS)

RELATORES DOCENTE: Rinaldo Henrique Aguiar da Silva (FAMEMA), Gianna Perim (UEL)

RELATORES DISCENTE: Mariana Konder (UFRJ), Wagner Homero (UCS)

TOPICO ENVIADO NO CONTATO PRÉVIO COM A PALESTRANTE

O texto a ser apresentado tem o objetivo de mostrar que a avaliação institucional, de cursos e currículos, pode ser feita por sujeitos de diferentes saberes, capazes de reciprocidade, para produzir conhecimento-emancipação, não-colonialista. A avaliação é formadora tanto porque produz conhecimento quanto porque difunde poderes através da participação, criando momentos de solidariedade e prazer. A avaliação formadora, de processo, contínua, funda-se em princípios epistemológicos e políticos de democracia forte.

Bibliografia Recomendada:

LEITE, D. *Reformas Universitárias. Avaliação institucional participativa* Petrópolis: Vozes, 2005.

Após o período de intervalo para o café deu-se início à apresentação da Professora Denise Leite com o tema: “Avaliação como Processo construtivo e Formador

A professora agradeceu o convite ressaltando a satisfação em encontrar tantos docentes e discentes interessados em debater acerca da avaliação em escolas médicas. Disse que aceitou o convite em virtude de sua experiência em avaliação institucional e em sala de aula, trazendo sua experiência sobre aquilo que se fez em avaliação nos últimos anos no Brasil.

Iniciou abordando **Avaliação é**: um processo educativo e pedagógico, para emitir juízos éticos e de valores, orientado para significado e qualidade de um serviço, processo, produto, processo com o qual a instituição aprende, sentido amplo: curso, instituições, sistemas; do inglês evaluation. Segundo a professora devemos usar a avaliação como um organizador qualificado que reúne dados, produz informações, conhecimentos, juízos de valor para orientar ações de melhoria.

Neste momento, o país sofre inúmeros processos de avaliação o que caracteriza uma fase de “avali – ite aguda”. Assim em todas as instituições encontramos processos de avaliação, muitas vezes como mecanismos de controle. Assim, podemos considerar a **Avaliação como medida é...** ponderação, testagem, voltada para impactos, efeitos causados por uma



RELATÓRIO FINAL

ação intencional, sentido restrito: provas, exames, testes, indicadores; sentido restrito: aspectos quantitativos da avaliação. Do Inglês – assessment; do latim assidere – sentar-se ao lado.

Neste sentido para que existe avaliação? Segundo ela, serve para aprender e não reprovar. Também não podemos nos esquecer que a avaliação tem sim um enfoque de regulação que não pode ser desconsiderado. Assim avaliar tem o significado do conhecimento da qualidade e dos significados do serviço ou processo tendo como objeto os componentes do processo educativo. Se considerarmos como medida teremos os impactos sobre o cliente, aluno, receptor do serviço sendo o objeto o indivíduo ou o conjunto dos indivíduos. Portanto, “Avaliação é Inovação”, “Avaliação é Regulação”. A avaliação inovadora só será nova se for simultaneamente uma nova inteligibilidade, uma nova ética, uma nova política e uma nova estética confluindo para que “Se a qualidade deve ser avaliada, deve ser contra critérios”.

Se considerarmos que no processo avaliativo temos relações de tensão da formação x Regulação x Emancipação temos que perguntar : esta universidade vale o que se gasta com ela? Esta questão foi levantada na década de 90. A avaliação acompanha portanto, o processo de reformas da educação em todos os países da América Latina onde foi possível observar uma avaliação imposta de cima para baixo sem exceção. Neste sentido, a experiência inglesa serviu de exemplo para outros países já que possibilitou investimento público na área da saúde. Coloca-se aqui a pergunta: como provar que a universidade tem seu valor? Aqui surgem as possibilidades da utilização da avaliação. E quem administra a avaliação? A quem pertence a titularidade deste processo? Na UFRGSteve-se a impressão de que um grupo de cerca de 300 professores (sempre os mesmos) foram os responsáveis pelo processo. Assim a universidade pode apresentarse como aquela que diz o que é ou aquela que diz o que faz. Como os recursos destinados às universidades passam a ser disponibilizados à partir dos processos de avaliação, surge uma nova perspectiva de busca de alternativas para sobreviver, procurando se adequar às novas demandas da sociedade e do mercado.

Este triângulo começou a interferir diretamente no panorama de avaliação. Historicamente a professora lembrou o PAIUB que nasceu nas universidades e que quando chegou ao Estado foi substituído pelo Provão. Entretanto o comportamento da sociedade trouxe reflexos com os resultados desta estratégia avaliativa. O que aconteceu com os resultados? A academia manifestou-se, criticou, mas quando os resultados eram bons divulgava para toda a sociedade e se esquecia das críticas ao processo. Outra estratégia como o GED, passou a gerar “concorrência” entre os docentes trazendo a sensação de “quem trabalha



RELATÓRIO FINAL



mais, ganha mais”. Além disto, aquilo que se faz nas universidades, departamentos, cursos passa a ser uma estratégia para “fazer frente” à concorrência privada. Mas neste triângulo, onde está o “povo”? os alunos? O “demos”?

No Brasil até os anos 90 a avaliação centralizou as oposições UniversidadeEstado. A partir daí deslocam-se as relações para Mercado-Universidade tendo o Estado como coadjuvante. Algumas Associações como a ABEM conseguiram influenciar na definição das diretrizes curriculares. Assim, não devemos ter a aprovação de “um príncipe”, mas temos que ter o protagonismo na proposição. Configura-se assim, as relações universidade-mercado como receptores das tensões históricas entre colôniacolônizador onde as universidades sofrem um redesenho capitalista. No Brasil a intensidade da interferência do Estado corresponde ao princípio de cada vez mais diminuir a autonomia das instituições. Isto pode ser constatado pelo grande número de leis que regulam a educação superior. Um reflexo disto é a atual situação das instituições privadas com a mudança da legislação (reforma universitária – decreto ponte).

Ressalta-se então, a importância da avaliação formativa como um processo que produz conhecimento e tem sensibilidade educacional. Ao contrário, os governos têm se caracterizado como empreendedores fazendo com que as Instituições de Ensino recebam recompensas por sua avaliação tornando-se obsessivas, se organizando, buscando consultorias, planejamento, preparação para cada vez mais atingir os resultados com parâmetros estabelecidos buscando a criação de “Instituições Isofórmicas”.

Se todas tornam-se iguais, sem considerar sua identidade, o fazem em virtude dos critérios que são definidos para eficiência, eficácia, com todas em busca dos mesmos resultados. Estes critérios são impostos pelos diversos cenários : CAPES, normas de publicação em revistas, etc...

Reside aqui a importância das Instituições em buscar interferir nestes parâmetros rompendo com esta lógica da avaliação. Mas ainda que o discurso gire em torno da “avaliação Formativa”, as propostas guardam valores neoliberais e caracterizam o Estado como avaliador ficando entre a compulsividade, isoformismo e conformismo. A avaliação para romper com isso deve ter valores intrínsecos e extrínsecos e deve ser multidimensional. A Instituição deve estabelecer uma avaliação de processo que considere o alcance social do trabalho.

O país é desigual, assim não podemos fazer estudantes isofórmicos para atender as especialidades. Temos que considerar a nossa realidade, o SUS, o que está acontecendo fora da Instituição. A avaliação deve ser formadora e multidimensional. Deve considerar os sujeitos de diferentes saberes (Estado, professores, famílias, sociedade). Ela desenvolve a



RELATÓRIO FINAL

participação, a solidariedade, o prazer. É avaliação de processo e fundase em princípios epistemológicos. É nada mais, nada menos do que um instrumento de responsabilidade democrática, que qualifica atividades, passa por um processo de análise sistemática e rigoroso. É um instrumento pró ativo na participação democrática. Então porque a avaliação é formativa? Porque ela é permanente e protagônica. Todos devem participar, devem ser atores e autores deste processo.

Após esta exposição, uma estratégia de trabalho foi proposta aos participantes que aos pares responderam as questões: Como se faz avaliação na EM? Para que serve esta avaliação? Como poderia ser?

Após o trabalho em duplas, foram apresentadas algumas respostas às questões pelas instituições presentes e na seqüência abriu-se para as considerações da Profª Denise Leite acerca das formas de avaliações apresentadas, entre estas o Portfólio, Testes de Progresso e Questionários de avaliação de disciplinas, e Avaliação do Processo de Ensino aprendizagem.

Para encerrar a Profª Denise agradeceu a oportunidade e reforçou a importância da avaliação formativa nos processos construtivos.

Na seqüência a Profª Jadete agradeceu a presença de todos e reforçou o convite para a participação na continuação do Fórum de Avaliação, na construção de indicadores.

Sala D (14:00 às 16:00) FORUM III - RESIDÊNCIA MÉDICA - GRUPO DE DISCUSSÃO

Prioridades da ABEM em relação a Residência Médica

COORDENADOR: Maria do Patrocínio Nunes (USP)
PALESTRANTES: Rosane Goldwasser (UFRJ), Denise Herdy Afonso
RELATOR DOCENTE: Ari Vieira Lemos Júnior (UCPEL)
RELADORES DISCENTE: Márcio Mezzomo (UPF), Wellington Luis Alessi (UPF)
RELATOR RESIDENTE: Adriano Massuda

Debate em grande grupo e sistematização das conclusões

Sala E (14:00 às 16:00) FÓRUM IV – ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE - PAINEL O Território como Cenário de Prática e Aprendizagem

COORDENADOR: João José N. Marins (UFF-ABEM)
PALESTRANTES: Carmen Pontes de SouzaTeixeira (UFBA), João José Marins (UFF/ABEM), Denize Ornelas (UFF)
RELATOR DOCENTE: Sandro Schreiber de Oliveira (UCPEL)
RELATOR DISCENTE: Pablo Merlo Medeiros (UPF), Gelline Maria Haas (UFRGS)

Carmen Pontes de SouzaTeixeira (UFBA)



RELATÓRIO FINAL

São dois os sistemas de saúde mundial: base territorial (necessidades de saúde) e sem base territorial (mercado). A formação deve ser baseada na coexistência desses dois sistemas, por refletir a realidade brasileira. A descentralização da gestão, a regionalização dos serviços e a institucionalização da participação norteiam a base territorial do SUS, território este não delimitado apenas em termos geográficos, mas também em termos político-administrativo, gerencial e definido pelas práticas de saúde. Implicações do processo de trabalho para ensino médico abrangem a demanda por mudanças no perfil profissional, mudança no desenho curricular, melhoria das práticas pedagógicas, diversificação dos cenários de aprendizagem (hospital/ambulatório/UBS). A territorialização do SUS requer algumas competências para a prática do ensino médico, destacando-se: conhecimentos (para além da biomedicina), habilidades (para além da prática clínica) e valores (para além da ética médica tradicional).

Denize Ornelas (UFF)

As dificuldades frente à inserção do educando no território, visto como um espaço vivo é uma preocupação nacional, seja pelos problemas de uniformização do corpo docente, seja pelas expectativas dos estudantes. A diversidade e os cenários não garantem avanços: UBS que reproduzem práticas do hospital; alunos que não reconhecem as novas habilidades/competências exigidas são do campo de conhecimento médico; docentes que não conseguem compreender e reproduzir este tipo de prática e discussão; inserção diretamente e precoce na UBS não garante a visão do todo, tanto externo – comunidade – quanto de outros níveis de atenção na perspectiva da integralidade; onde se insere no currículo a discussão sobre o que fazer com o diagnóstico da comunidade. Complementado por relatos de casos.

Sala F (14:00 às 16:00) PAINEL Integralidade na Atenção a Saúde e na Formação Médica

COORDENADOR: Roseni Pinheiro (LAPPIS/IMS-UERJ)

PALESTRANTES: Aluisio Gomes da Silva Junior (LAPPIS/UFF), Ricardo Burg Ceccim (UFRGS)

RELATOR DOCENTE: Mauricio Moraes (UCPEL)

RELADORES DISCENTE: Tiago Aguiar Ribeiro (UFSM), Lívia Brancher Gravina (UCS)

Aluisio Gomes da Silva Junior (LAPPIS/UFF)

a) Cuidado (Atitude de trabalho, mediação de tecnologia, sabedoria, prática), pilar da integralidade;



RELATÓRIO FINAL

- b) Mediação entre profissionais da saúde – equipes – docentes fazendo parte da educação para poder ocorrer a integralidade;
- c) Aluno de medicina deve circular em todos os níveis de saúde, inclusive no primário, para que o aluno veja que o que ele está fazendo propicia a integralidade e que ele é parte desta integralidade e ver as necessidades do usuário;
- d) Necessidade de profissionalização, da mediação política na ajuda da integralidade;
- e) Pesquisa ensino/ SUS junto ao HS/ LAPPIS
- f) Práticas assistenciais de gestão e de ensino no sistema de saúde devem ser repensadas.

Ricardo Burg Ceccim (UFRGS)

- a) Interação escola médica, serviço de saúde e sociedade *“integralidade na atenção à saúde e na formação médica”*
- b) Imagem que realiza a integralidade diante da regionalização e hierarquização (pirâmide, furacão invertido – quando o percurso sai a partir do usuário, ele sendo a chave de tudo - ou mandala);
- c) Arranjos de saber, arranjos de poder, ordenamento de serviços;
- d) Desconstrução de pirâmides nos cenários de aprendizagem;
- e) Linhas de cuidado (recursos para facilitar o acesso do usuário ao serviço);
- f) Linhas de cuidado: **em gestão hospitalar** (integralidade entre as equipes de saúde – enfermeira, recreação, médicos, psicólogos, e outros – programas de alta precoce e atendimento domiciliar); **em saúde suplementar** (metodologias de avaliação e microrregulação - usuário + cuidado); **em sistemas municipais** (equipes das UBS ou USF responsabilidade sobre o cuidado, gestoras dos projetos terapêuticos e responsabilidades sobre acesso dos usuários a tecnologias mais sofisticadas); **como modelagem de políticas específicas de atenção à saúde** (cuidado direto ao usuário, humanização, gestão de tecnologia para cuidado e organização dos processos de trabalho);
- g) Demanda por cuidado ? práticas cuidadoras ? qualidade de vida e autonomia.
- h) Autores de Referência: Aluisio Gomes da Silva Junior, Roseni Pinheiro, Liane Righi, Ricardo Burg Ceccim

ENCAMINHAMENTOS

Número temático de revista (sobre cenários de aprendizagem na linha de cuidados e desconstrução do modelo tecnoassistencial do formato pirâmide para o formato mandala) com autores convidados. Trabalhar a longo prazo através de Revista da ABEM + Educa



RELATÓRIO FINAL

Saúde UFRGS. Criação de núcleos regionais de RM para a capacitação e chamamento das escolas médicas para participar das COREMES.

Sala G (14:00 às 16:00) OFICINA

Ativadores de Mudança: Curso e Ações de Ativadores nas Escolas e Serviços

COORDENADOR: Izabel de Oliveira Netto (FURG)

PALESTRANTES: João José Batista de Campos (UEL), Valéria Vernachi Lima (UFScar), Milta Torres (ENSP), Eliana Claudia de O. Ribeiro (INCA)

RELATOR DOCENTE: Carla Perin Salles (UPF)

RELATORES DISCENTE: Juliana Evani Souza Block (UFSM)

TÓPICOS RECEBIDOS NO CONTATO PRÉVIO

www.ead.fiocruz.br/ativadores

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Curso de especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde é fruto de parceria SGTES / ENSP / REDE UNIDA. O curso é a distância. Esta é mais uma estratégia para a construção conjunta da formação de profissionais comprometidos com o Sistema Único de Saúde, com a integralidade da atenção e, portanto, de um sistema mais próximo das reais necessidades da população.

É estruturado a partir de um enfoque pedagógico que emprega os princípios básicos do Construtivismo. E as vivências do aluno influenciam na sua formação. Sendo o indivíduo agente ativo de seu próprio conhecimento. É ele quem constrói significados e define sentidos e representações da realidade de acordo com suas próprias experiências e vivências.

O eixo principal deste enfoque é o pensamento crítico e produtivo e a atividade consciente e intencional do aluno na resolução dos problemas encontrados na sua realidade. As metodologias e conhecimentos propostos irão gradualmente lhe capacitar para estes desafios.

Este modelo pedagógico aposta na relação tutor/aluno.

Facilitar o processo de aprendizagem, colocando-se à disposição do aluno para, juntos, retraduzirem os conteúdos, é tarefa do tutor.

Na educação a distância, a presença do professor tem que ser garantida, ainda que mediada por tecnologias educacionais.

O avanço tecnológico tem permitido a utilização, de forma articulada, de diferentes meios de comunicação e formas de representação (vídeo, áudio, fotografia, animação) integrados a sistemas de autoria (hipertextos, sistemas para simulações) e linguagens de programação que possibilitam a criação de ambientes de aprendizagem e de programas educacionais interativos.

O conjunto destes meios serve a diferentes modelos pedagógicos e propicia uma série de interações, principalmente através de correio eletrônico, salas de conversa, listas de discussão, blogs, programas para ligações telefônicas, minicâmeras, banco de imagens e



RELATÓRIO FINAL



bibliotecas virtuais. No entanto, o simples uso de tecnologias da comunicação no ensino não garante a transformação dos processos educacionais.

Baseia-se no conceito de Escola de Governo em Saúde, visando colaborar para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com mais eficácia, eficiência e equidade.

Sala A (16:30 às 18:30) PAINEL Residência Multiprofissional em Saúde

COORDENADOR(ES): Ana Estela Haddad (MS)

PALESTRANTES: Francisca Valda da Silva (ABEN), Marcos da Ros (UFSC), Marcela Dohms (UFSC), Caroline Castanho Duarte (Res. Escola Saúde PUb/RS)

RELATOR DOCENTE: Maurício Moraes (UCPEL)

RELATOR DISCENTE: Caroline Castanho Duarte (Res. Escola Saúde PUb/RS), Rodrigo Cornisky (UNIPLAC)

Francisca Valda da Silva (ABEN)

- a) Residência Multiprofissional em Saúde (RMS); Esgotamento do atual modelo de atenção à saúde; Necessidade de construção de políticas que estruturam transformações; inadequada formação no ensino técnico, na graduação e especialização dos profissionais de saúde.
- b) Conquistas dos movimentos sociais – formação e aprovação de políticas públicas de formação dos trabalhadores. Trajetória importante na construção da RMS (histórico) – aprovação da criação da CNRMS – diretrizes e bolsas para a RMS.
- c) Ações multiprofissionais: gestão, atuação específicas.
- d) Modelo científico – deixa grandes contingências populacionais.
- e) Integralidade na atenção.
- f) Movimentos pela construção coletiva da política da RMS; SUS 2003, resolução 335/ CNS – 2003, portaria 198/6M-MS 2004, 3º CNGTES 2006. Mobilização e Eventos nacionais e regionais; elaboração de relatórios; decreto presidencial com o objetivo de organizar e disciplinar o funcionamento da CNRMS. Lei: 11.129/ junho 2005 – portaria 1.111/MS – 2005 e 2117, MEC/MS - 2005
- g) Movimento pela construção coletiva das políticas da RMS; Mobilização e eventos: para elaborar relatórios, agendas de negociação das propostas com MEC.
- h) Desafios no processo de construção social e política pública; Regulamentara RMS e organizar o funcionamento da CNRMS; Articular entre RMS, residência medica e residência profissional da área da saúde. Processo complicado na relação macro e micro – conjunto de ações sócias. Compreensão do funcionamento da RMS atual como espaço de formação geral e específico.



RELATÓRIO FINAL

Marcela Dohms
(Residente de Medicina da Família e Comunidade Integrada a Especialização em Saúde da Família/ Modalidade de Residência – UFSC)

- a) Relato de experiência na residência em medicina de família e comunidade na UFSC. Aprovado pelo MS como parte do curso de especialização em saúde da Família como modalidade de residência. Foi separado das outras profissões, credenciada pela CNRM.
- b) O processo ocorre de forma integrada com as demais áreas da saúde; os cenários de práticas são grupos, reuniões de equipe, territorialização, creches, escolas, controle social, conferências comunitárias, atendimento domiciliar, consulta e interconsultas - com outro profissional da área, etc..
- c) Discussão de casos clínicos, atividades coletivas (discussão de situações/casos, temas interdisciplinares – educação na área da saúde, planejamento, revisão de monografias...)
- d) A supervisão é feita pelos médicos preceptores, tutores especialistas. Nas atividades coletivas é o médicos/tutor e demais profissionais da área da saúde.
- e) Em experiência própria relata que o trabalho em equipe multiprofissional (médico, enfermeiros, nutricionistas, farmacêutico, assistência social....) é excelente pois ocorrem trocas de experiências com maiores conhecimentos integrados, ocorrem trocas. Discussão de casos enriquece o conhecimento. Respeito dos núcleos de especialidades. Percepção da integração com outras categorias – interação rica, trabalho em equipe, possibilidade de discussão com outros profissionais. Respeito aos núcleos específicos
- f) Perspectivas para atender totalmente às recomendações(normas) da CNRMS.

Marcos Aurélio da Ros(UFSC)

- a) Histórico: 1976 – Movimento sanitário – Protagonistas. 1986 – 8ª conferência. 1988 – Continuação - integralidade
- b) Fez residência comunitária, lutou para a transformação em residência multiprofissional. Integralidade como uma das bases em residência multiprofissional; Desconhecimento do que é Residência Multiprofissional é um grave problema. Trabalho junto na área básica e com especialidades específicas.
- c) Com o SUS constituído de fato a RMS necessitava ser constituída. Mudanças nas formações provem de estímulos (obrigatoriedade, financeiro, ideológico). Com a formação do PSF no governo do Itamar (1993), surgem necessidades e propostas para aumento de recursos para a transformação curricular (diretrizes curricular). Apenas com estímulos financeiros (ex.: PROMED) é que surgem mudanças curriculares. Em 2002 surgem as modalidades de RMS, em 2005 ocorre separação da área médica das demais áreas.



RELATÓRIO FINAL

- d) Respeito da especialidade e da equipe como um todo. Integralidade é essencial para a RMS.
- e) Dificuldade em consolidar o SUS e a Integralidade. Início da aproximação multiprofissional mais MEC e CNRM.

Caroline Castanho Duarte
(Res. da Escola de Saúde Pública/RS)

- a) Uma profissão só não dá conta de colocar em prática os princípios do SUS, a multiprofissionalidade com saberes, conhecimentos é essencial pra que o SUS aconteça (fortalecer o sistema). Colocar a RMS na rede de saúde para propor mudanças na área da saúde. Propor debates para fortalecer a RMS.
- b) Luta em busca da regulamentação da residência multiprofissional.
- c) Uma profissão não dá conta do SUS e seus princípios.
- d) Multiprofissionalidade como relação entre saberes.
- e) Trabalho em equipe com as diretrizes curriculares atuando.

Sala B (16:30 às 18:30) FÓRUM I – INTERNATO - GRUPO DE TRABALHO II **Internato e as Diretrizes Curriculares**

COORDENADORES: Derly Streit (FMP), Maurício Zanolli (FAMEMA)

PALESTRANTES: Davidson Pires de Lima (UFMG), Geraldo Cury (UFMG/MS), Eliana Amaral (Unicamp), Maria Goretti Frota Ribeiro (UFC), Tarcísio Machado (FAMEMA)

RELATOR DOCENTE: Moema Chatkin (UCPEL)

RELATORES DISCENTE: Diego Millan Menegotto (UFRGS), Luiz Felipe Bruschi (UPF), Rodrigo Sausen Raineski (UPF)

Continuação dos trabalhos dos grupos.

Sala C (16:30 às 18:30) - FÓRUM II – AVALIAÇÃO - EXPOSIÇÃO E DISCUSSÃO **Avaliação de Tendências de Mudanças nas Escolas Médicas**

Projeto da Caem/ABEM e os primeiros resultados: tipologia e evidências de mudanças nas escolas médicas

COORDENADOR: Jadete Barbosa Lampert (UFSM, ABEM)

PALESTRANTES: Jadete Barbosa Lampert (UFSM, ABEM), Ively Guimarães Abdala (UNIFESP),

RELATORES DOCENTE: Rinaldo Henrique Aguiar da Silva (FAMEMA), Gianna Perim (UEL)

RELATORES DISCENTE: Mariana Konder (UFRJ)

A Profa. Jadete Lampert abordou a proposta a ser desenvolvida durante os 3 períodos reservados para o Fórum de Avaliação que entre outros aspectos abordará a avaliação das tendências de mudança das escolas médicas. Seguiu-se com a apresentação dos



RELATÓRIO FINAL

componentes da Caem. Esclareceu que a Prof^a Denise Leite abordará a Avaliação como um processo construtivo como ferramenta de apoio da construção do projeto em cada uma das escolas e por motivos de traslado houve a necessidade de alteração do cronograma.

Apresentou os objetivos do Fórum de Avaliação dentro deste 44º COBEM explicitando a concepção de avaliação, resultados do projeto e construção de indicadores.

Seguiu-se a apresentação dos primeiros resultados da Tipologia das Escolas :

Contextualização do projeto em relação à avaliação da educação superior (PAIUB, PROVÃO e o SINAES). Ressaltou as finalidades e objetivos do SINAES como um processo contínuo e necessário, mostrando as fases da Avaliação Externa, Auto avaliação e Avaliação dos Estudantes (ENADE). O Histórico da avaliação também deve considerar outras alternativas de avaliação e/ou financiamento das escolas médicas (CINAEM, PROMED e PRÓ-SAÚDE). Seguiu-se com a apresentação do Projeto de Avaliação de Tendências de mudanças das Escolas Médicas como uma possibilidade de construção do auto conhecimento, não punitiva e como processo, tendo como objetivo promover e acompanhar as mudanças nas escolas médicas para atender às diretrizes curriculares com perspectivas à consolidação do SUS; incentivar e apoiar a construção do processo de avaliação em cada escola médica no atendimento aos princípios do SINAES.

Apresentou em seqüência o processo de trabalho da Caem que envolveu desde reuniões, elaboração do projeto, oficinas de trabalho, adesão das escolas, aplicação dos instrumentos e sistematização dos resultados.

A adesão das Escolas ocorreu em diversos momentos entre maio e julho de 2006. Um panorama deste processo foi apresentado com: 47 escolas que assinaram o termo de adesão, 26 que responderam a tempo de apresentar os dados neste 44º COBEM. Foram utilizadas 24 na sistematização dos resultados, pois 2 escolas estavam com dados incompletos. Outros motivos relatados para não responder a tempo o instrumento foram mudanças de diretoria na escola, mudança das propostas curriculares e/ou necessidade de capacitação.

Na seqüência apresentou os momentos do projeto:

Estes resultados dizem respeito ao **primeiro momento** que trata da capacitação de equipes/aplicação do instrumento/evidências/retorno às escolas/sociedade Do **segundo momento**, tratando da aproximação das evidências/construção de indicadores qualitativos /busca de outros instrumentos. E **terceiro momento**, tratando da sistematização dos dados/análise de resultados/reflexão crítica/ recomendações/relatório.

Esclareceu que no primeiro momento a Caem/ABEM trabalha as definições de justificativas e evidências. Nesta fase as Escolas responderam o instrumento fazendo um exercício de



RELATÓRIO FINAL

auto conhecimento, troca de olhares entre os atores. Momento de escuta e partilha para que a escola passasse a se ver como um todo na formação de novos profissionais. Além disto, permitiu à escola segundo a sua percepção um olhar sobre a atual situação: tradicional, inovadora ou avançada.

No segundo momento, em conjunto com a Profa. Minayo trabalharemos a construção de indicadores que suportem as evidências/justificativas anteriormente trabalhadas, possibilitando uma retomada do olhar inicial com a utilização de instrumentos já utilizados e/ou construindo outros.

O terceiro momento com a apresentação dos dados finais possibilitará enfim um olhar crítico com a elaboração de relatórios e recomendações que permitam estabelecer metas para avanços em direção ao desejado.

Os eixos do instrumento de avaliação foram rapidamente retomados esclarecendo-se os pontos principais de cada um deles: Mundo do trabalho (carência e emprego, base econômica, prestação de serviço); Projeto Pedagógico (biomédico epidemiológico-social, aplicação tecnológica, produção do conhecimento, pós-graduação e educação permanente); Abordagem Pedagógica (estrutura curricular, orientação didática, apoio e tutoria); Cenários de Prática (local da prática, participação discente, âmbito escolar); Desenvolvimento Docente (formação didático pedagógica, atualização técnico científica, participação na assistência, capacitação gerencial). Explicou como foram classificadas as escolas e como se determinou a tipologia. Esta foi visualizada através dos seguintes aspectos: alternativas predominantes, percentual total e análise da relevância dos vetores.

Apresentou como exemplo o resultado de uma escola que avançou no eixo do projeto pedagógico e que foi classificada com 67,4% de tendência de mudança. Entretanto, apesar do avanço no vetor projeto pedagógico a escola ainda possui fragilidades nos demais vetores como o da abordagem pedagógica, cenário de prática e desenvolvimento docente. Posteriormente, à visualização das 24 escolas foi apresentada ressaltando que a classificação de cada uma delas deveu-se ao “olhar próprio” dos atores de cada uma. Assim através desta percepção de cada escola encontramos que: 12 são avançadas, 6 inovadoras com tendências avançadas, 3 inovadoras com tendências tradicionais e 3 tradicionais.

A Caem então sistematizando este instrumento compilou as justificativas e evidências de cada uma das 24 escolas e decidiu por apresentar o Vetor Cenários de Prática como um exemplo daquilo que já foi desenvolvido até este momento.

Na seqüência foram apresentadas as expectativas da Caem em relação ao projeto:

- desenvolver uma cultura de avaliação
- possibilitar a construção coletiva e a percepção dos diferentes atores



RELATÓRIO FINAL



- auxiliar no processo de auto-avaliação institucional.

Para concluir citou uma frase do Prof. José Dias Sobrinho um dos idealizadores do SINAES que ressalta a importância da avaliação como um processo construtivo e da responsabilização dos sujeitos, essencial para que ocorra a transformação.

A Prof. Ively seguiu com a apresentação do vetor Cenários de Prática. Ressaltou que todas as escolas participantes do projeto receberão posteriormente os resultados gerais e seu resultado específico. Retomou a avaliação como um instrumento de construção abordando: Missão Institucional, Plano de desenvolvimento Institucional – PDI, Projeto Político Institucional – PPI e Projeto de Desenvolvimento de Curso – PDC que deve ser baseado nas diretrizes curriculares que vão estabelecer as estratégias de desenvolvimento do curso. O eixo Cenários de Prática foi apresentado esclarecendo seu objetivo perguntandose: Qual o modelo que está estabelecido a partir das escolhas que a escola faz para definir os cenários? O primeiro vetor tratou do Local de Prática que busca identificar os diferentes espaços utilizados para a realização das atividades Nível 1– nenhuma escola. Os níveis 2 e 3 foram os assinalados pelas escolas e seguiu-se a apresentação das justificativas e evidências.

Na participação Discente o vetor verifica as estratégias que são proporcionadas ao discente para as atividades da prática médica (espaço proporcionado ao estudante para a orientação e prática efetiva). Os três níveis foram indicados por diversas escolas e foram apresentadas as justificativas e evidências.

O âmbito escolar refere-se ao contexto em que as práticas são oferecidas e como acontecem. Os três níveis foram indicados por diversas escolas e foram apresentadas as justificativas e evidências. Com isso encerrou-se a apresentação dos resultados preliminares do projeto e passou-se à discussão das evidências utilizando-se de atividade de troca de idéas entre pares(zum-zum) com as seguintes questões:

- 1) Identifique uma evidência de mudança na sua Escola.
- 2) Como ela se originou?
- 3) Como pode evoluir?

Foram distribuídas folhas para cada participante responder às questões em relação aos Cenários de Prática em parceria com colegas de outras escolas. Estabeleceu-se o prazo de 20 minutos para a atividade e na seqüência passou à apresentação de duas delas. O debate teve como objetivo socializar a construção de evidências e compreendê-las no processo de transformação da escola médica. Alguns aspectos apresentados foram: mudança da estrutura e duração do internato com inclusão da área da Psiquiatria; mudança no local de prática através do estabelecimento de convênio com a secretaria municipal de saúde com



RELATÓRIO FINAL

possibilidade de inserção do estudante na Atenção Básica em Saúde com participação de cursos diversos (fonoaudiologia, psicologia, enfermagem) estabelecendo a ação multiprofissional e interdisciplinar.

Sala D (16:30 às 18:30) FÓRUM III – RESIDÊNCIA MÉDICA - GRUPO DE TRABALHO Prioridades da ABEM em Relação a Residência Médica

COORDENADOR: Maria do Patrocínio Tenório Nunes (USP)

PALESTRANTES: Adriano Massuda (AMERESP), Marianne Sabino (UPE-DENEM), Laura Camargo Feuerwerker (UFF)

RELATOR DOCENTE: Paulo Márcio Pitrez (PUCRS)

RELATORES DISCENTE: Wellington Luis Alessi (UPF), Márcio Mezzomo (UPF)

RESIDENTE: Adriano Massuda

Denise Herdy Afonso

- a) Seleção de RM se dá apenas por avaliação cognitiva;
- b) Importância de não somente avaliar cognitivamente o candidato mas levar em conta o perfil desse candidato em relação a instituição;
- c) A média da avaliação cognitiva pode ser parecida mas a avaliação prática pode ser muito diferente, conseqüência do direcionamento para preparar.

Rosane Goldwasser (UFRJ)

- a) A avaliação da qualificação de médico;
- b) Propor mecanismos de resgate para as áreas básicas;
- c) Interdisciplinar, abordando situações práticas, conhecimento da matéria, capacidade de pensar, decidir, ter iniciativa, atitude comportamento frente a situações de doença;
- d) As questões legais dificultam a elaboração da prova;
- e) Relatou a realização de uma avaliação presencial (atendimento normal);
- f) Há um treinamento pra equipe avaliadora;
- g) Houve grande aprovação por parte dos candidatos quanto ao novo modo de avaliação.

GRUPO 1 - RESIDÊNCIA MÉDICA E EDUCAÇÃO

Objetivos:

Construir diretrizes gerais para atuação da ABEM e identificar ações concretas em relação às seguintes temáticas:

Papel da RM na formação profissional:

Conclusões:

- a) O grupo considera fundamental o impacto da RM na graduação e na formação de especialistas;



RELATÓRIO FINAL

- b) A necessidade de desenvolvimento de um projeto político-pedagógico das RM a partir do levantamento das necessidades de saúde e correlacionado às diretrizes curriculares nacionais;
- c) A valorização da preceptoria com necessidade de definição, reconhecimento/valorização, capacitação e cadastro nacional de preceptores; estímulo ao mestrado profissionalizante; reconhecimento da preceptoria na plataforma Lattes;
- d) Inclusão de representação da graduação nas COREMES (estudantes e coordenadores de graduação);
- e) Vinculação da vagas oferecidas pelas escolas médicas para a graduação com vagas RM (minimamente áreas básicas)

Características do modelo pedagógico:

Conclusões:

- a) APRENDIZADO por competências definidas para cenários específicos;
- b) Metodologia compatível;
- c) Auto-avaliação da instituição do programa, dos residentes e da preceptoria;
- d) Manutenção da avaliação externa (CNRM)? necessidade de revisão da Resolução que estabelece requisitos mínimos e divulgação dos pareceres de visita/credenciamento;
- e) Definição de critérios de seleção à RM também baseado em competências;
- f) Responsabilidade permanente da Escola Médica com os seus egressos: acompanhamento/vinculação dos egressos;
- g) Valorização da Educação Permanente de residentes e preceptores;
- h) Redefinição da relação com as sociedades de especialidades e CNRM fomentada pela ABEM.

GRUPO 2 - RESIDÊNCIA MÉDICA E TRABALHO

Conclusões:

1. Diretrizes Gerais para as residências médicas – Recomendações da ABEM
2. Ações a serem desenvolvidas pela ABEM em relação às RM
3. Agenda gestão 2006/2008 ABEM

1. Diretrizes Gerais para as residências médicas: Recomendações da ABEM

PRM - Programa de Pós Graduação => exige/pressupõe um Projeto Pedagógico.



RELATÓRIO FINAL

Por se tratar de treinamento em serviço: Definição de Objetivos e avaliação desses objetivos.

Currículo baseado em competências.

Diretrizes gerais e específicas.

Regulamentar o número de vagas a partir das necessidades sociais (não corporativismo).

Partir do pressuposto que todos os profissionais inseridos no serviço são PRECEPTORES.

2. Ações a serem desenvolvidas pela ABEM em relação às RM

Realização de Estudo OFERTA/DEMANDA para apontar as necessidades de vagas.

Estimular a autonomia das COREMES

Trabalhar a questão política no sentido de recompor a Comissão Nacional de Residência Médica com a participação específica de pessoas mais próximas aos PRM.

Observância da preceptoria contínua.

Regulamentar a carga horária dos programas para possibilitar aos residentes VIVER A VIDA.

As Comissões Estaduais de Residência devem coordenar as vistorias, inclusive os avaliadores devem ser capacitados para esta função.

Evitar a qualquer custo o residente “tocador de serviço”

Recomendar a publicação dos pareceres das comissões avaliadoras, inclusive repensar o instrumento da vistoria.

Construir um cadastro com informações pertinentes aos Programas de Residência Médica em curso.

Incentivar a qualificação/certificação/valorização dos preceptores (docentes e assistenciais).

Articular politicamente o financiamento das comissões estaduais com verba federal.

Valorizar as COREMES e construir um instrumento formal de avaliação das próprias COREMES.

GRUPO 3 - GESTÃO, REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Conclusões: CNRM, CEREM, COREMES

- Envolvimento da ABEM protagonizando algumas ações nessas instâncias
- CNRM – entrada do CONASS, CONASEMS, DENEM – reuniões fora do espaço das reuniões da CNRM para discussão e negociações de questões que não têm sido abordadas na Comissão – priorização de vagas, respaldo social para abertura de novos cursos, sistema único de saúde, preceptoria – quem forma, quem paga.



RELATÓRIO FINAL

- CEREM – ABEM trabalhar no sentido que as escolas se organizem para qualificar o debate na Comissão, avaliação dos PRM, redes de ajuda – não descredenciar automaticamente, mas buscar soluções, complexidade da construção de parcerias para a diversificação dos cenários de praticas

COREME – Desenvolvimento das competências pedagógicas dos preceptores – escola medica. Criação de núcleos regionais de RM para a capacitação e chamamento das escolas medicas para participar das COREMES.

Sala E (16:30 às 18:30) PAINEL

O Ensino Prático em Medicina e a Autonomia do Paciente

COORDENADOR(ES): Léis Salete Bonfanti Haeffner (UFSM)

PALESTRANTE (S): Leonel Lerner (PUCRS), Alceu Peixoto Pimenta (CFM), Maria Beatriz Kunzel (CES/RS)

RELATORES DOCENTE: Eliana de Andrade Trotta (UFRGS)

DISCENTE: Marta Ribeiro Hentschke (PUCRS); Stefano Milano (UFRGS)

Prof. Alceu Peixoto Pimenta (CFM)

- Missão do médico, com ênfase no humanismo e na aprendizagem da profissão.
- Foram apresentados e discutidos os 4 princípios da Bioética: beneficência, não-maleficiência, autonomia e justiça.
- Princípios básicos do atendimento médico, e dos direitos e deveres dos pacientes.
- Dicotomia histórica entre a humanização e a ciência.
- Momento onde inicia a relação médico-paciente: no primeiro contato do aluno com o paciente.
- Respeito aos valores pessoais do paciente e também do médico/aluno.
- Expectativas do paciente no relacionamento com os médicos.
- Histórico e características da responsabilidade médica.
- Artigos do Código de Ética Médica que congregam os aspectos técnicos e os humanísticos.

Prof. Leonel Lerner (PUCRS)

- Definições de autonomia, no indivíduo competente e nos indivíduos com autonomia reduzida (ex. deficientes mentais).
- Caracterização da autonomia como sendo mais do que mera auto-determinação.
- Uma das áreas críticas no ensino, com relação à autonomia, é na disciplina de Semiologia.
- Foi apresentada a sistemática da disciplina Propedêutica Médica da PUCRS, implantada em 1980, com base na Escola de Medicina da Universidade de Washington. O método utiliza entrevistas simuladas, gravadas, entre alunos, com habilidades padronizadas. O



RELATÓRIO FINAL

exame físico também é treinado entre alunos, de forma ordenada. Nessas atividades são trabalhados ética e relação médico-paciente. Após passada essa etapa com êxito é que o acadêmico passa a entrevistar pacientes. São exigidas 3 entrevistas simuladas, 2 entrevistas com pacientes e 2 exames de pacientes. O método permite adequar a aprendizagem ao ritmo de cada aluno; minimizar a subjetividade do processo; praticar ensino interativo; avaliar por competência. Com relação à autonomia, os pacientes são consultados se aceitam participar desse aprendizado.

Sra. Maria Beatriz Kunkel (CES/RS)

- Importância de um usuário do Sistema de Saúde participar de eventos de ensino médico.
- Relato de suas experiências como usuária do Sistema de Saúde e como membro do Conselho Estadual de Saúde.
- Expectativas dos usuários quando procuram atendimento médico, em relação à competência e atenção humanizada.
- Em diálogo com a plateia, principalmente com os estudantes, firmou-se um compromisso moral de melhorar o sistema de saúde.

Sala F (16:30 às 18:30) PAINEL Pós-Graduação em Saúde e Educação

COORDENADOR: Nildo Alves Batista (UNIFESP/ CEDESS)

PALESTRANTES: Waldomiro Carlos Manfroi (UFRGS), Eliana Claudia de O. Ribeiro (UFRJ/NUTES), Tânia Celeste M. Nunes (ENSP/ Fiocruz)

RELATOR DOCENTE: Sandra Gehling Bertoldi (UFPEL)

RELATOR DISCENTE: Douglas Zaione Nascimento (UFSM)

Waldomiro Carlos Manfroi (UFRGS)

Relata as estratégias para implementação de um projeto, fala de suas experiências e das resistências que enfrentou quando afastou-se do cargo de Diretor da Faculdade: Conforme apresentação em power point.

“Criar se faz em tudo. Em ensino, em pesquisa, em literatura. E o mais bonito de tudo é criar.”

Eliana Claudia de O. Ribeiro (UFRJ/NUTES)

Eliana parte da instigante pergunta que a tem animado: “Porque não vemos cursos no país que trabalham educação médica em Pós-Graduação?” Diz:

“Não havia sentido, mas na medicina, a produção acadêmica ficava nas áreas básicas. Foi crescendo. Na escola médica, a medicina ocupou-se da patologia. Nos anos 70 houve um



RELATÓRIO FINAL

boom da pedagogia. A medicina se ocupou disso, com o foco, no ensino, porém com produção de conhecimento.

Houve uma modificação da valorização do corpo clínico. Nas 2 últimas décadas vem sendo valorizado: em primeiro lugar pela pesquisa, em segundo pela assistência, e em terceiro pelo ensino. Houve nova fratura pela contratação de médicos assistenciais.

A Universidade é questionada, lesionada como produtora de conhecimento. Há novos espaços de produção de conhecimento, por vezes a nível empresarial.

A Universidade não é mais a mesma. Que tipo de profissional está sendo formado?

Há que dar uma resposta de demandas de situações e de territórios. A produção de conhecimento é interdisciplinar.

O lócus da definição da pesquisa mudou. Não há mais a configuração do peso dos departamentos.

Há que repensar abordagens interdisciplinares, articulações com áreas que são necessárias, diálogos e hegemonias de saberes. Há tendência inequívoca e marcante de diversificações das áreas de conhecimentos.

É da pesquisa que surgem estratégias.”

Tânia Celeste M. Nunes (ENSP/ Fiocruz)

A professora Tânia fala da história da Escola Nacional de Saúde Pública em sua inscrição na Fundação Oswaldo Cruz. Salienta a importância da inserção da Fundação que mantém uma voz política passando pelos vários momentos do país, mas aparecendo os dados de uma instituição sempre inquieta ao ligar-se à sua missão fundamental.

Em seu dizer:

“Há uma convivência da pesquisa básica com a pesquisa aplicada, assim como a convivência de várias ciências.

Embora tenha dificuldades, o corpo clínico é engajado, e o primeiro compromisso da instituição é com a Saúde Pública. Apesar de atravessar diferentes governos, a formação da Fundação tem como questões fundamentais:

—A Escola é para o país; é Nacional.

—A Escola é de Saúde Pública, tem uma feição ligada às ciências sociais.

Com o surgimento de novas tecnologias, pode ser criado o Programa de Educação à Distância, para alcançar as várias regiões, que foram incorporando-se como irmãs neste processo de crescimento. Assim chega-se a locais muito distantes, onde não alcançava a formação.



RELATÓRIO FINAL

Depois de 2000 foram definidos vários novos parâmetros, Projetos, por ex., Pronae, o Projeto de Formação de Ativadores. São projetos que marcam o compromisso com a Saúde Pública, com o Ministério da Saúde.

Outra importante linha de formação é com gestão de trabalho. Há uma linha de formação de pessoas que captam recursos para o SUS.

É preciso ter a capacidade de olhar as coisas e não se conformar com o que viu e fez, de forma a multiplicar. “Fazer sempre uma renovação de práticas pedagógicas.”

DEBATE DO GRUPO

O professor Nildo Alves Batista, coordenador do painel, antes de abrir a discussão coloca sua visão como Coordenador de Colegiado de uma Escola de Medicina (UNIFESP)–Diz: “O ensino pode, deve, e é, objeto de produção de conhecimento”.

- I. Ninguém duvida do potencial transformador do ensino quando lançar a bandeira da pesquisa;
- II. Qual é o efetivo papel da Pós-Graduação? De que forma podemos resgatar a Pós-Graduação?
- III. Quão estamos neste patamar de discussão de docência?
- IV. Pensar em ensino implica em assumir desafios; manter diálogos com outras áreas.”

O coordenador coloca à disposição da platéia, surgindo várias manifestações em torno do mesmo eixo.

Docentes de várias Universidades do país manifestaram-se colocando suas frustrações ao buscar suas diversas tentativas em Pós-Graduação visando aprimorar-se para o ensino, estando ligado à saúde.

Uma professora, cirurgiã, ocupa agora o Colegiado de curso em sua Escola. Em seu questionamento, coloca que ao ingressar no Curso de Pós-Graduação pudesse capacitar-se a atender melhor. Viu suas expectativas frustradas. Agora, no Colegiado de Curso, enfrenta o dilema de que sente necessidade e vontade de estudar mais o Ensino. Porém os cursos específicos, ligados à Faculdade de Educação exigiriam conhecimentos e publicações que não tem.

É discutido o papel de órgãos como CAPES, CNPQ, MEC e outros como fundamentais e sua importância para o direcionamento dos parâmetros a serem incentivados no país.

É citada a tentativa de Sorocaba, integrando Saúde e Educação, que não foi recomendada pela CAPES.



RELATÓRIO FINAL

O grupo passa a discutir como fazer a construção de uma rede para fortalecer e pressionar os órgãos de representação e fomento.

Dr. Manfroi coloca a força da ABEM como instituição, tendo a capacidade de mudar posicionamentos.

Dr. Nildo chama atenção que a questão é um ponto uniforme. Um painel propõe-se a discutir vários pontos de vista, mas não há discordância.

ENCAMINHAMENTOS:

? Criação e Fortalecimento de grupos de Pesquisa de Pós Graduação em Ensino e Saúde – responsável: Waldomiro Carlos Manfroi

? Levar para a rede Unida um enlace e fazer uma proposição desta construção em Ensino e Saúde, considerando que há uma convergência de contextos e vontades – responsável: Tânia Celeste M. Nunes

? Convocar a ABEM como órgão representativo e forte capaz de ocupar este lugar de garimpagem e possível agente transformador - – responsável: Todo o grupo presente
Os prazos de execução destes encaminhamentos não foram debatidos.

Sala G (16:30 às 18:30) MESA REDONDA III Fórum Nacional de Informação em Ciências da Saúde Reunião da Rede de Apoio à Educação Médica (RAEM)

COORDENADOR(ES): Luciana Danielle (ABEM)
PALESTRANTE (S): Maria Fazanelli Crestana (USP), Sandra Tibiriçá (UFJF)
RELATORES DOCENTE: Elisabete Mitiko Kobayashi Wilson (UEM-Pr)
DISCENTE: Elton Andreolla (UNOCHAPECO)

Maria Fazanelli Crestana (USP)

O papel do profissional da informação na Faculdade de Medicina da USP

- A biblioteca virtual da rede de ensino médico e inserção da BV da FMUSPSP
- Preocupação na consolidação das BV como banco de dados, com alimentação contínua
- Disseminação do conhecimento das BVS para outras instituições e pólos.
- A BVS –Educ funcionando como pólo catalisador

Sandra Tibiriçá (UFJF)

A experiência da UFJF como centro colaborador da RAEM

- redes virtuais –alcance a distância
- Informações de forma equitativa, com indexação de produção convencional e não convencional.



RELATÓRIO FINAL

- c) Apoio do Promed, FAC/Med e RAEM nacional - composta por docentes e discentes e equipe técnica do centro (biblioteca)
- d) Espaço virtual sem o rigor convencional – troca de experiências, divulgação

ENCAMINHAMENTOS

Ampliar o número de escolas alimentadas pelo BVS (número atual = 8)

Estimular o desenvolvimento da produção em educação médica

Mudanças na BVS (Bireme/OPAS), aprender aplicativos como o windows BV; desenvolvimento de vocabulário próprio, com sugestão de termos utilizados; adequação de dados estrangeiros (já disponibilizada pela Bireme)

Tirar um documento a ser enviado a ABEM, com proposta para a definição das BVS em outros estados, com estruturação de corpo consultivo e sugestão de colaboração pela BVS –Educ disseminando informações para outros pólos catalisadores (instituições de ensino pública e privada, clínicas, etc). Os próprios pólos catalisadores enviariam diretamente os registros à Bireme, sem precisar passar pela ABEM (descentralização para facilitar a articulação e efetivação) A responsabilidade de atualização de páginas poderia ficar com a BVS – Educ.

Contratação pela ABEM de um analista de sistema para suporte para as BVS, com treinamento e capacitação.

Colocação de termo de adesão na página da RAEM.

Já em encaminhamento (saúde pública, odontologia, enfermagem), faltando somente consolidação em vários setores BVS-Educ

RAEM local - levar experiência em nível nacional, com troca de informações de projetos e atividades científicas, pedagógicas, de extensão, aumentando as potencialidades.

Promoção da divulgação local dentro do departamento, diretórios acadêmicos, ligas acadêmicas, programas de saúde.

Fortalecimento como base de dados (BVS-EDUC)

Participação de descritores (bibliotecárias) em congressos de educação médica, ABEM.

Fóruns interinstitucionais

Indexação de produção convencional e não convencional, divididas em categorias e sub categorias.

Privilegiar financiamento e verbas para as escolas que já participam ativamente da RAEM.

Longo prazo RAEM local (UFJF)

Sala B (18:30 às 20:00) CONVERSANDO SOBRE



RELATÓRIO FINAL

Simulación Clínica, Estrategia Fundamental para el Desarrollo de Competências Médicas

COORDENADOR: Lúcia Pezzi (UNIRIO)

PALESTRANTES: Adalberto Amaya Afanador (LAERDEL), Samuel Silva da Silva (UEL)

RELATOR DOCENTE: Marcelo Moreno (UNOCHAPECO)

RELATOR DISCENTE: Gabriel Faquetti Morandini (UNOCHAPECO)

Adalberto Amaya Afanador (LAERDEL)

- a) formação de médicos por competências (implica no desenvolvimento de competências: saber, saber como, saber ser) – tendência globalizante de ensino médico, seguindo reformas curriculares que estimulam habilidades; a simulação clínica possui experiência confirmada e resultados, porém não substituem o paciente; tem relação com alta formação de alta qualidade em ensino;
- b) Histórico: três momentos, um primeiro (segunda metade do séc. XX), apenas reanimação cardio-pulmonar, um segundo que reproduz os aspectos humanos do paciente e um terceiro que chega com a reforma curricular, seguindo uma estratégia de aprendizagem de habilidades clínicas, comunicação e treinamento dirigido para graduação e ensino continuado;
- c) A ideia da simulação pode ser comparada com um piloto aeronáutico, o qual precisa passar por simuladores antes de voar realmente (pode se repetir situações diversas, inúmeras vezes) . A simulação compreende um aprendizado significativo para o estudante, reproduzindo as ordens e desordens orgânicas, de forma muito parecida com a realidade, fundamentais para a prática clínica;
- d) Na simulação clínica é possível verificar inclusive o aspecto atitudinal do estudante frente ao “atendimento” do manequim. Outra possibilidade é construir aprendizagem baseada em um problema que inclui o manequim de simulação, onde pode ser considerado um ensino integrando diferentes áreas do conhecimento. Isso faz com que o futuro médico não saiba somente identificar um sopro, por exemplo, mas um profissional que saiba fazer relação entre o que causou e o que vai acarretar esse achado clínico.
- e) para a efetivação do método são necessários protocolos de estudo.
- f) tipos de simuladores: habilidades técnicas; habilidades de procedimentos; habilidades psicomotoras; com combinação de técnicas; programas multimedia; sistemas interativos; realidade virtual (simulação de cirurgia; exames invasivos, inclusive com possibilidade de simulação tátil);
- g) o paciente simulado reproduz situações de comunicação, ou seja a competência avaliada é de comunicação (nesse caso não há situações morfológicas como por exemplo um sopro);



RELATÓRIO FINAL



ENCAMINHAMENTOS

Inclusão como critério de avaliação da escola médica, se no projeto político pedagógico do curso é previsto a simulação com manequins (a longo prazo; responsáveis - escolas médicas).

Eduardo Durante

(Universidade de Buenos Aires/Hospital Italiano Buenos Aires)

- a) MFC e a graduação em medicina – experiências internacionais: a MFC tem potencial evidenciado por organismos internacionais (OMS); características da prática médica (evidência dos países desenvolvidos): menores custos totais, populações mais saudáveis e maior disponibilidade de generalistas.
- b) Atenção Primária de Saúde - tem faltado devido a: financiamento inadequado, pouco tempo para tarefas preventivas e comunitárias, treinamento e equipamentos inadequados e qualidade primitiva dos serviços ao invés de primária a APS em países em desenvolvimento (exceto EUA) está associada à prática da MFC e trabalho interdisciplinar dentro das equipes de saúde da família.
- c) Situação da formação médica para a Atenção Primária na América Latina: maior demanda de MFC, reformas dos sistemas de saúde em vários países priorizando a atenção primária, insuficiente número de especialistas em MFC, alto número de médicos generalistas sem pós-graduação e resposta insuficiente à demanda por parte das residências em MFC. Conseqüências: necessidade de trabalho político para a inserção da MF na graduação, aplicação de estratégias de educação baseadas na comunidade e definição de características estruturais comuns para a formação na graduação.

MESA REDONDA: MFC e diretrizes: caminhos e potencialidades.

Crise da eficiência e eficácia da formação médica, exclusiva ou preponderante nos hospitais universitários; ausência de um perfil profissional para o seu contexto. Desafios e as mudanças curriculares: necessidade de um currículo com formação mais adequada; incorporação de um volume crescente de novos conhecimentos e tecnologias; desejo de uma formação ampla, humanística e ética; o conhecimento da realidade social pelo médico graduado; perfil do formando: generalista humanista crítico e reflexivo; precário o número de instituições que inseriram a medicina de família plenamente e efetivamente; participação em programas de saúde de famílias: está acontecendo efetivamente, com predomínio na capital; abrangência de múltiplos cenários e dos três níveis de atenção: presentes em menos de um quarto de Unidade de Saúde da Família - serviços: maioria das instituições tem relação com a unidade básica de saúde, sendo mais prevalente a participação privada. - pequena diferença (fedx part). Estratégia: implantar departamentos ou unidades de MFC para a inclusão da disciplina.

Os currículos devem contemplar: interdisciplinaridade, integração ensino-serviço, formação médica direcionada para os problemas sociais com ênfase no SUS. Caminhos e



RELATÓRIO FINAL

potencialidades: inclusão de órgãos do governo para avançar na viabilidade de implantar as diretrizes do PNE e SINAES. O atendimento às diretrizes é imprescindível. Ensinar não é transmitir conhecimentos, Paulo Freire.

Sala B (08:30 - 10:30) - CURSO - Desenvolvimento Docente para os Novos Espaços de Ensino - Aprendizagem

COORDENAÇÃO : Nildo Alves Batista (UNIFESP)

PALESTRANTES: Nildo Alves Batista (UNIFESP), Maria Eugenia Vanzolini (USP), Suely Grossemann (UFSC)

RELATOR DOCENTE: Mauro Antônio Dall Agnol (UNOCHAPECÓ)

Nildo Alves Batista (UNIFESP)

- a) Proposição dos encaminhamentos para o desenvolvimento dos trabalhos do dia. Atividade de preenchimento de um portfólio distribuído aos presentes após discussão com seus pares solicitando resposta à questão: “Cite as duas principais limitações/dificuldades vivenciadas por você no cotidiano da vida universitária”.
- b) Exposição do tema: O estudante como sujeito do processo de aprendizagem. Relação dos princípios norteadores das DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais com a questão. O aluno como sujeito da aprendizagem e professor como facilitador e mediador do processo.
- c) Significado de ensinar e aprender. O conhecimento como processo de elaboração, construído, subjetivo, individual. Construção de um processo de aprendizagem ativa: significância, motivação. Interação entre aprendizagem por descoberta e aprendizagem receptiva. Diferença entre aprendizagem ativa e aprendizagem mecânica. Valorização de cenários que contemplem a aplicabilidade da aprendizagem. O papel do professor no processo.

Maria Eugenia Vanzolini (USP)

- a) **Teoria da aprendizagem comportamental (behaviorismo):** condicionamento respondente (Pavlov) e condicionamento operante (Skinner). Princípios da aprendizagem e objetivos educacionais. Taxonomia dos objetivos educacionais (domínio cognitivo) - Bloom e Anderson. Papel do professor. Métodos de ensino utilizados no modelo de aprendizagem: instrução programada, tecnologia educacional em geral, estudo dirigido, aula expositiva. Avaliação da aprendizagem: domínio do conhecimento, habilidades e atitudes.
- b) **Teoria da aprendizagem cognitivista - Piaget:** Conhecimento como relação equilibrada entre um agente humano inquiridor e uma situação problemática. Sujeito (estrutura cognitiva + problema): movimento entre desequilíbrio e equilíbrio. Reorganização das estruturas psicológicas: assimilação/ acomodação. Fases do desenvolvimento cognitivo segundo Piaget. Objetivos educacionais: aprender a aprender, conteúdo é meio e não fim, transferência. Papel do professor (provocar, estimular, criar problemas, organizar). Métodos



RELATÓRIO FINAL

de ensino utilizados no modelo de aprendizagem: solução de problemas, estudo dirigido, trabalhos e grupo, estudos do meio, jogos, exposição dialogada. Avaliação da aprendizagem: solução de problemas, avaliar o desenvolvimento do aluno.

c) **Teoria da aprendizagem construtivista – David Ausubel:** Aprendizagem mecânica/aprendizagem significativa. Organizadores prévios: expositivo (descreve o novo conteúdo), narrativo (através de uma história), visão geral (grande esquema inclusivo), organizador gráfico (diagrama) e mapa conceitual. Propriedades organizacionais claras aliadas a princípios de aprendizagem significativos.

d) **Teoria da aprendizagem sócio- construtivista – Lev Vigotski:** A aprendizagem não pode ser separada do seu contexto social e cultural. A aprendizagem é mediada pela linguagem. Interpsicológico e intrapsicológico. Significância na percepção do mundo. Função do professor como mediador entre o aluno e o conhecimento.

Suely Grosseman (UFSC)

a) Reflexão sobre o tema: Por que mudar?

b) Abordagem das práticas e concepções da Universidade Brasileira.

Modelos de educação e métodos de ensino: Modelo jesuítico (Ratio stvdiorvm) – método didático: lectio/questio/reportationes/quaestiones/disputationes/reparationes/sabatina

Modelo napoleônico - formar para o serviço do estado napoleônico.

Modelo Alemão (Humboldtiano) - A ciência deve ser sempre objeto de investigação.

A ciência em transição: ciência moderna (dicotomia) / ciência pós-moderna (complementaridade dos métodos).

c) **Época atual:** evolução dos processos de produção e informação. Conhecimento como algo não estático – em constante mudança. O papel do professor como um “eterno aprendiz”.

DOMINGO – 24 de setembro (tarde)

SALA A (14:00 – 18:00h) – MOSTRA - Medicina de Família e Comunidade na Graduação – Grupo II

COORDENAÇÃO: Maria Inez Padula Anderson (SBMFC),

PALESTRANTES: Maria Inez Padula Anderson (SBMFC), Marcelo Marcos Piva Demarzo (Centro Universitário Barão de Mauá/ UFScar)

RELATOR DOCENTE: Carla Perin Salles (UPF)

RELADORES DISCENTE: Rodrigo Ferrarese (Universidade São Francisco)

MATERIAL FORNECIDO PELOS PALESTRANTES

Competências (Atitudes, Conhecimentos e Habilidades) **da MFC na Graduação em Medicina - Quais e Como?**



RELATÓRIO FINAL



"A medicina de família e comunidade é o trabalho mais fácil de se fazer mal feito e o mais difícil de se fazer bem feito"
Professor Sir Denis Pereira Gray

Apresentação

Este documento tem por objetivo discutir as competências da MFC aplicáveis ao ensino médico de graduação.

Pretende-se que se possa contribuir para a consolidação deste campo de saber e prática no âmbito da formação médica, como acontece na grande maioria das escolas médicas de todo o mundo, principalmente naqueles países que implementaram reformas competentes no ensino e nos sistemas de saúde no sentido de os tornarem mais adequados às necessidades de saúde da população.

Pressupostos

1) A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade clínica que também desenvolve, de forma integrada e integradora, práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde dirigidas a pessoas, famílias e comunidades. Estes atributos a tornam uma disciplina estratégica para a resignificação das bases estruturais da própria profissão médica, adquirindo papel fundamental na constituição dos novos paradigmas em Saúde.

2) Seus preceitos, conceitos e direcionamento relacionam-se aos da Atenção Primária à Saúde, de tal modo que é reconhecida internacionalmente como a especialidade médica de excelência da APS, sendo estratégica para o pleno desenvolvimento da mesma. Por isto, tem sido considerada, assim como a APS, uma especialidade médica com potencial estruturante para os Sistemas Nacionais de Saúde, em especial, em cenário de crise e reforma sanitária, como o que vivenciamos em nível nacional e internacional.

3) Os princípios e práticas da MFC são centrados na "pessoa" (e não na "doença"), na relação médico e indivíduo, e na relação deste sujeito, mais ou menos sadio, com sua família e com a comunidade em que vive. A MFC aborda o processo saúde-adoecimento como um fenômeno complexo, relacionado à interação de fatores biológicos, psicológicos, sócio-ambientais e espirituais, sendo, portanto um processo influenciado fortemente pela estrutura familiar e comunitária do indivíduo.

4) O potencial transformador da Medicina de Família e Comunidade ("Medicina Integral, Geral, Familiar e Comunitária" em alguns países) para a graduação, principalmente em Medicina, tem sido evidenciado por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS)² e a Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (WONCA)¹. Isto pode ser comprovado pela inserção dos conceitos e práticas da MFC na estrutura de destacadas escolas médicas de todo o mundo. Observa-se também que a grande maioria destas escolas constituiu Departamentos de Medicina de Família e Comunidade (ou denominação equivalente da especialidade), muitas com incentivo financeiro governamental, como no caso das escolas norte-americanas, o que ocorreu ainda na década de 70 do último século⁷.

5) A OMS¹ e a WONCA² entendem que os fundamentos conceituais e éticos, as técnicas e práticas da Medicina de Família e Comunidade constituem elementos importantes na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer, envolvendo os estudantes numa perspectiva ampliada do cuidado em saúde.

RELATÓRIO FINAL

Competências Nucleares da MFC na Graduação em Medicina – Recomendações

Os conteúdos programáticos^{1,2} da MFC, recomendados para a graduação médica, e recentemente revisados pela Sociedade Norte-Americana de Professores de Medicina de Família (Society of Teachers of Family Medicine - STFM)⁵, segundo as diretrizes do projeto “Futuro da Medicina de Família” (Future of Family Medicine)⁵, devem incluir:

Conceituação e reconhecimento da importância da Atenção Primária à Saúde, da Medicina Ambulatorial e da Medicina de Família e da Comunidade nos Sistemas Nacionais de Saúde;

Compreensão e incorporação dos princípios e das atitudes envolvidas com a complementaridade e integralidade das ações médicas e de saúde;

Atuação em cenários onde sejam desenvolvidas práticas de Atenção Primária à Saúde (como por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família);

Reconhecimento do papel e da influência da família no estado de saúde de seus componentes;

Comunicação e Relação Médico –Paciente-Família-Comunidade;

Reconhecimento e elaboração do diagnóstico de saúde biopsicosocial da família e da comunidade;

Conhecimento do cadastro familiar e comunitário como instrumento facilitador do diagnóstico e abordagem familiar e comunitária;

Conhecimento e desenvolvimento de práticas de promoção, proteção e educação em saúde da população, com desenvolvimento de ações de saúde orientadas pelas necessidades e demandas percebidas através do contato com as famílias e a comunidade;

Estudo e reflexão sobre os problemas de saúde que mais afetam às pessoas e às populações de centros urbanos e rurais;

Práticas e metodologias próprias da clínica da Medicina Ambulatorial;

Cuidado humanizado e efetivo aos pacientes e suas famílias para a resolução de problemas de saúde e para a promoção de saúde,

Prática voltada ao sistema de saúde nacional, com compromisso ético e profissional com a saúde da população do próprio país, racionalizando recursos e ações e melhorando os indicadores de saúde populacionais.

Competências a serem desenvolvidas nos estudantes, segundo a mesma Sociedade (STFM) seriam:

Convivência e colaboração com profissionais de outras profissões e especialidades para prover cuidado centrado na pessoa e nos aspectos preventivos, durante todas as fases da vida;

Sensibilidade e responsabilidade para com o paciente, sua cultura, idade, gênero, e habilidades;

Prática de diagnóstico e terapêutica baseada em evidência científica, e com participação do paciente e de sua família, informando-os apropriadamente e envolvendo-os no processo;

Acolhimento e resolutividade aos agravos agudos e crônicos mais comuns, segundo protocolos clínicos embasados cientificamente, e envolvendo os principais grupos de cuidado (crianças e adolescentes, mulheres, adultos e idosos);

Manejo dos agravos de saúde numa abordagem multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo também a família, e tendo como objetivo a melhora funcional e de qualidade de vida da pessoa;

Prática da educação em saúde dos pacientes, suas famílias e comunidade, aconselhando sobre os hábitos de vida inadequados à saúde, e aplicando estratégias adequadas de abordagem do problema, visando mudanças de comportamentos, e considerando a cultura de cada pessoa e população;

Descrição da prevalência e a história natural dos problemas de saúde mais comuns, tanto ao nível individual, quanto familiar e comunitário;



RELATÓRIO FINAL

Reflexão e discussão sobre o cuidado integral, contínuo e integrado para as pessoas, e sobre as dificuldades inerentes a esse processo;

Identificação dos vários níveis de prevenção e aplicação das ações preventivas em cada nível, segundo embasamento científico;

Diferenciação das características epidemiológicas dos vários níveis de atenção;

Reconhecimento e interpretação das leis públicas mais relevantes referentes à promoção de saúde das populações;

Entendimento da complexidade do diagnóstico feito muitas vezes frente à escassez de dados clínicos;

Manejo adequado da tecnologia de informação em saúde;

Treinamento de técnicas de comunicação adequadas para trabalho em equipe multiprofissional, e para a educação e informação em saúde dos pacientes e familiares;

Reconhecimento dos limites do conhecimento pessoal, porém sempre coordenando e advogando pelo cuidado adequado à população dentro do sistema de saúde nacional;

Reconhecimento das barreiras físicas, culturais, e administrativas para o cuidado integral e adequado às pessoas.

Recentemente, a Academia Européia de Professores de Medicina Geral e Familiar (EURACT) divulgou sua Agenda Educativa, que defende seis (06) competências da MFC para o ensino médico de graduação, dentre outros níveis de educação médica:

1. Gestão em Cuidados Primários

Inclui a capacidade para:

- gerir o contacto primário com os pacientes, lidando com problemas não seleccionados;
- cobrir todo o leque de problemas de saúde;
- coordenar os cuidados com outros profissionais dos cuidados primários e com outros especialistas;
- dominar a prestação eficaz e adequada de cuidados de saúde e a utilização dos serviços de saúde;
- disponibilizar ao paciente os serviços adequados dentro do sistema de saúde;
- actuar como advogado do paciente.

2. Cuidados Centrados na Pessoa

Inclui a capacidade para:

- adoptar uma abordagem centrada na pessoa ao lidar com os pacientes e os seus problemas no contexto das circunstâncias do paciente;
- desenvolver e aplicar a consulta de clínica geral para promover uma eficaz relação médico-paciente, com respeito pela autonomia do paciente;
- comunicar, estabelecer prioridades e actuar em parceria;
- proporcionar continuidade longitudinal de cuidados tal como a determinarem as necessidades do paciente no que se refere à gestão continuada e coordenada de cuidados.

3. Aptidões para a Resolução de Problemas Específicos

Inclui a capacidade para:

- relacionar os processos específicos de decisão com a prevalência e incidência das doenças na comunidade;
- reunir e interpretar selectivamente a informação recolhida na anamnese, exame objectivo e exames complementares e aplicá-la a um plano de acção adequado em colaboração com o paciente;
- adoptar princípios de trabalho adequados, por exemplo, pedindo exames complementares de modo sequencial, e usando o tempo como um instrumento e como modo de tolerar a incerteza;
- intervir com urgência quando necessário;
- gerir as situações que se apremem precocemente e de forma indiferenciada;
- utilizar as intervenções diagnósticas e terapêuticas de modo efectivo e eficiente.

RELATÓRIO FINAL

4. Abordagem abrangente

Inclui a capacidade para:

- gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias, e tanto problemas de saúde agudos como crónicos do indivíduo;
- promover a saúde e o bem-estar aplicando adequadamente as estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença;
- gerir e coordenar a promoção da saúde, prevenção, cura, tratamento, palição e reabilitação.

5. Orientação Comunitária

Inclui a capacidade para:

- conciliar as necessidades de cada paciente e as necessidades de saúde da comunidade em que ele vive, de acordo com os recursos disponíveis.

6. Abordagem Holística

Inclui a capacidade para:

- usar um modelo biopsicossocial levando em conta as dimensões cultural e existencial.

Os Departamentos de Medicina de Família e Comunidade

Segundo orientação da Organização Mundial da Saúde em conjunto com a Associação Mundial de Médicos de Família⁶ implantar Departamentos ou Unidades de MFC permite o direcionamento necessário para a inclusão da disciplina no espaço acadêmico como também permite a organização dos recursos que são necessários para articular a tríade ensino, cuidado ao paciente e programas de pesquisa.

Os tópicos a seguir fazem parte da publicação acima relacionada e pretendem contribuir para a criação de estruturas departamentais ou unidades docentes de MFC.

Segundo estas instituições, estabelecer Departamentos de Medicina de Família requer a participação de lideranças que compreendam e apoiem as importantes funções e papéis da medicina de família. Essas lideranças incluem autoridades governamentais, associações médicas, médicos de família, staffs das escolas médicas e dos hospitais universitários e profissionais da saúde pública.

Recomendam também que, desde o início, é importante desenvolver um bom relacionamento com outros departamentos existentes, como os de Medicina Interna e Pediatria que, compartilhando interesses, podem implementar um processo de colaboração mútua visando à implementação de atividades de ensino e de projetos de pesquisa. Estes especialistas freqüentemente colaboram para o aprendizado do médico de família e muitos têm consciência que são mais efetivos quando trabalham articulados com médicos da Atenção Primária bem treinados. As Escolas Médicas parecem mais propensas ao desenvolvimento da Medicina de Família quando esta disciplina é vista como essencial para potencializar a função dos outros profissionais.

Ainda segundo as orientações da OMS e WONCA, a constituição de Departamentos de Medicina de Família requer um provimento adequado de recursos humanos e físicos de modo a desenvolver o amplo espectro dos programas de educação, assistência e pesquisa da MFC. Os recursos físicos devem incluir centros que integrem as atividades assistenciais e de ensino. Nestes centros o cuidado ao paciente deve ser provido através de equipes que incluem médicos de MFC, residentes e/ou estudantes em treinamento, enfermeiras, assistentes sociais e outros profissionais de saúde. Os Centros de ensino de medicina de



RELATÓRIO FINAL

família podem ser incorporados às unidades assistenciais do sistema de saúde e podem também servir como importante local de desenvolvimento de pesquisa na atenção primária.

Os Departamentos de Medicina de Família freqüentemente requerem apoio governamental e institucional, inclusive de ordem financeira. Usualmente estes departamentos iniciam com pequeno número de especialistas e profissionais, crescendo à medida do desenvolvimento dos programas clínicos e de pesquisa. Os hospitais universitários e outros são importantes parceiros para o desenvolvimento e suporte destes departamentos de medicina de família, ao mesmo tempo em que estes os especialistas em MFC e os programas de residência prestam relevantes serviços para estas instituições.

Bibliografia de Referência

SBMFC – A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades, 2005.

EURACT – Agenda educativa de MGF, 2005.

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

As competências devem ser alcançadas nas universidades na formação do perfil dos estudantes, uma vez que este deve ser formado com dever de contemplar as necessidades da comunidade onde está inserida e o SUS. Determinar as competências da Medicina de Família e Comunidade na graduação e suas diferenças com a Saúde Coletiva.

Trabalhar e especializar professores para que possam auxiliar os acadêmicos em sua formação e em suas escolhas.

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade abrangente que tem características próprias trabalhando com o indivíduo e a comunidade na qual está inserida.

Atenção primária a saúde é diferente de MFC. A primeira necessita de delimitações de cada área e MFC é uma destas áreas. Como soluções criar departamentos de medicina de família e comunidade, inserção precoce, noção do todo, não aceitar a terminalidade. A recusa desta é uma tentativa de não banalizar uma especialidade tão abrangente. A residência tem seu papel de uma forma complexa de trazer para a prática a área específica do conhecimento. A Medicina de Família está entre a saúde coletiva e as especialidades de saúde individual. Segundo o Professor Sir Denis Pereira Gray “a medicina de família e comunidade é o trabalho mais fácil de se fazer mal feito e o mais difícil de se fazer bem feito”.

O grupo conclui que é necessário manter espaços como este para continuar as discussões, pois essas serão determinantes na inserção da Medicina de Família e Comunidade na graduação.

Sala B (14:00 - 18:00h) - CURSO (Continuação) - Desenvolvimento Docente para os Novos Espaços de Ensino-Aprendizagem

COORDENAÇÃO : Nildo Alves Batista (UNIFESP), Maria Eugenia Vanzolini (USP), Suely Grosseman (UFSC)

RELATOR DOCENTE: Mauro Antônio Dall Agnol (UNOCHAPECÓ)

RELATOR DISCENTE: Thiago Henrique dos Santos Silva (UFPE)

RELATÓRIO FINAL

Nildo Alves Batista (UNIFESP), Maria Eugenia Vanzolini (USP), Suely Grosseman (UFSC). propuseram que o trabalho da tarde fosse baseado na resposta ao questionamento efetuado pela manhã, onde os presentes responderam à questão:

“Cite as duas principais limitações/dificuldades vivenciadas por você no cotidiano da vida universitária”.

Formaram-se grupos por áreas temáticas (seis grupos) e cada grupo discutiu um tema.

Grupo 1 - Fatores relacionados à estrutura curricular

Grupo 2 - Resistência docente/Resistência discente

Grupo 3 - Avaliação

Grupo 4 - Cenários de ensino-aprendizagem.

Grupo 5- Interação professor-aluno, professor-profissional de saúde.

Grupo 6 - Capacitação/metodologias.

Na seqüência houve a socialização das construções dos grupos, conforme encaminhamentos relatados abaixo. Os palestrantes salientaram alguns pontos levantados pelos grupos, destacando a importância da decisão política institucional na formação docente.

O trabalho prosseguiu com a participação dos presentes na discussão do tema.

Nildo Alves Batista

Encerrou destacando que não existem receitas prontas para o desenvolvimento docente. Falou que o grande desafio é fazer com que os docentes se sintam sujeitos do projeto pedagógico onde estão inseridos e a intencionalidade é a melhor proposta para a questão e a diversidade de estratégias é a ferramenta mais indicada.

Maria Eugenia Vanzolini

Suely Grosseman

Despediram-se reforçando a importância da continuidade da discussão do tema e da transposição dos debates para as instituições de origem

Grupo 1 - Fatores relacionados à estrutura curricular:

Avaliação dos modelos:

Modelo disciplinar:

Falta de disciplinas pró-ativas;

Falta de motivação docente e discente devido ao desconhecimento do contexto clínico;

Falta de interdisciplinaridade;

PROPOSIÇÃO

O modelo disciplinar precisa ser substituído por um modelo integrativo.

Modelo modular:

Vantagens

Boa integração inicial;



RELATÓRIO FINAL

Inserção precoce na realidade do SUS;
Despertar do raciocínio clínico;
Motivação para a semiotécnica.

Dificuldades:

Falta de tempo;
Falta de uma avaliação integrada;
Dificuldade de integração de fato;
Resistência de parte do corpo docente.

PBL:

Vantagens:

Metodologia ativa;
Proximidade do docente com os discentes;
Aluno ativo
Períodos livres;
Não tem prejuízo na base, o estudante cresce em espiral.

Desvantagens:

Capacitação docente;
Como avaliar o processo de ensino-aprendizagem das atividades;
Resistência docente/discente.

Grupo 2 - Resistência docente/Resistência discente

A resistência é múltipla, também é dos pais de alunos, deriva da imagem de médico na qual todos nós nos espelhamos: especialista bem sucedido e remunerado. Formação do círculo vicioso.

Resistência docente

Não definição do modelo pedagógico com participação efetiva de todos os docentes;
Deficiência de suporte financeiro para a capacitação docente;
Necessidade de capacitação permanente;
Medo da mudança;
Dificuldade para partilhar/compartilhar saberes;
Adequação da rede;
Professores que querem fazer, mas não sabem como fazer.
As próprias instituições na progressão de carreira, em função do critério de avaliação do MEC e da Capes reforçam essa imagem.

Resistência discente

Formados do ensino médio no modelo tradicional;
Ingresso na universidade com a idéia da especialização;
Estudante desmobilizado para reunir-se e sensibilizar-se no contexto pós-ditadura;
Curso não privilegia esses momentos de discussão;
Não capacitação dos preceptores da rede.

SUGESTÕES

Educação permanente: capacitação docente com novas metodologias. Fazer disso uma política da própria instituição.

Mudanças nos critérios avaliativos; MEC, CNPq e Capes; Atuar junto à Sindicatos e Conselhos de classe. Modificar a lógica de financiamento do SUS (diferença entre atenção básica e serviços de alta complexidade) que cria uma contradição. O médico de "pé no chão": não é questão de palavras a se usar, mas no contexto a se empregar.

Grupo 3 – Avaliação

Vantagens (pontos fortes)

Reuniões de integração de série com a identificação dos alunos com problemas;

RELATÓRIO FINAL

Mentoring;
Grupo de apoio discente;
Avaliações práticas com check list;
Metodologias podem ser mescladas com bons resultados.

Dificuldades (pontos fracos)

Dificuldade de avaliação no internato;
Aproximação docente/discente;
Superposição de funções dos docentes;
Falta de tempo das instituições para se adaptar às diretrizes;
Estrutura física não preparada para as novas metodologias;
Falta de instrumento uniforme para a avaliação;
Repetição das mesmas provas em vários semestres.

Grupo 4 - Cenários de ensino-aprendizagem

Novos caminhos

Laboratório de habilidades clínicas;
Parceria com gestores de saúde;
Compromisso com a população;
Retorno que os alunos dão à população;
Inseparabilidade entre prática/ensino/cuidado;
Dificuldade de capacitação de cenários e busca de alternativas e parcerias;

Problemas

Falta de capacitação docente;
Falta de integração ensino/serviço;
Falta de trabalho em equipe;
Legislação dificulta a utilização do profissional como docente;
Desrespeito aos docentes que atuam nos novos cenários.

SUGESTÕES

Educação permanente;
Utilização de caso-problema interdisciplinar para promover participação dos discentes de vários cursos;
Projetos que melhorem a integração ao serviço;
Flexibilizar a legislação para a utilização do profissional da rede;
Integração entre docentes; especialistas e generalistas.

Grupo 5 - Interação professor-aluno, professor-professor, professor-profissional de saúde.

Oferecer ao professorado da área da saúde curso de capacitação;
Envolver profissionais, comunidade e universidade em projetos visando benefícios para a comunidade;
Oferecer contrapartida ao preceptor, de preferência não do tipo financeiro, por exemplo; cursos e capacitações.
Oficinas entre ensino e serviços;
Utilização de programas protocolados e manuais do Ministério da Saúde que são utilizados no serviço pelos docentes e estudantes;
Envolvimento do pessoal dos serviços em objetivos e estratégias de ensino e aprendizagem.

Grupo 6 - Capacitação/metodologias

Política institucional de capacitação docente;
Criação de assessoria pedagógica por curso/unidade;
Educação permanente em metodologias ativas;



RELATÓRIO FINAL

Semana pedagógica semestral;
Reuniões semestrais por grupos de docentes;
Avaliação por disciplinas/módulo;
Avaliação da prática docente;

Sala C (14:00 - 15:30) OFICINA - Qualificação da Saúde Suplementar

PALESTRANTE: Gilson Caleman (ANS)
RELATOR DISCENTE: Jackson Bossoni Mendes –(Unochapecó)

Gilson Caleman (ANS)

Foram apresentados os seguintes tópicos:

a) Art. 199: liberdade à iniciativa privada para a assistência à saúde, podendo participar de forma suplementar; CF/1988 – define a regulação do setor de saúde privada; 1998 – Lei 9961, criação da ANS.

b) ANS é autarquia (autonomia para regular e fiscalizar assistência suplementar); ANS: defesa do interesse público na assistência suplementar;

c) Setor antes da regulamentação - após regulamentação.

- Legislação societária (comercial) - autorização de funcionamento

- Livre exclusão dos usuários - assistência integral à saúde é obrigatória

d) Após regulamentação, criadas condições para beneficiários: atualmente a ANS implantou a política de qualificação da saúde suplementar, que pretende estabelecer nova perspectiva no processo de regulação, proporcionando a indução do modelo de gestão e de atenção à saúde do setor;

e) Evolução dos beneficiários / 2000-2005: Total de vínculos da saúde suplementar: junho / 2006: 43.080.541.

f) Avanços 1 – implementação de condições objetivas para o aperfeiçoamento da regulação indutora e normativa da ANS, buscando melhorar o grau de resolução, compreendendo a promoção, prevenção e cuidados à saúde;

Avanços 2 – ações efetivas das operadoras nas melhorias da qualidade dos dados constantes nos sistemas de informação, além de explicitação da necessidade de adotar ações de promoção e prevenção à saúde, ou seja, construção do setor da saúde suplementar como pertencente ao campo da produção da saúde, com qualificação como processo regulatório (ANS).

ENCAMINHAMENTOS:

Introdução nos currículos das faculdades de medicina: conhecimento e discussão sobre a saúde suplementar; a reforma exigiu apenas inserção na saúde pública, sem mencionar a saúde suplementar (Diretrizes curriculares/2001).

Sala C (16:00 - 17:30) OFICINA - Novos desafios da Saúde Suplementar – Rede de centros colaboradores da ANS

COORDENAÇÃO: Márcia Guimarães de Mello Alves (ANS) e Alexia Ferreira (ANS)

PALESTRANTES: Márcia Guimarães de Mello Alves (ANS), Alexia Ferreira (ANS)

RELATOR DISCENTE: Gabriel Faquetti Morandini (Unochapecó)

TÓPICOS RECEBIDOS NO CONTATO PRÉVIO

Márcia Guimarães de Mello Alves sugere como Bibliografia: na internet, www.ans.gov.br/politicasdequalificacao, também documentos referentes a centros colaboradores da Organização Mundial de Saúde (WHO).

ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE

Márcia Guimarães de Mello Alves(ANS)

A palestrante abordou os seguintes tópicos em relação à saúde suplementar e constituição da ANS:

a) Lei 9656 – planos e seguros privados na assistência à saúde

Lei 9961 – regula atividade do setor

Estruturação da ANS – contratação de pesquisa e desenvolvimento de sistemas de informação da saúde suplementar;

b) Saúde suplementar – set/2006: 43.080541 beneficiários, sendo que desde 2001 se discute essa realidade do sistema brasileiro de saúde. A partir de 2004 – nova fase de produção de conhecimento, democratizando o debate e ampliando o campo de produção, usando estratégias, sistema de informação e gestão do conhecimento na ANS, desenvolvido com apoio da Org. Pan americana de Saúde;

c) Gestão do conhecimento na ANS – divulgação do conhecimento já produzido, parcerias com instituições de ensino e pesquisa nacionais, além da rede centros colaboradores (programas de qualificação da saúde suplementar), sistematizando e divulgando produção de conhecimento específico sobre a saúde suplementar;

d) Resultados obtidos – monitoramento e ampliação de acordos de cooperação técnica, da política de qualificação e lançamento da biblioteca virtual de saúde (área temática – saúde suplementar), em dez/2005.

e) Abertura para debate com os congressistas, a respeito de pesquisas realizadas na UFRGS, sobre “mapa de conflito”. A palestrante relatou que, no diálogo com os congressistas, estariam presentes alguns membros da Regional Sul da ANS).

f) (debate) - mapa de conflitos – microrregulação, em relação às cooperativas, ou auto-gestão, além de desenvolver a rede do “imaginário”, em acadêmicos que imaginam trabalhar



RELATÓRIO FINAL

como profissionais liberais, porém acabam trabalhando na saúde suplementar, como prestadores de serviço; os profissionais imaginam que não serão “empregados”

g) (debate) UFMG – Faz um resumo que identifica produções da saúde suplementar (aproximadamente 9000 títulos) a respeito da atenção em saúde suplementar;

h) (debate) docente da UFF, mencionou que conseguiu autorização para implantar na grade curricular do curso de medicina da UFF, o conteúdo “saúde suplementar”; a saúde suplementar, segundo ele, é um conceito de “cuidado”, além de merecer uma regulamentação bastante cautelosa;

i) (debate) saúde suplementar não é uma realidade curricular dos cursos de medicina no Brasil;

j) (debate) poucos pesquisadores se envolvem no sentido de divulgar os conhecimentos adquiridos pelas pesquisas; há pouco material disponível para acadêmicos, a respeito dos resultados obtidos;

k) (debate) docentes questionam os diversos acadêmicos de medicina presentes, a respeito do universo místico que envolve o imaginário prévio e na graduação, sobre a realidade da profissão; vários acadêmicos, de várias Universidades, dão seus depoimentos; relatam, em geral, haver um contraste entre ganhar dinheiro, montar consultório (visão romântica), mas não pensam em como vão trabalhar, como vão ajudar o paciente.

Alexia Ferreira (ANS)

Debateu com os congressistas

ENCAMINHAMENTOS:

1 - Conforme os núcleos de pesquisa forem delineados e distribuídos, na ANS, para outras regiões brasileiras, poderá ampliar o debate da atenção em saúde suplementar, no Brasil;

2 - É necessário criar uma relação de discussão entre os diversos setores da área de saúde, a respeito da saúde suplementar, como fóruns de discussão, pois existe pouco esforço nesse sentido;

Sala D (16:00 – 18:00) MINI - CURSO - Formação em Saúde Mental na graduação:

Equipe de Saúde da Família

COORDENAÇÃO: Patrícia Ligocki Silva (Equipe Técnica da seção de Saúde da Família/RS)

PALESTRANTES: Lina Aparecida Zardo, FFFCMPA; Patrícia Ligocki Silva, Rose Mayer, psicóloga, Equipe Técnica da seção de Saúde da Família/RS, Secretaria de Saúde do RS,

RELATOR DOCENTE: Lina Aparecida Zardo – (FFFCMPA)

RELATOR DISCENTE: Sílvia Bassani Schuch – (UPF).

Lina Aparecida Zardo (FFFCMPA)

a) Introdução e apresentação dos participantes da oficina;



RELATÓRIO FINAL

- b) Opinião e experiência dos profissionais presentes sobre a saúde mental e atendimento primário;
- c) Requisitos básicos de um médico generalista em relação à saúde mental. Trabalho dos “estigmas” do diagnóstico psiquiátrico.

Patrícia Ligocki Silva

(Equipe Técnica da seção de Saúde da Família/RS)

- a) Dados demográficos e de zoneamento do RS. Predomínio de municípios com menos de 10.000 habitantes;
- b) Conceito de estratégia de saúde da família. No modelo tradicional, desvinculação entre profissionais e comunidade, onde há baixa resolutividade e relação custo-benefício prejudicada;
- c) Foco de atenção não é a doença, é a saúde. Ênfase na atenção integral com demanda contínua de usuários;
- d) Unidades Básicas podem solucionar 80% dos problemas de saúde da população;
- e) Descrição das estratégias usadas (equipe multidisciplinar, controle social, educação permanente dos profissionais, planejamento descentralizado);
- f) Cobertura atual da saúde de família no RS: 33%;
- g) Objetivo principal é a atenção humanizada;
- h) Pressupostos: normas do SUS e da Reforma Psiquiátrica;
- i) Princípios básicos do trabalho entre saúde mental e atenção básica: situações de risco, abordagem coletiva, parcerias, responsabilização compartilhada;
- j) Quais são os limites da atenção primária na saúde mental? Quando encaminhar? Talvez os limites sejam as patologias mais simples e prevalentes.

gtsmab@saude.rs.gov.br

Rose Mayer (psicóloga)

Equipe Técnica da seção de Saúde da Família/RS

Secretaria de Saúde do RS

- a) Interface entre saúde mental e atenção básica;
- b) Conceitos de resiliência e vulnerabilidade;
- c) A saúde mental é uma transversalidade: dor x sofrimento;
- d) Princípios do SUS: atenção, gestão, educação e controle social;
- e) A reforma psiquiátrica baseia-se muito no paradigma anterior: não social, hospitalocêntrico;

Divisão em 8 grupos com diversos temas de discussão;

Cada grupo abordou os seguintes aspectos:

Grupo 1: Os médicos possuem saúde mental? Atender o paciente dando-lhe autonomia e fortalecer sua cidadania; o estudante de Medicina não possui condições para atender ou



RELATÓRIO FINAL

entender a saúde mental do paciente; é preciso envolver-se com o paciente – o cuidado com o estudante de Medicina;

Grupo 2: Carência na formação em saúde mental. O apoio ao estudante se faz necessário; organizar grupos com mesmos problemas; carência de vínculo entre médico e paciente.

Grupo 3: A formação em saúde mental é deficiente em todo o país; é bom ver pacientes com seus familiares; é preciso aceitar mais as alterações em saúde mental; será que há estudos de prevalência em saúde mental? Conhece-se a epidemiologia local, regional e nacional? Como anda a Reforma Psiquiátrica?

Grupo 4: Não conseguiram montar um conceito de saúde mental; estabelecer relações com outras áreas; a saúde mental compete a quem? Entrar em sintonia com o paciente.

Grupo 5: Saúde como um todo, conforme OMS e OPAS; estar bem mentalmente auxilia o estado global de saúde;

Grupo 6: A figura do psiquiatra ainda assusta a população; como um aluno pode estar num PSF e não acolher bem o paciente? Ensino de Saúde Mental pode ser usado como controle social?

Grupo 7: Até onde vai a autonomia do doente em saúde mental? Responsabilidade do ensino em saúde mental – unificar o meio ambiente, a educação, o ambiente social.

Grupo 8: O curso médico ainda tem muitas deficiências na conduta em saúde mental; a realidade ao ser defrontada pode assustar; a questão de trabalhos em equipe, com interdisciplinaridade; como lidar com o paciente que chora?

ENCAMINHAMENTOS

Desenvolvimento de disciplina de Atenção à Saúde Mental do Estudante de Medicina, a longo prazo por cada instituição de ensino médico.

Sala E (16:00 - 17:30) OFICINA - Como Avaliar Habilidades Clínicas no Internato

COORDENAÇÃO: Iolanda Tibério (USP), Renata Gallotti (USP)
PALESTRANTES: Iolanda Tibério, (USP); Renata Gallotti, USP
RELATOR DOCENTE: Cecília Maria Figueira(UFES)
RELATOR DISCENTE: Enrique Pokulat (UPF).

Iniciada com a apresentação das palestrantes, explicando como irá se desenvolver a oficina com a parte inicial teórica e, após o intervalo a platéia será dividida em dois grupos em que um fará a atividade prática e outro funcionará como avaliador. Segue-se com a apresentação de cada indivíduo da platéia.

Iolanda Tibério (USP)

RELATÓRIO FINAL

Avaliação Estruturada de Habilidades no Internato

a). Iniciada com competências profissionais e definindo competências clínicas fundamentais: comunicação e interação, entrevista médica, exame clínico, raciocínio clínico e formulação de hipóteses, proposição de ações e orientação e educação do paciente. Princípio de avaliação das habilidades clínicas, saber como fazer, mostrar como se faz e fazer adequadamente. As provas convencionais avaliam apenas o saber e saber como fazer. A avaliação das competências clínicas compreende, além dos citados, mostrar como se faz e fazer adequadamente.

Os métodos tradicionais de avaliação de competências clínicas são, geralmente, avaliações em serviço prático oral observado ou não, caso clínico longo ou caso clínico curto.

O teste para a avaliação do estudante de forma estruturada foi feito em dois períodos por diferentes avaliadores, professores da área em que os alunos se encontravam, médicos do serviço, e médicos preceptores. A utilização de instrumento padronizado permitiu avaliar, por exemplo, anamnese, exame clínico e cuidado médico imediato. Portanto essa avaliação demonstrou ser reproduzível.

As vantagens da avaliação estruturada são: fácil de organizar e custo relativamente baixo. As desvantagens do método de utilização do ambulatório/enfermaria da forma como é são: validade depende do que está disponível (não é o mesmo caso para diferentes alunos), nem sempre o aluno é bem aceito pelos pacientes, o que permite disparidades entre os grupos avaliados.

b) A partir dessas dificuldades, iniciou-se a avaliação com exames objetivos estruturados: Objective Structure Clinical Examination (OSCE). Esse é um método válido, fidedigno, flexível, acurado e de alto impacto educacional. O estudante a ser examinado tem um tempo para ler o que deverá ser feito em cada estação de avaliação. Para evitar que a estação montada tenha tarefas que não podem ser desenvolvidas pelo aluno, principalmente pela falta de tempo, é feita uma avaliação da estação por avaliadores que atuam em áreas diferentes do objetivo da avaliação (cirurgião sendo avaliado em uma estação de clínica). As estações são aprovadas quando 2/3 dos profissionais conseguem realizar a tarefa em 10 minutos. Nas estações são utilizados atores e/ou bonecos para que o paciente (ator) faça exatamente a mesma coisa para todos os estudantes que serão avaliados. Os atores são treinados e recebem um “script” para a sua orientação.

Para que o aluno seja avaliado de maneira exatamente igual, um instrumento de avaliação é montado como check list.

c) Nas estações, os alunos são avaliados em relação à competência para fazer anamnese, examinar, evoluir e prescrever.

d) A avaliação de procedimentos pode ser feita para os procedimentos mais completos ou para por ex. procedimentos básicos, como: utilização de bomba inaladora em asmáticos.

RELATÓRIO FINAL

Pelo OSCE também pode ser avaliada a relação médico paciente: saber ouvir, querer entender e fazer-se compreender. O OSCE, esse formato de avaliação, também permite um feedback para os professores e orientadores. Todos os alunos recebem, ao final da avaliação, uma cópia do check list, permitindo o processo de auto-avaliação. O resultado do OSCE é comparável com os resultados de avaliação tradicional dos alunos em situações reais (ambulatórios), significando que, se bem feitos os questionamentos do OSCE, não existe diferença entre a situação simulada e a real.

Com a reprodutividade com o que realizamos no internato, foi possível utilizá-lo para a residência médica desde 2004 (aproximadamente 700 candidatos/ano). Só é possível realizar este tipo de avaliação quando existe uma equipe conjunta para a execução da mesma. Os resultados da avaliação estruturada feita no final do 5º e 6º ano estão próximas do que é obtido na residência médica. O método OSCE permite: validade, fidedignidade, flexibilidade, acurácia, alto impacto educacional.

Fichas de avaliação contendo critérios subjetivos e objetivos são feitas por todos os preceptores, professores e residentes da clínica médica, e esse método de avaliação no formato mais tradicional demonstra, quando comparado ao OSCE, um viés em termos de conceitos (nota). De forma geral, essa avaliação tradicional atribui conceitos mais altos do que os alcançados pelos mesmos alunos no OSCE. Entretanto, existe uma correlação maior ou menor entre o OSCE, as provas discursivas, e conceitos de fichas padronizadas. Na opinião dos alunos, o tipo de avaliação feita pelo OSCE é muito positivo.

Renata Gallotti(USP)

Aspectos Práticos para a Montagem de uma Estação de Avaliação Estruturada de Habilidades

a) Passos Iniciais Para a montagem de uma estação de Avaliação:

- 1) Objetivos comuns das disciplinas/instituição.,
- 2) Constituição de um grupo de trabalho.
- 3) Escolhas de temas relevantes e habilidades a serem avaliadas.

4) Participação em todas as fases de elaboração da estações. As habilidades a serem avaliadas têm que ser testadas em relação à atividade que será avaliada e tempo para a sua execução

b) As pessoas que vão elaborar o OSCE devem ter contato com o nível do grupo a ser avaliado. É fundamental que o grupo montado para fazer a avaliação tenha contato independente de sua especialidade (ex.: clínica médica/clínica cirúrgica). Em todas as estações, o aluno é o participante indispensável; o examinador está em algumas estações, (atitude, habilidades), assim como os pacientes simulados e manequins. Os atores não



RELATÓRIO FINAL

precisam ser profissionais, os próprios funcionários do hospital/escola podem ser treinados para exercerem esta função.

c) Se bem feito, o OSCE pode avaliar condutas críticas, como cardioversão, apenas com um ator, sem a necessidade de cardioversor. O material necessário inclui o cenário, a tarefa, o check list e o roteiro para os atores. O cenário e a tarefa não podem deixar dúvidas nos avaliandos. É importante ser esclarecido para o aluno que serão avaliados o tempo de duração e o número de habilidades que serão cobradas em cada estação. O check list deve ser aplicado na sua íntegra e da mesma forma por todos os avaliadores, por isso é que em sua construção é fundamental a participação de todas as pessoas que atuam como avaliadoras. Todos os avaliadores devem ser treinados antes da utilização do check list. Muito difícil é ter como avaliador uma pessoa que não concorde com o check list porque inviabiliza a utilização deste instrumento de forma correta. Isso é infrequente, mas não é por completo evitável.

Esse método de avaliação permite identificar alunos que não sabem executar procedimentos básicos, ex.: intubação orotraqueal, apesar do curso de graduação ter fornecido várias oportunidades para este procedimento. O check list deve conter todos os passos que serão necessários para a avaliação correta daquela estação

d) O número de estações variam de cinco a dez, dependendo do tempo total que se dispõe para a execução da avaliação estruturada. Temos preferido a adoção de cinco estações, que no caso da disciplina de clínica médica são:

- ✍ Anamnese e exame físico
- ✍ Evolução do paciente
- ✍ Prescrição do paciente
- ✍ Passagem do caso clínico (visita ao paciente internado e/ou ambulatório)
- ✍ Relação médico/paciente ou médico/família.

Bibliografia Recomendada

HARDEN et al., Br.Med. J (1975); Modif. Newble DJ. Med Educ 1992

Sala F (16:00 - 17:30) - OFICINA - Ambiente de Aprendizagem Inteligente de Apoio ao Desenvolvimento do Raciocínio Diagnóstico.

COORDENAÇÃO: Helena Arenson-Pandikow (UFRGS)

PALESTRANTES: Elaine A. Felix Fortis (FAMED/UFRGS); Cecília Flores (FAMED/FFFCMPA); Maria Paz Hidalgo (FAMED/UFRGS); Louise Seixas (FARMÁCIA/UFRGS); Deise Ponzoni (ODONTOLOIA/UFRGS); Ronaldo David da Costa (HCPA/UFRGS); Márcia Zampese (HCPA/UFRGS)

RELATOR DOCENTE: Renata Menezes Rosat(UFRGS)

RELATOR DISCENTE: Cristiane Comparin –UFRGS, Heanes Troglio Pfluck – UFF

Louise Seixas e Cecília Flores. (FARMÁCIA/UFRGS)

a) Apresentação de uma ferramenta pedagógica para a educação médica: AMPLIA (ambiente multiagente probabilístico inteligente de aprendizagem). Essa ferramenta baseia-se na importância do desenvolvimento da aprendizagem auto-dirigida (heutagogia). Esta pode ser alcançada através de ambientes que possibilitem uma livre exploração dos conteúdos sem uma seqüência pré-determinada, de acordo com o interesse, curiosidade e necessidades do aluno, possibilitando a construção do raciocínio diagnóstico, baseado em um caso clínico apresentado pelo programa. O programa habilita o aluno a construir seu conhecimento, aumentar sua confiança e desenvolver autonomia no seu raciocínio diagnóstico.

b) A base da construção do conhecimento deve focar o aprendizado do ponto de vista do aluno e não do professor. Porém, este se mantém atuante, facilitando, orientando, questionando, argumentando, problematizando, corrigindo e apoiando o aluno.


c) O ambiente AMPLIA possibilita ao aluno, representado pelo agente aprendiz, modelar o seu raciocínio diagnóstico, o qual será confrontado com o modelo já existente no sistema, o agente de domínio. Durante o processo de modelagem do raciocínio, o aluno é auxiliado pelo agente mediador que utiliza estratégias pedagógicas a fim de guiá-lo ao raciocínio correto, aumentando a sua confiança e autonomia.

d) O professor tem, a sua disposição, gráficos gerados em tempo real pelo agente mediador, que refletem a evolução da construção do conhecimento, da autonomia e da confiança do aluno.

Márcia Zampese (HCPA/UFRGS)

a) A palestrante apresentou as dificuldades, dúvidas e insegurança iniciais inerentes a um processo de capacitação em uma nova tecnologia, ressaltando a complexidade envolvida na construção das Redes Bayesianas, base da construção do raciocínio do AMPLIA.

Deise Ponzoni (Odontologia/UFRGS)

a) A palestrante enfatizou a possibilidade de incluir informações adicionais que podem ser acessadas facilmente pelo aluno, clicando nos nodos  palavras (sinais e sintomas, exames, diagnósticos) que compõem a rede de raciocínio. Essas informações podem ser textos, imagens, vídeos, referências bibliográficas e links da internet.

f

Ronaldo David da Costa (HCPA/UFRGS)

a) Apresentação da montagem de uma rede diagnóstica voltada para o Índice de Risco Cardíaco Pré-Operatório, salientando variáveis diagnósticas importantes para a



RELATÓRIO FINAL

classificação desse índice, e como estas se relacionam com os sinais, sintomas e exames do paciente.

Sala G (16:00 - 17:30) - OFICINA - Discussão de Dilemas Morais e o Ensino da Bioética

COORDENADORES: Sérgio Tavares de Almeida Rego (ENSP/FIOCRUZ); Patrícia Unger Raphael Bataglia
PALESTRANTES: Patrícia Unger Raphael Bataglia(Univ. Bandeirantes de São Paulo); Sérgio Tavares de Almeida Rego (ENSP/FIOCRUZ)
RELATOR DOCENTE: Silvana Maria de Miranda UNESC
RELATOR DISCENTE: Caio César Bezerra da Silva UFPA; Jhonatan Luis Presotto UPF

Sérgio Tavares de Almeida Rego(ENSP/FIOCRUZ)

Foram abordados os seguintes aspectos sobre o tema proposto:

- a) Como diferenciar que uma questão pertence ao campo da moral?
- b) A evolução e a mudança das necessidades sociais e o não reconhecimento acadêmico destas mudanças.
- c) Estratégias de discussão e ensino da ética na graduação.

Patrícia Unger Raphael Bataglia (Univ. Bandeirantes de São Paulo)

- a) História do desenvolvimento filosófico da ética.
- b) Dilemas éticos.
- c) Juízo moral.
- d) Competência moral.
- e) Estratégias de ensino e discussão da ética
- f) Exercícios de caracterização e exemplificação de dilemas éticos.
- g) Argumentação e debate do dilema proposto, aplicando o método de Konstanz
- h) Debate dos métodos aplicados

Sérgio Tavares de Almeida Rego

O palestrante abordou os seguintes tópicos em relação à moral e bioética:

Estratégias de discussão de questões morais e o ensino da Bioética

Diferenciação teórica entre competência moral e competência em Bioética

Método de Konstanz

Estratégias pedagógicas para o ensino da Bioética

Bibliografia Recomendada:

LIND G. Moral regression in medical Students ans their learning environment. *Rev. Bras Ed Med* 24(3)

LIND G. Moral Dilemma Discussion Revisited – The Konstanz Method. *Europe's Journal of Psychology*, February 2005



RELATÓRIO FINAL

LIND G. (2000) O significado e medida da competência moral revisitada: Um modelo do duplo aspecto da competência moral. [The meaning and measurement of moral judgement competence revisited – A dual – aspect model]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 399-416. (ISSN 0102-7972). Portuguese

REGO S. A.- *A Formação ética dos médicos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

ENCAMINHAMENTOS

Criação de Grupo Temático para discussão de estratégias de educação em ética e de discussão de dilemas éticos a curto prazo pela ABEM.

PALESTRANTES: Luís Felipe Gomes (Associação dos Docentes e Orientadores de Medicina Geral e Familiar- Portugal, Membro da EURACT), Eduardo Durante (Universidade de Buenos Aires/Hospital Italiano Buenos Aires)

RELATOR DOCENTE: Carla Perin Salles (UPF)

RELADORES DISCENTE: Débora Naidon (UFSM), Pablo Merlo Medeiros (UPF)

Sala B (200 lugares) – CURSO (continuação)

Desenvolvimento Docente para os novos espaços de ensino-aprendizagem

COORDENAÇÃO : Nildo Alves Batista (UNIFESP)

PALESTRANTES: Maria Eugenia Vanzolini (USP), Suely Grosseman (UFSC)

RELATOR DOCENTE: Mauro Antônio Dall Agnol (UNOCHAPECÓ)

RELATOR DISCENTE: Thiago Henrique dos Santos Silva (UFPE)

14h -15.30h

Sala C (160 lugares) - OFICINA

Qualificação da saúde suplementar

PALESTRANTE: Gilson Caleman (ANS)

RELATOR DISCENTE: Jackson Bossoni Mendes –(Unochapecó)

16h – 17.30h

Sala C (160 lugares) - OFICINA

Novos desafios da Saúde Suplementar – Rede de centros colaboradores da ANS

COORDENAÇÃO: Márcia Guimarães de Mello Alves (ANS) e Alexia Ferreira (ANS)

PALESTRANTES: Márcia Guimarães de Mello Alves – ANS, Alexia Ferreira - ANS

RELATOR DISCENTE: Gabriel Faquetti Morandini (Unochapecó)

14h – 18h

Sala D (120 lugares) – OFICINA / MINI-CURSO

Formação em Saúde Mental na graduação: equipe de Saúde da Família

COORDENAÇÃO: Patrícia Ligocki Silva (Equipe Técnica da seção de Saúde da Família/RS)

PALESTRANTES: Lina Aparecida Zardo, FFFCMPA; Patrícia Ligocki Silva, Rose Mayer, psicóloga, Equipe Técnica da seção de Saúde da Família/RS, Secretaria de Saúde do RS,

RELATOR DOCENTE: Lina Aparecida Zardo – (FFFCMPA)

RELATOR DISCENTE: Silvia Bassani Schuch – (UPF).

Sala E (120 lugares) – OFICINA

Como avaliar habilidades clínicas no internato

COORDENAÇÃO: Iolanda Tibério (USP), Renata Gallotti (USP)

PALESTRANTES: Iolanda Tibério, (USP); Renata Gallotti, USP

RELATOR DOCENTE: Cecília Maria Figueira(UFES)

RELATOR DISCENTE: Enrique Pokulat (UPF).

Sala F (120 lugares) – OFICINA

Ambiente de Aprendizagem Inteligente de Apoio ao Desenvolvimento do Raciocínio Diagnóstico

COORDENAÇÃO: Helena Arenson-Pandikow (UFRGS)
PALESTRANTES: Elaine A. Felix Fortis (FAMED/UFRGS); Cecília Flores (FAMED/FFFCMPA); Maria Paz Hidalgo (FAMED/UFRGS); Louise Seixas (FARMÁCIA/UFRGS); Deise Ponzoni (ODONTOLOIA/UFRGS); Ronaldo David da Costa (HCPA/UFRGS); Márcia Zampese (HCPA/UFRGS)
RELATOR DOCENTE: Renata Menezes Rosat(UFRGS)
RELATOR DISCENTE: Cristiane Comparin –UFRGS , Heanes Troglío Pfluck – UPF

Sala G (60 lugares) - OFICINA
Discussão de Dilemas Morais e o Ensino da Bioética

COORDENADORES: Sérgio Tavares de Almeida Rego (ENSP/FIOCRUZ); Patrícia Unger Raphael Bataglia
PALESTRANTES: Patrícia Unger Raphael Bataglia(Univ. Bandeirantes de São Paulo); Sérgio Tavares de Almeida Rego (ENSP/FIOCRUZ)
RELATOR DOCENTE: Silvana Maria de Miranda UNESC
RELATOR DISCENTE: Caio César Bezerra da Silva UFPA; Jhonatan Luis Presotto UPF

20:30h - **Cerimônia de Abertura do Congresso**

21:30h – **Coquetel**

SEGUNDA –FEIRA – 25 de setembro de 2006

Manhã

8:30 – 10:30h CONFERÊNCIA

Sala A Anfiteatro (340 lugares) Conferência

Pesquisa qualitativa em educação médica

COORDENADOR: Waldomiro Carlos Manfro (UFRGS)
CONFERENCISTA: Maria Cecília Minayo (ENSP/ FIOCRUZ)
RELADORES DOCENTE: Edson O'Dwyer Junior (FM/ UFBA), Jadete B. Lampert (UFMS), Ively G. Abdalla (UNIFESP)

Sala B (200 lugares) Fórum I – Internato

PAINEL

Repensando o Internato na perspectiva das mudanças na formação do médico e as contribuições do Pró-Saúde

COORDENADOR: João José N. Marins (UFF/ ABEM)
PALESTRANTES: Maurício Zanolli (FAMEMA), Dione Tavares Maciel (UPE), Derly Streit (FM Petrópolis), Geraldo Cury (UFMG/MS), Andréia Pinho (UFC/ DENEM).
RELATOR DOCENTE: Lionel Leitzke (ULBRA)
RELADORES DISCENTE: Diego Millan Menegotto (UFRGS), Luiz Felipe Bruschi (UPF), Nathalia Guarienti Missima (PUCRS)

Sala C (160 lugares) PAINEL

Extensão Universitária como espaço estratégico de integração com ensino e pesquisa

COORDENADOR: Liselotte Menke Barea (FFFCMPA)

PALESTRANTES: Edson José Corrêa (UFMG), Jorge Alberto Buchabqui (UFRGS), Rafaela Grochoski (UFPR, DANC/DENEM)
RELATOR DOCENTE: Eliana de Andrade Trotta (UFRGS)
RELATOR DISCENTE: Roberta Belletti (UFSM)

Sala D (120 lugares) Fórum III – Residência Médica

PAINEL

Residência médica e a transformação do ensino médico

COORDENADOR: Maria do Patrocínio Nunes (USP)
PALESTRANTES: Victor Hugo S. Barreto (UPE), José Sérgio Carriero Junior (DENEM), Laura C.M. Feuerwerker
RELATOR DOCENTE: João Carlos Batista Santana (PUCRS)
RELADORES DISCENTE: Alberto Treiguer (UFRGS), Márcio Mezzomo (UPF)

Sala E (120 lugares) Fórum IV – Atenção Básica de Saúde

PAINEL

Competências, habilidades e atitudes e o desenho político pedagógico

COORDENADOR: Mourad Ibrahim Belaciano (Univ. Est. de Brasília/DF)
PALESTRANTES: Angélica Bicudo Zeferino (UNICAMP), Eliana Goldfarb Cyrino (UNESP), Regina Stella (UNIFESP), Mariana Konder (UFRJ)
RELATOR DOCENTE: Alexandre Moretto (PUCRS)
RELATOR DISCENTE: Pablo Merlo Medeiros (UPF)

Sala F (120 lugares) PAINEL

Formação Médica: modelo assistencial e incorporação de tecnologia em Saúde Suplementar

COORDENADOR: Aluísio Gomes da Silva Júnior (ANS)
PALESTRANTES: Alcindo Antonio Ferla (UCS), Alzira de Oliveira Jorge (ANS), Ricardo Heinzelmann (UFBA/DENEM)
RELATOR DOCENTE: Elisabete Mitiko Kobayashi Wilson (UEM)
RELATOR DISCENTE: Ana Lúcia Chaves dos Santos (UFSM)

Sala G (60 lugares) PAINEL

Filosofia na formação médica e motivação na escola médica para estudo das humanidades

COORDENADOR: Maria Helena Itaquí Lopes (PUC/RS)
PALESTRANTES: Alfredo Cataldo Neto (PUCRS), Loraine Marcela Leal Martins (DANC/UFPR)
RELATOR DOCENTE: José Marcos Pondé (UFBA)
RELATOR DISCENTE: Milena Maria de Alencar Oliveira (UFSM)

11h – 13h

Apresentações Orais nas salas e de Posters no espaço próprio por áreas temáticas

Comissões de Avaliação e Debatedores

Tarde

14h – 16h

Sala A Anfiteatro (340 lugares) MESA REDONDA

Expansão do Ensino Superior no Brasil: ótica do mercado ou interesse da sociedade?

COORDENADOR: Heider Aurélio Pinto (Secretaria Municipal de Aracajú)

PALESTRANTES: Martinho Alexandre Reis Álvares da Silva (CREMERS), Julianne Avelar (UFBA/DENEM)

RELATOR DOCENTE: Carmen Lucia Souque Soares (UFSM)

RELADORES DISCENTE: Ronaldo Manfredini Vassoler (UFSM), Bianca Hocevar de Moura (UFRGS)

Sala B (200 lugares) **Fórum I - Internato**

GRUPO DE TRABALHO I

Internato e as Diretrizes Curriculares

COORDENAÇÃO: Derly Streit (FMP) e Maurício Zanolli (FAMEMA)

PALESTRANTES: Geraldo Cury (DEGES/ SGTES/ MS), Daividson Pires de Lima (UFMG), Sigisfredo Luiz Brenelli (UNICAMP), Eliana Amaral (UNICAMP), Maria Goretti Frota Ribeiro (UFC), Tarcísio Machado (Famema), Igor Tavares (UFSC)

RELATOR DOCENTE: Moema Chatkin (UCPEL)

RELADORES DISCENTE: Diego Millan Menegotto (UFRGS), Luiz Felipe Bruschi (UPF), Rodrigo Sausen Raineski (UPF)

Sala C (160 lugares) **Fórum II – Avaliação**

EXPOSIÇÃO E DISCUSSÃO

Avaliação como processo formativo e construtivo

COORDENADOR: Jadete Barbosa Lampert (UFSM, ABEM)

PALESTRANTE: Denise Leite (UFRGS)

RELADORES DOCENTE: Rinaldo Henrique Aguiar da Silva (FAMEMA), Gianna Perim (UEL)

RELADORES DISCENTE: Mariana Konder (UFRJ), Wagner Homero (UCS)

Sala D (120 lugares) **Fórum III – Residência Médica**

GRUPO DE TRABALHO

Prioridades da ABEM em relação à Residência Médica

COORDENADOR: Maria do Patrocínio Nunes (USP)

PALESTRANTES: Rosane Goldwasser (UFRJ), Denise Herdy Afonso

RELATOR DOCENTE: Ari Vieira Lemos Júnior (UCPEL)

RELADORES DISCENTE: Márcio Mezzomo (UPF), Wellington Luis Alessi (UPF)

RELATOR RESIDENTE: Adriano Massuda

Sala E (120 lugares) **Fórum IV – Atenção Básica de Saúde**

PAINEL

O território como cenário de prática e aprendizagem

COORDENADOR: João José N. Marins (UFF-ABEM)

PALESTRANTES: Carmen Pontes de SouzaTeixeira (UFBA), João José Marins (UFF/ ABEM), Denize Ornelas (UFF)

RELATOR DOCENTE: Sandro Schreiber de Oliveira (UCPEL)

RELATOR DISCENTE: Gelline Maria Haas (UFRGS) Pablo Merlo Medeiros (UPF)

Sala F (120 lugares) PAINEL

Integralidade na Atenção à Saúde e na Formação Médica

COORDENADOR: Roseni Pinheiro (LAPPIS/ IMS-UERJ)

PALESTRANTES: Aluisio Gomes da Silva Junior (LAPPIS/ UFF), Ricardo Burg Ceccim (UFRGS)

RELATOR DOCENTE: Mauricio Moraes (UCPEL)

RELADORES DISCENTE: Tiango Aguiar Ribeiro (UFSM), Lívia Brancher Gravina (UCS)

Sala G (60 lugares) PAINEL

Ativadores de mudança: curso e ações de ativadores nas escolas e serviços

COORDENADOR: Izabel de Oliveira Netto (FURG)

PALESTRANTES: João José Batista de Campos (UEL), Valéria Vernachi Lima (UFScar), Milta Torres (ENSP), Eliana Claudia de O. Ribeiro (INCA)

RELATOR DOCENTE: Carla Perin Salles (UPF)

RELADORES DISCENTE: Juliana Evani Souza Block (UFSM)

16h – 16:30 Merenda

16:30 – 18:30h

Sala A Anfiteatro (340 lugares) PAINEL

Residência multiprofissional em Saúde

COORDENADOR(ES): Ana Estela Haddad (MS)

PALESTRANTES: Francisca Valda da Silva (ABEN), Marcos da Ros (UFSC), Marcela Dohms (UFSC), Caroline Castanho Duarte (Res.Escola Saúde PUb/RS)

RELATOR DOCENTE: Maurício Moraes (UCPEL)

RELATOR DISCENTE: Caroline Castanho Duarte (Res.Escola Saúde PUb/RS), Rodrigo Comnisky (UNIPLAC)

Sala B (200 lugares) **Fórum I – Internato** GRUPO DE TRABALHO

Internato e as Diretrizes Curriculares

COORDENADORES: Derly Streit (FMP), Maurício Zanolli (FAMEMA)

PALESTRANTES: Davidson Pires de Lima (UFMG), Geraldo Cury (UFMG/MS), Eliana Amaral (Unicamp), Maria Goretti Frota Ribeiro (UFC), Tarcísio Machado (FAMEMA)

RELATOR DOCENTE: Moema Chatkin (UCPEL)

RELADORES DISCENTE: Diego Millan Menegotto (UFRGS), Luiz Felipe Bruschi (UPF), Rodrigo Sausen Raineski (UPF)

Sala C (160 lugares) **Fórum II – Avaliação (Caem/ABEM)**

EXPOSIÇÃO E GRUPOS DE TRABALHO

Avaliação de Tendências de Mudanças nas Escolas Médicas e os primeiros resultados: tipologia e evidências de mudanças

COORDENADOR: Jadete Barbosa Lampert (UFSM, ABEM)

PALESTRANTES: Jadete Barbosa Lampert (UFSM, ABEM), Ively Guimarães Abdala (UNIFESP),

RELADORES DOCENTE: Rinaldo Henrique Aguiar da Silva (FAMEMA), Gianna Perim (UEL)

RELADORES DISCENTE: Mariana Konder (UFRJ)

Sala D (120 lugares) **Fórum III – Residência Médica**
GRUPO DE TRABALHO
Prioridades da ABEM em relação à Residência Médica

COORDENADOR: Maria do Patrocínio Tenório Nunes (USP)
PALESTRANTES: Adriano Massuda (AMERESP), Marianne Sabino (UPE-DENEM), Laura Camargo Feuerwerker (UFF)
RELATOR DOCENTE: Paulo Márcio Pitrez (PUCRS)
RELADORES DISCENTE: Wellington Luis Alessi (UPF), Márcio Mezzomo (UPF)
RELATOR RESIDENTE: Adriano Massuda

Sala E (120 lugares) PAINEL
O ensino prático em Medicina e a autonomia do paciente

COORDENADOR(ES): : Léis Salette Bonfanti Haeffner (UFSM)
PALESTRANTE (S): Leonel Lerner (PUCRS), Alceu Peixoto Pimenta (CFM), Maria Beatriz Kunkel (CES/RS)
RELADORES DOCENTE: Eliana de Andrade Trotta (UFRGS)
DISCENTE: Marta Ribeiro Hentschke (PUCRS); Stefano Milano (UFRGS)

Sala F (120 lugares) PAINEL
Pós-graduação em Educação e Saúde

COORDENADOR: Nildo Alves Batista (UNIFESP/ CEDESS)
PALESTRANTES: Waldomiro Carlos Manfro (UFRGS), Eliana Claudia de O. Ribeiro (UFRJ/NUTES), Tânia Celeste M. Nunes (ENSP/ Fiocruz)
RELATOR DOCENTE: Sandra Gehling Bertoldi (UFPEL)
RELATOR DISCENTE: Douglas Zaione Nascimento (UFSM)

Sala G (60 lugares) PAINEL
III Fórum Nacional de Informação em Ciências da Saúde

COORDENADOR(ES): Luciana Danielle (ABEM)
PALESTRANTE (S): Maria Fazanelli Crestana (USP), Sandra Tibiriçá (UFJF)
RELATOR DOCENTE: Elisabete Mitiko Kobayashi Wilson (UEM-Pr)
RELATOR DISCENTE: Elton Andreolla (UNOCHAPECO)
O papel do profissional da informação na Faculdade de Medicina da USP
Maria Fazanelli Crestana (USP)
A experiência da UFJF como centro colaborador da RAEM
Sandra Tibiriçá (UFJF)
Reunião da Rede de Apoio à Educação Médica (RAEM)

18:30h

Sala B (200 lugares) CONVERSANDO SOBRE
Simulación Clínica, estratégia fundamental para el desarrollo de competencias médicas

COORDENADOR: Lúcia Pezzi (UNIRIO)
PALESTRANTES: Adalberto Amaya Afanador (LAERDEL), Samuel Silva da Silva (UEL)
RELATOR DOCENTE: Marcelo Moreno (UNOCHAPECO)
RELATOR DISCENTE: Gabriel Faquetti Morandini (UNOCHAPECO)

Reunião das Regionais da ABEM (eleição dos coordenadores docentes e discentes) nas **salas A, C, D, E, F, G** e ...

20h

Sala **A** Anfiteatro (340 lugares) APRESENTAÇÃO / TEATRO

Medicina e Arte

Coordenação: Patrícia Fiedler (FEMPR)

Paulo Barreto Campello de Melo (UPE)

Álvaro Nonato de Souza (UFBA)

Ricardo Tapajós (USP)

Armando J. C. Bezerra (PUC/DF)

TERÇA-FEIRA – 26 de setembro

Manhã

8:30h – 10:30h

Sala **A** (360 lugares) **Fórum IV - Atenção básica e a cadeia do cuidado em saúde**

PAINEL – Papel da escola, do gestor do SUS e da comunidade nos territórios de aprendizagem em Saúde

COORDENAÇÃO: Francisca Valda da Silva (CNS)

PALESTRANTES: Marilda Siriani de Oliveira (UFSCar); Angélica Maria Bicudo Zeferino (Unicamp); Thiago Emanuel (DENEM/UFPE).

RELATOR DOCENTE: Romeu Selistre Sobrinho (FURG)

RELATOR DISCENTE: Tatiana Lopes de Almeida (USF)

Sala **B** (200 lugares) **Fórum I – Internato TRABALHO EM GRUPO - Plenária final**
Aperfeiçoando a avaliação do interno: conhecimentos, habilidades e atitudes

COORDENAÇÃO: Derly Streit (FM-Petrópolis), Maurício Zanolli (FAMEMA).

PALESTRANTE (S): Eliana Amaral (Unicamp), Rozangela Fernandes Wyszomirska (UNCISAL), Igor Tavares da Silva Chaves (discente UFSC), Tarcísio Machado (FAMEMA)

RELATOR DOCENTE: João Alfredo Piffero Steibel (PUCRS)

RELADORES DISCENTE: Diego Millan Menegotto (UFRGS), Luiz Felipe Bruschi (UPF)

Sala **C** (160 lugares) **Fórum II – Avaliação PALESTRA E DISCUSSÃO**
Indicadores qualitativos e as evidências de mudanças na escola médica

COORDENAÇÃO: CAEM/ ABEM; Jadete Barbosa Lampert (UFSM); Gianna Lepre Perim (UEL); Rinaldo Aguilar (FAMEMA); Regina Stella (UNIFESP); Mariana Konder (UFRJ-DENEM)

PALESTRANTE (S): Maria Cecília de Souza Minayo (ENSP/FIOCRUZ)

RELADORES DOCENTE: Ively Guimarães Abdalla; Rinaldo Aguillar (FAMEMA);

RELADORES DISCENTE: Marcos Rodrigo Souza Fernandes (UFPA)

Sala **D** (120 lugares) **Fórum III – Residência Médica PAINEL**
Gestão da Residência Médica: da Comissão Nacional às COREMES

COORDENAÇÃO: Laura Camargo Feuerwerker (UFF), Paulo Henrique Seixas (CONASS/SMS/SP), Ana Estela Haddad (DEGES/MS)
DEBATEDORES: Adriano Massuda (AMERESP), Marianne Sabino (UPE/DENEM), Irene Abramovich (COREME)
RELATOR DOCENTE: Marco Antônio Rodrigues Torres (UFRGS)
RELADORES DISCENTES: Márcio Mezzomo (UPF), Rodrigo Sausen Raineski (UPF)

Sala E (120 lugares) PAINEL

Resistências às mudanças: como identificá-las e minimizá-las

COORDENAÇÃO: Lílian Koifman (UFF)
PALESTRANTES: Joel Spadaro (UNESP); Rosana Vilela (UFAL); Bruna Ballaroti (UFSC/DENEM)
RELATOR DOCENTE: Pedro Humberto Perin Leite (UEL)
RELATOR DISCENTE: Diego C Winckler (UPF)

Sala F (120 lugares) PAINEL

Tutoria e *Mentoring*: importância, distinção e experiências na Graduação e na Residência Médica

COORDENAÇÃO: Patrícia Bellodi (Santa Casa/SP, USP).
PALESTRANTE (S): Aguinaldo Bruno Chies (FAMEMA), Emirene Navarro da Cruz (FMERP), Luiz Antonio Nogueira Martins (UNIFESP)
RELATOR DOCENTE: Margareth Salerno (PUCR),
RELATOR DISCENTE: Rafaela Crespo (vice-coordenadora discente regional SUL I da ABEM)

Sala G (60 lugares) CONVERSANDO SOBRE

A vivência da morte na educação médica

COORDENAÇÃO: Maria Helena Itaquí Lopes (PUCRS)
PALESTRANTE (S): Carlos Fernando de Magalhães Francesconi (PUCRS, UFRGS), José Roberto Goldim (PUCRS, UFRGS)
RELATOR DOCENTE: Ari Vieira Lemos Junior (UCPel);
RELATOR DISCENTE: Sílvia Bassani Schuch (UPF)

11h

Sala A *Avaliação da gestão 2004-2006, da ABEM; apresentação e discussão de propostas para a gestão 2006-2008*

11h – 13h

Apresentações Orais nas salas e de Posters no espaço próprio por áreas temáticas

Comissões de Avaliação e Debatedores

Tarde

14h – 16h

Sala A Anfiteatro (340 lugares) PAINEL

O processo de incorporação de novas tecnologias em saúde e o papel do médico

COORDENAÇÃO: Mauro Czepielewski (UFRGS)
PALESTRANTE: Laura Camargo Feuerwerker (UFF)
RELATOR DOCENTE: Suzete Marcheto Clauss (UCS)

RELATORES DISCENTES: Helen Minussi Cezimbra (UFSM), Heanes Troglio Pfluck (UPF)

Sala B (200 lugares) – PAINEL
Estratégias de implementação do Pró-Saúde

COORDENAÇÃO: José Guido C. de Araújo (UPE)
PALESTRANTE (S): Geraldo Cury (UFMG/MS), Edneia Martucelli Moço (FESO); José Carlos Henrique dos Santos (FURG), João Paulo Mello Silveira (UFSC/DENEM)
RELATOR DOCENTE: Evania Luiza de Araújo (UPF)
RELATOR DISCENTE: Juliana Buttelli (UCS)

Sala C (160 lugares) – PAINEL
Impacto da contratualização dos HUs na graduação e na residência médica

COORDENAÇÃO: Carlos Alberto Justo (UFSC)
PALESTRANTE (S): Francisco Barbosa (UNIGRANRIO), Arnaldo Cypriano Pires (UFF); Maria Helena Oliveira (UNB, DENEM)
RELATOR DOCENTE: Lionel Leitzke (ULBRA)
RELATOR DISCENTE: Wellington Luis Alessi (UPF), Jorge Gustavo Azprios Filho (UCS)

Sala D (120 lugares) PAINEL
Ensinar o SUS: contribuições para a Educação Médica

COORDENAÇÃO: Madel Teresinha Luz (UERJ)
PALESTRANTE (S): Gilson Saippa de Oliveira (UFF), Lilian Koifman (UFF), Roseni Pinheiro (IMS/UERJ)
RELATOR DOCENTE: Ester F. Paciornik (FEPAR)
RELATOR DISCENTE: Diego Carrão Winckler (UPF)

Sala E (120 lugares) MESA REDONDA
SINAES: avaliação da proposta do MEC de avaliação institucional e dos cursos

COORDENAÇÃO: Lina Aparecida Zardo (FFFCMPA)
PALESTRANTE (S): Adriana Cavalcanti de Aguiar (UES), Regina Stella (UNIFESP)
RELATORE DOCENTE: Pedro Lúcio de Souza (UNISC)
RELATORE DISCENTE: Camila Justo (FFFCMPA), Jhonatan L. Presotto (UPF)

Sala F (120 lugares) PAINEL
O papel da educação popular na formação médica

COORDENAÇÃO: Antonia Vitória Aranha (UFMG)
PALESTRANTE (S): Vera Dantas (SMS/Fortaleza), Denis Roberto Petuco (ARDPOA/ABORDA), Gabriela Pinto (EBMSP/DENEM).
RELATOR DOCENTE: Solange Maria Alves Poli (UNOCHAPECO)
RELATORES DISCENTES: Joana Ávila Cardoso (FFFCMPA), Luciana M.B. Cioffi (UCS)

Sala G (60 lugares) OFICINA (20 vagas)
Habilidades e Comunicação na consulta médica

COORDENAÇÃO: Mario Garcia Tavares (UFRGS)

PALESTRANTE (S): Francisco Arsego de Oliveira (UFRGS), Odalci Pustai (UFRGS)
RELATOR DOCENTE: Eliana de Andrade Trotta (UFRGS),
RELATORES DISCENTES: Daniela Furtado Barreto (FFFCMPA), Rudinei Diogo Marques Linck (UPF)

16h – 16:30h Merenda

- LANÇAMENTO de coletânea: *Ensino SUS – Práticas Locais de Ensino de Integralidade – promoção LAPPIS*

16:30 – 18:30h

Sala A Anfiteatro (340 lugares) MESA REDONDA
Influência da indústria farmacêutica na formação médica

COORDENAÇÃO: Milton de Arruda Martins (USP/ABEM)
PALESTRANTE (S): José Augusto Barros (UFPE), Diego Bonfim (UFBA/DENEM) José Ruben da Alcantara Bonfim (SOBRAVIME).
RELATOR DOCENTE: Cynthia Isabel Ramos Vivas Ponte (UFRGS)
RELATORES DISCENTES: Daisy Pradella (FFFCMPA), Luiz Felipe Bruschi (UPF)

Sala B (200 lugares) – **Fórum IV – Atenção Básica e a cadeia do cuidado em saúde**

Organização: Comissão de Atenção Básica de Saúde da ABEM,
Fórum Nacional de Educação das Profissões de Saúde (FNEPAS) e
Escola de Governo da ENSP
PAINEL

O ensino/aprendizagem na atenção secundária, no hospital e a cadeia do cuidado em Saúde

COORDENAÇÃO: Rodrigo Carriri (SMS/Recife)
PALESTRANTE (S): Ricardo Donato Rodrigues (UERJ/SBMFC), Joaquim Edson Vieira (USP) José Maurício C. Lemos (UFMG), Erica Viana (UFPA/DENEM)
RELATOR DOCENTE: Luciano Bastos Moreira (ULBRA),
RELATOR DISCENTE: Mariana A. B. Cioffi (UCS)

Sala C (160 lugares) PAINEL

Estratégias inovadoras para capacitação de docentes: educação permanente

COORDENAÇÃO: Tânia Celeste M. Nunes (FIOCRUZ)
PALESTRANTE (S): Sílvia Helena Souza Batista (UNIFESP), Henry Campos de Holanda (UFC)
RELATOR DOCENTE: Alexandre Losekann (PUCRS)
RELATORES DISCENTES: Márcio Mezzomo (UPF), Wellington Luis Alessi (UPF), Rodrigo Sausen Raineski (UPF)

Sala D (120 lugares) PAINEL

Papel da iniciação científica na formação médica e linhas de pesquisa em educação médica

COORDENAÇÃO: Waldomiro Manfroi (UFRGS)
PALESTRANTE (S): Gilberto Perez Cardoso (UFF), Eliana Cyrino (UNESP), Sheila Tatsumi (UNICAMP/DENEM)
RELATOR DOCENTE: Bartira Ercília Pinheiro da Costa (PUCRS)

RELATOR DISCENTE: Diego C Winckler (UPF)

Sala E (120 lugares) Fórum V - GRUPO DE DISCUSSÃO
Posição da ABEM sobre a proposta do MEC de avaliação dos cursos

COORDENAÇÃO: Adriana Cavalcanti de Aguiar (Univ. Estácio de Sá, ABEM)
RELATOR DOCENTE: Dagoberto Vanoni de Godoy (UCS)
RELATOR DISCENTE: Marília Zamprogna (ULBRA)

Sala F (120 lugares) OFICINA
Avaliação dos programas de residência médica por competências

COORDENAÇÃO: Maria do Patrocínio Tenório Nunes (USP)
PALESTRANTE (S): Eliana Claudia de O. Ribeiro (INCA/RJ)
RELATOR DOCENTE: Lionel Leitzke (ULBRA)
RELADORES DISCENTES: Petra Zignani (PUCRS), Nathalia Guarienti Missima (PUCRS)

Sala G (60 lugares) OFICINA (continuação)
Habilidades e Comunicação na consulta médica

COORDENAÇÃO: Mario Garcia Tavares (UFRGS)
PALESTRANTE (S): Francisco Arsego de Oliveira (UFRGS), Odalci Pustai (UFRGS)
RELATOR DOCENTE: Eliana de Andrade Trotta (UFRGS);
RELADORES DISCENTES: Daniela Furtado Barreto (FFCMPA), Rudinei Diogo Marques Linck (UPF).

18:30h

Sala A Anfiteatro (340 lugares)
Conselho Deliberativo da ABEM
Eleições para a diretoria da ABEM
Assembléia da ABEM

19:00h

Sala B (200 lugares) VIDEO
Documentário: Vozes da Integralidade - Equipe LAPPIS e CICT/Fiocruz

COORDENAÇÃO: Janine Cardoso (CICT/Fiocruz)
PALESTRANTE (S): Roseni Pinheiro (IMS/UERJ) Gilson Saippa de Oliveira (UFF)
RELATOR DOCENTE: Suzete Marcheto Clauss (UCS)
RELATOR DISCENTE: Thiago Fabrício de Mello (UNIPLAC)

20:00h

Sala D (120 lugares)
I Encontro dos Serviços de Suporte aos Estudantes de Medicina, Residentes e Pós-Graduandos

COORDENAÇÃO: Luiz Antonio Nogueira Martins (UNIFESP)
PALESTRANTE (S): Patrícia Bellodi (Santa Casa/SP), Luis Roberto Millan (USP), Sergio Baldassin (FMABC), Patrícia Fiedler (UEPR)

QUARTA-FEIRA – 27 de setembro de 2006

Manhã

8:30 – 10:30h

Sala **A** Anfiteatro (340 lugares) PAINEL
Sociedade e SUS: participação e controle

COORDENAÇÃO: Alexandre Moretto (PUCRS)
PALESTRANTE (S): Ronaldo Bordin (UFRGS), Ciro Matsui (USP/DENEM)
RELATOR DOCENTE: Patrícia Fiedler (UEPR)
RELADORES DISCENTES: Daniel Pinheiro Machado da Silveira (UFRGS); Tiango Aguiar Ribeiro (UFSM)

Sala **B** (200 lugares) – **Fórum IV – Atenção Básica e a cadeia do cuidado em saúde**
Fórum Nacional de Educação das Profissões de Saúde (FNEPAS) e
Escola de Governo da ENSP
GRUPOS DE TRABALHO

Gestão Pactuada para os territórios de aprendizagem em Saúde

COORDENAÇÃO: José Inácio Jardim Mattos (ENSP/FIOCRUZ)
PALESTRANTE: João José N Marins (ABEM/ FNEPAS)
FACILITADORES: Denize Ornelas (DENEM), Thiago Inocêncio Constancio (UFF)
RELATOR DOCENTE: Maria Cristina Mazzetti Subtil (UNIPLAC)
RELATOR DISCENTE: Maria Gabriela Lang (UNOCHAPECO)

Sala **C** (160 lugares) PAINEL
Políticas e financiamento das mudanças curriculares

COORDENAÇÃO: José Paranaguá Santana (OPS)
PALESTRANTES: Geraldo Cury (SGTES/ MS), Ângela Carneiro (CONASEMS), José Olindo Duarte Ferreira (UFJF), Paulo Navarro (UFPB/ DENEM).
RELATOR DOCENTE: José Roberto Bresolin (UNIVALI)
RELATOR DISCENTE: Enrique Pokulat (UPF)

Sala **D** (120 lugares) PAINEL
Como avaliar adequadamente o estudante de Medicina ao longo do curso de graduação

COORDENAÇÃO: Elizabeth de C. Castro (FFFCMPA)
PALESTRANTES: Ruy Guilherme Silveira de Souza (UFRR), Adriana Cavalcanti de Aguiar (Univ. Estácio de Sá), Eliane Rocha Tomic (USP)
RELATOR DOCENTE: Eliana de Andrade Trotta (UFRGS)
RELADORES DISCENTES: Christofer Balen (UFRGS), Sthevan Bernardon Mar (UPF)

Sala **E** (120 lugares) SIMPÓSIO
Qualidade de vida do estudante de Medicina

COORDENAÇÃO: Milton Arruda (USP)
PALESTRANTE: Patrícia Tempiski Fiedler (FEPAR)
RELATOR DOCENTE: Carla Perin Salles (UPF)
RELADORES DISCENTE: Camila Silva Justo (FFFCMPA), Sílvia Bassani Schuch (UPF)

Sala F (120 lugares) PALESTRA
Trabalho médico e sistema capitalista

COORDENAÇÃO: Dagoberto Godoy (UCS)
PALESTRANTE: Jose Erivaldes Guimarães de Oliveira (Secretário Geral da FENAM),
RELADORES DISCENTES: Índrea Facenda Falavigno (UPF), Caroline Balvedi Gaiowski (UPF), Caio César Bezerra da Silva (UFPA)

Sala G (60 lugares) CONVERSANDO SOBRE
Avaliação dos avaliadores; estratégias metacognitivas; avaliação dos PPP;
avaliação dos PPP

COORDENAÇÃO: Sílvia Maria de Aguiar Isaia (UFSM/ UNIFRA)
PALESTRANTES: Carmem Lucia Bezerra Machado (UFRGS), Nilva Rech Stedeille (UCS), Maria Helena Itaquí Lopes (PUCRS)
RELATOR DOCENTE: Maurem Ramos (FAME/UFRGS)
RELATOR DISCENTE: Rafaela Crespo (PUCRS)

11:00 – 13:00

Apresentações Oraís nas safas e de Posters no espaço próprio por áreas temáticas

Comissões de Avaliação e Debatedores

Tarde 14:00 - 18:30h Painéis, Grupos de Trabalho, Oficinas e Conversando Sobre

14:00 – 16:00h

Sala A Anfiteatro (340 lugares) Fórum FNEPAS
Estratégias de trabalho conjunto com outras iniciativas: Ativadores de Mudança, VerSus, Pró-Saúde, Gestão Pactuada e outras

COORDENAÇÃO: Regina Maria Lugarinho da Fonseca (Secretaria Executiva do FNEPAS), Luciana Alves Pereira (Rede Unida), Adriana Aguiar (ABEM)
RELATOR DOCENTE: Elisabete Mitiko Kobayashi Wilson (UEM/PR)
RELATOR DISCENTE: Bernardo Roveda Noronha (UCS)

Sala B (200 lugares) Fórum IV – Atenção Básica e a cadeia do cuidado em saúde
Fórum Nacional de Educação das Profissões de Saúde – FNEPAS e
Escola de Governo da ENSP
GRUPOS DE TRABALHO

Gestão Pactuada para os territórios de aprendizagem em Saúde (continuação)

COORDENAÇÃO: João José N Marins (ABEM/ FNEPAS)
PALESTRANTES: João José N Marins (ABEM/FNEPAS), Graça Helena do Canto (UFF)
FACILITADORES: Thiago Inocência Constancio (UFF), Denize Ornelas (UFF)
RELATOR DOCENTE: Maria Cristina Mazzetti Subtil (UNIPLAC)

RELATOR DISCENTE: Maria Gabriela Lang (UNOCHAPECO)

Sala C (160 lugares) SIMPÓSIO

Promoção da Saúde: como inserir nos currículos médicos?

COORDENAÇÃO: Milton de Arruda Martins (USP/ABEM)

PALESTRANTE (S): Marco Akerman (FMABC), Guilherme Cavalcanti de Albuquerque (FEPAR)

RELATOR DOCENTE: Izabel Cristina Meister Coelho Lemos (FEPAR)

RELATOR DISCENTE: José Mauro Zimmermann Júnior (UFRGS)

Sala D (120 lugares) MESA REDONDA

Evidências Científicas na Formação Médica

COORDENAÇÃO: George Dantas (UFRN)

PALESTRANTES: Ricardo de Lima Zollner (UNICAMP), Airton Tetelbom Stein (FFFCMPA)

RELATOR DOCENTE: Eloá Rossoni (UFRGS)

RELATOR DISCENTE: Jonatas Deon (FFFCMPA)

Sala E (120 lugares) PAINEL

Estágios e vivências no SUS: prós e contras

COORDENAÇÃO: Elson Romeu Farias (SES/RS, ULBRA)

PALESTRANTES: Fernando Maia (UNICAMP/DENEM), Rogério Amoretti (Grupo Hospitalar Conceição)

RELADORES DISCENTES: Glauco Luis Konzen (UFRGS), Camila Viecelli (UCS)

Sala F (120 lugares) MESA REDONDA

Educação à distância: vantagens e limitações

COORDENAÇÃO: Ana Estela Haddad (DEGES/MS)

PALESTRANTES: Lúcia Dupret (EAD/ENSP), Chao Lung Wong (USP)

RELATORE DOCENTE: Renata Rosat (UFRGS)

RELATORE DISCENTE: Daisy Pradella (FFFCMPA)

Sala G -(60 lugares) OFICINA

Capacitação para avaliação de tendência de mudanças nas escolas médicas

COORDENAÇÃO: Jadete Lampert (CAEM-ABEM), Ively Guimarães Abdalla, Gianna Lepre Perim

RELATOR DOCENTE: Carla Perin Salles (UPF)

16h – 16:30h Merenda

16:30 – 18:30h

Sala A Anfiteatro (340 lugares) PAINEL

Criação de novas escolas

COORDENAÇÃO: José Guido Corrêa de Araújo (ABEM)

PALESTRANTES: Ronaldo da Rocha L. Bueno (AMB), Denize Ornelas (UFF/DENEM)

RELADORES DISCENTES: Fairuz Castro (UFRGS), Sthevan Bernardon Mar (UPF)

Sala B (200 lugares) CONFERÊNCIA

Ensino do uso racional de medicamentos durante a formação médica

COORDENAÇÃO: Maria Beatriz Cardoso Ferreira (UFRGS)

PALESTRANTE: Clarice Petramale (ANVISA/MS)

RELATOR DOCENTE: Ari Vieira Lemos Júnior

RELATOR DISCENTE: Stéfano Milano

Sala C (160 lugares) SIMPÓSIO

Educação Médica, inserção internacional

COORDENAÇÃO: Regina Maria Lugarinho (UNIRIO, ABEM)

PALESTRANTES: Luiz N. Ferreira (FEPAFEM), Mário Fresta (CEDUMED), Sawllus Coelho (FDABEM, UFF, DENEM)

RELADORES DOCENTES: Tatiana Lopes de Almeida e Rodrigo Ferrarese (Universidade São Francisco)

RELATOR DISCENTE: Luciana Maria Bernanrdi Cioffi (UCS)

Sala D (120lugares) PAINEL

Gestão da Escola Médica na perspectiva da transformação curricular

COORDENAÇÃO: Derly Streit (FMP)

PALESTRANTES: Álvaro Cabral de Melo Vieira (UPE), Ivan Carlos Ferreira Antonelo (PUCRS), José Tavares Neto (UFBA)

RELATOR DOCENTE: Dagoberto Vanoni de Godoy (UCS)

RELATOR DISCENTE: Natalia Mishima (PUCRS)

Sala E (120 lugares) PAINEL

Necessidades de Médicos no País

COORDENAÇÃO (ES): João José N. Marins (UFF, ABEM)

PALESTRANTES: Geraldo Luiz Moreira (CFM), Luiz Felipe Pinto (FESO), Gilson Saippa de Oliveira (UFF/ENSP)

RELADORES DISCENTES: Jerônimo De Conto Oliveira (UFRGS), Mariana Venturini (UCS)

Sala F (120 lugares) PAINEL

A Residência Médica sob o prisma da ética da profissão: como devem ser abordados os casos pelos Conselhos Regionais de Medicina

COORDENAÇÃO: Maria do Patrocínio Tenório Nunes (Comissão de Residência Médica da ABEM)

PALESTRANTES: Roberto D'Avila (CFM), Gabriel Oselka (CREMESP)

RELATOR DOCENTE: Maria do Patrocínio Tenório Nunes (USP)

RELATOR DISCENTE: Camila Viecceli (UCS)

Sala G (60 lugares) OFICINA (continuação)

Capacitação para avaliação de tendência de mudanças nas escolas médicas

COORDENAÇÃO: Jadete Barbosa Lampert, Ively Guimarães Abdalla e Regina Stella (Caem/ABEM)
RELATORES DOCENTES: Carla Perin Salles (UPF); Jadete Barbosa Lampert (UFSM)

- 1) exercício com o instrumento e esclarecimentos para a aplicação na auto-avaliação da escola;
- 2) capacitação dos participantes na metodologia de avaliação para a realização do exercício avaliativo com o grupo de atores da sua escola e instruções para o envio dos dados à Comissão de Avaliação - instrumento respondido pelo grupo de atores na forma de consenso com justificativas e evidências;
- 3) Termo de adesão e encaminhamentos.

18:00h

Sala A Anfiteatro (340 lugares)

Encaminhamentos de documento final das atividades do 44º.COBEM
Posse da nova Diretoria da ABEM
Cerimônia de Encerramento

CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



6) Apresentar o documento produzido na plenária final do evento.

7) Encaminhar o documento produzido para publicação.

3. TRABALHO DOS RELADORES

A inscrição para atuar como relator (docente/ discente) do COBEM será voluntária e por afinidade com o tema desenvolvido em cada trabalho, desde que o interessado esteja inscrito no congresso.

Cada relator, uma vez desempenhado este papel, receberá um certificado por sua participação e terá seu nome publicado nos anais do congresso, porém não dispensa o pagamento da taxa de inscrição no evento.

Como se inscreve como RELATOR?

De início, as inscrições dos relatores foi divulgada pelas escolas médicas pertencentes à comissão organizadora do COBEM, que se responsabilizaram de enviar indicações de docentes e discentes conforme as atividades da programação. As sugestões foram acolhidas por ordem cronológica de chegada e, se houvesse mais de um relator interessado para a mesma atividade, o(s) subsequente(s) ficava(m) em espera na atividade, podendo ser remanejado para outro trabalho ou manter-se na condição de suplente.

Como vai trabalhar? (fluxograma – anexo 2)

O relator (docente/ discente) terá como atribuições:

- 1) Conhecer e dominar a metodologia proposta pela Comissão de Relatoria por meio de leitura do material instrucional e participação nas reuniões com a comissão.
- 2) Apresentar-se e/ou fazer contato prévio com os palestrantes/ expositores para conhecimento do conteúdo/ sinopse que será apresentado na atividade e da bibliografia recomendada.
- 3) Registrar os principais tópicos (palavras-chaves, descritores) debatidos na atividade, de forma sucinta e objetiva, no formulário eletrônico próprio, já disponível na sala que se desenvolve a atividade.

CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



- 4) Extrair encaminhamentos (sugestões, propostas, moções, etc.) sobre o tema e registrar no quadro disponível no formulário, situando cronologicamente e definindo responsáveis pela concretização das propostas.
- 5) Salvar o formulário na rede, assim que estiver concluído, para a Comissão de Relatoria, sem alterar o nome do arquivo original.
- 6) Ficar a disposição da Comissão de Relatoria para esclarecimentos, se solicitado.
- 7) Contribuir na elaboração do documento final da relatoria, se solicitado.

O fluxograma do processo de relatoria está descrito no anexo 2 e deverá seguir as etapas abaixo:

- 1) Contato eletrônico ANTES DO EVENTO entre os relatores docente e discente, e com o coordenador da atividade para inteirar-se do conteúdo da atividade.
- 2) TÓPICOS PASSADOS NO CONTATO PRÉVIO: os relatores devem trazer em outro documento o material encaminhado previamente pelos palestrantes e depois fazer recorte e colar no documento que a recepcionista vai disponibilizar na sala da atividade.
- 3) No dia da atividade de relatoria deve participar da reunião com a Comissão de Relatoria às 8h para esclarecimentos adicionais.
- 4) Os relatores se dirigem para suas salas com quinze minutos de antecedência, identificam seu formulário no computador, conferem os dados preenchidos na folha de rosto, verificam se alguma correção é necessária e preparam-se para o início da atividade (contato pessoal com o coordenador e palestrantes envolvidos na atividade).
- 5) Ao finalizar a atividade, elaboram a síntese no formulário eletrônico com a contribuição do coordenador(es) e palestrante(s), se necessário for, e liberam o formulário para a Comissão de Relatoria apenas salvando o arquivo no computador SEM ALTERAR O NOME DO DOCUMENTO.

4. ANEXOS

4.1 FORMULÁRIO DE RELATORIA

CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



4.2 FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE RELATORIA

4.3 PERGUNTAS MAIS FREQUENTES

CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



4.1 FORMULÁRIO DE RELATORIA

FOLHA DE ROSTO		
DATA:	HORÁRIO:	SALA:
TIPO DE ATIVIDADE		
TÍTULO:		
SUB-TÍTULO:		
COORDENADOR(ES):		
PALESTRANTE (S): Palestrante 1 (P1): (nome, instituição) Palestrante 2 (P2): (nome, instituição) Palestrante 3 (P3): (nome, instituição) Palestrante 4 (P4): (nome, instituição) ...		
RELADORES	DOCENTE: <i>nome</i> <i>Instituição – forma de contato no evento (celular)</i>	
	DISCENTE: <i>nome</i> <i>Instituição - forma de contato no evento (celular)</i>	
COMISSÃO DE RELATORIA: (nomes, celulares)		

CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



4.1 FORMULÁRIO DE RELATORIA (continuação)

TÓPICOS RECEBIDOS NO CONTATO PRÉVIO (com palestrantes)
Palestrante 1: (<i>nome, instituição</i>) Bibliografia:
Palestrante 2: (<i>nome, instituição</i>) Bibliografia:
Palestrante 3: (<i>nome, instituição</i>) Bibliografia:
Palestrante 4: (<i>nome, instituição</i>) Bibliografia:
ASSUNTOS DEBATIDOS DURANTE A ATIVIDADE
Elaborar uma síntese dos assuntos apresentados/ debatidos sem perder o foco central da atividade.
PALESTRANTE 1- 1a) 1b) 1c) 1d) ...
PALESTRANTE 2- 2a) 2b) 2c) 2d) ...
PALESTRANTE 3- 3a) 3b) 3c) 3d)
PALESTRANTE 4-

CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



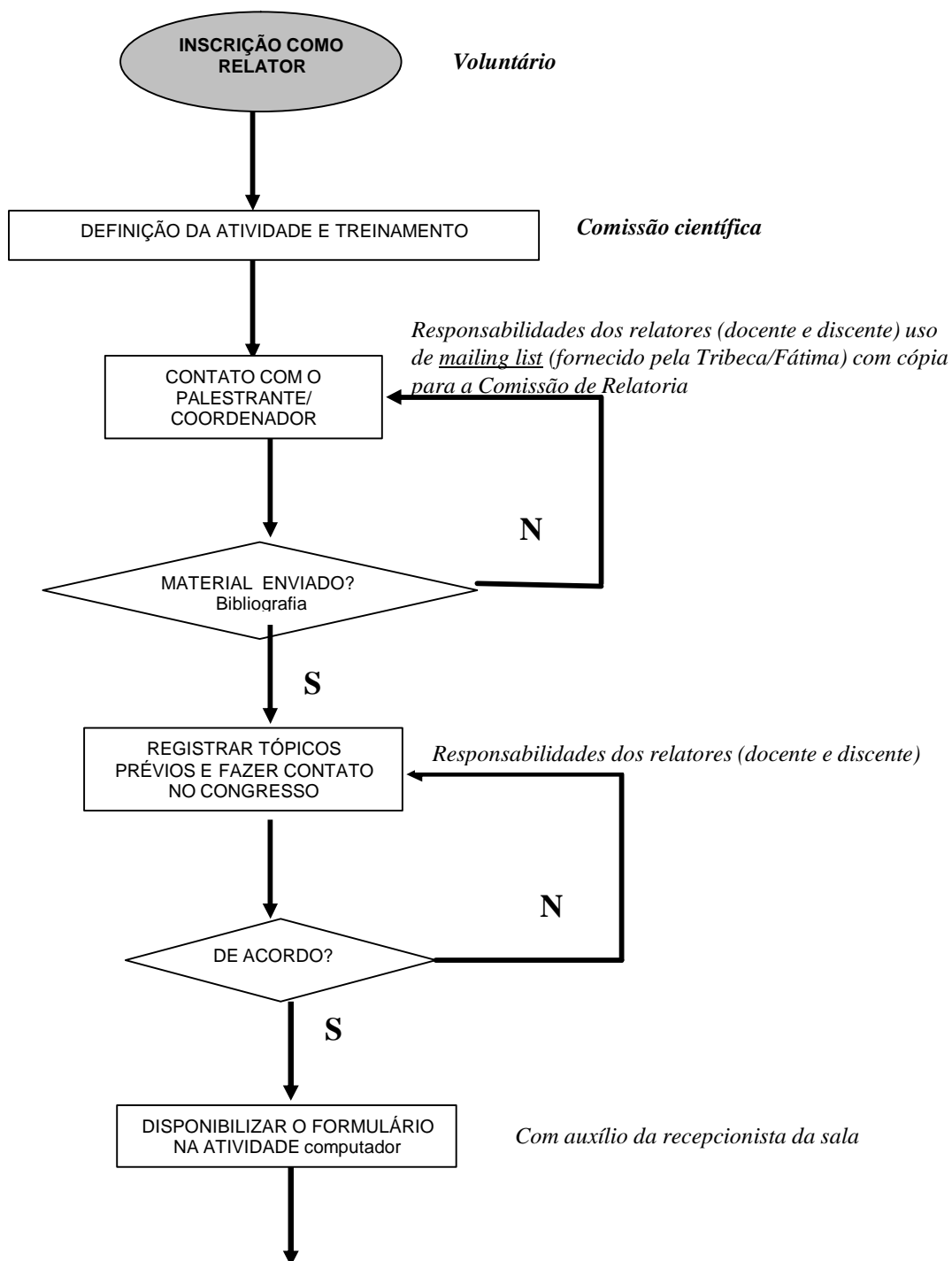
4a)
4b)
4c)
4d)
...

ENCAMINHAMENTOS (sugestões, propostas...)			
#	O QUÊ? (descrição)	QUANDO? (prazo imediato, curto-30dias, médio 30dias-6meses ou longo prazo >1ano)	QUEM? (instituições responsáveis)
1			
2			
3			
4			

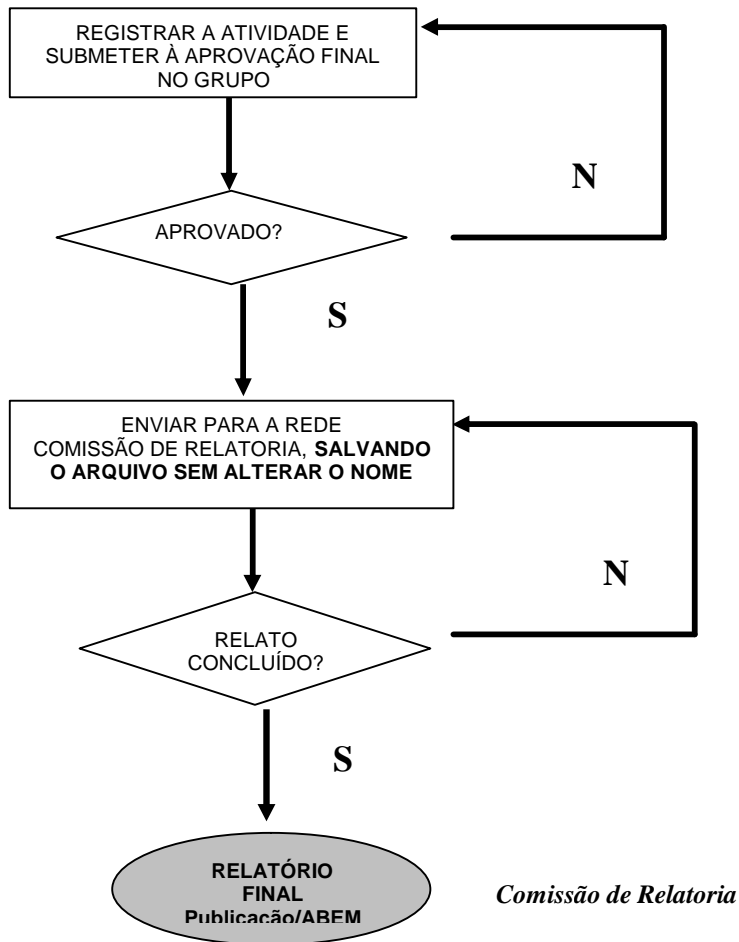
CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



4.2 FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE RELATORIA



CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



4.3 PERGUNTAS MAIS FREQUENTES

Anterior ao COBEM

NÃO RECEBI NENHUM MATERIAL DE ORIENTAÇÃO SOBRE A RELATORIA. O QUÊ DEVO FAZER?

1º) Acessar a página do COBEM (<http://www.cobem.com.br>) e no menu a esquerda tem um link denominado **Relatores** que tem a normatização do processo de relatoria disponível.

2º) Entrar em contato com a Fátima da TRIBECA (fatima@tribecaturismo.com.br) e confirmar seu endereço eletrônico. Se possível utilizar uma conta de e-mail que não corra o risco de devolver mensagens por excesso de correspondência.

PRECISO FAZER CONTATO PRÉVIO COM OS PALESTRANTES DA ATIVIDADE QUE FAREI RELATORIA?

Sim. A intenção é que os relatores (docente/ discente) tenham uma sinopse sobre o tema que será trabalhado na atividade e indicações de bibliografias, fornecidas pelo palestrante.

QUAL A DIFERENÇA ENTRE O DOCENTE E O DISCENTE RELATOR?

Nenhuma porque está sendo proposto um trabalho conjunto e integrado para registro das atividades do COBEM.

SE A ATIVIDADE TEM DOIS TURNOS SEGUIDOS TEREI QUE FAZER O RELATO NOS DOIS MOMENTOS?

Sim, e cada turno terá um formulário de relato distinto em arquivos (documento do MS Word) diferentes mas estarão reunidos na relatoria final por atividade.

ME INSCREVI COMO SEGUNDO RELATOR DE UMA ATIVIDADE. SEREI MANEJADO PARA OUTRA ATIVIDADE?

Poderá sê-lo caso algumas atividades permaneçam sem relatores e se você concordar. Nesse caso o critério para remanejamento será a ordem cronológica de indicação de nomes feita pela escolas médicas.

Durante o COBEM

CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



COMO CONFIRMAR/ VERIFICAR ONDE É A SALA QUE SEREI RELATOR?

- 1º) No e-mail encaminhado pela Fátima antes do evento;
- 2º) No quiosque de informações do congresso situado na entrada do centro de convenções
- 3º) Na sala da Comissão de Relatoria, situada próximo à sala VIP ou ao *Data desk*.

COMO PROCEDER SE O RELATOR DOCENTE OU O DISCENTE NÃO COMPARECER NA ATIVIDADE?

Entrar em contato com a Comissão de Relatoria IMEDIATAMENTE, **por intermédio da recepcionista presente na sala**

CONSTATEI NA SALA QUE O FORMULÁRIO DE RELATORIA NÃO ESTÁ DISPONÍVEL NO COMPUTADOR. O QUÊ FAZER?

Solicitar o auxílio da recepcionista presente na sala e, se não solucionado, acionar a Comissão de Relatoria.

CONSTATEI NA SALA QUE O FORMULÁRIO DE RELATORIA ESTÁ DISPONÍVEL NO COMPUTADOR, PORÉM AS INFORMAÇÕES NÃO CONFEREM COM A ATIVIDADE QUE SERÁ DESENVOLVIDA. O QUÊ FAZER?

Fazer as devidas correções no documento porém SEM ALTERAR O NOME DO ARQUIVO (salvar com outro nome).

DEVO SALVAR O FORMULARIO DE RELATO EM DISQUETE, PEN DRIVE OU CD?

Sugerimos que salve uma copia de segurança em meio eletrônico “móvel”. Nas salas há disquete disponível.

POSSO ALTERAR O NOME DO DOCUMENTO DISPONIVEL NO COMPUTADOR?

Não, em hipótese alguma para não interferir no mecanismo de controle de recebimento dos relatos pela Comissão de Relatoria.

POSSO UTILIZAR COMPUTADOR PESSOAL PARA ELABORAÇÃO DO RELATO?

Não, em hipótese alguma para não interferir no mecanismo de controle de recebimento dos relatos pela Comissão de Relatoria.

A ATIVIDADE EXCEDEU O TEMPO PREVISTO E NÃO FOI POSSÍVEL FINALIZAR O RELATO. COMO PROCEDER?

CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



SE A SALA MANTER-SE DESOCUPADA: ficam sem problema, ate encerrar.

SE A SALA FOR ABRIGAR OUTRA ATIVIDADE: deslocam-se para sala de apoio da Comissão de Relatoria.

MEU RELATO É SOMENTE NA SEGUNDA-FEIRA, POR EXEMPLO. PRECISO PARTICIPAR DE TODAS AS REUNIÕES COM A COMISSÃO DE RELATORIA?

Não necessariamente, no mínimo no dia em que exercerá a função de relator.

HÁ ALGUM PROBLEMA SE O RELATOR NÃO ESTIVER PRESENTE NA PLENÁRIA FINAL?

Não, pois a Comissão de Relatoria fará a síntese dos trabalhos produzidos no grupo sem alterar seus conteúdos.

CONSTITUIÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE RELATORIA



Após o COBEM

HAVERÁ ALGUMA ATRIBUIÇÃO PARA OS RELADORES APÓS O ENCERRAMENTO DO COBEM?

Esperamos que não, contudo, se algum esclarecimento ou contribuição sobre a atividade relatada for necessário a Comissão de Relatoria estabelecerá contato por e-mail com os relatores.

COMO FAÇO SE PRECISAR ENTRAR EM CONTATO COM A COMISSÃO DE RELATORIA QUANDO ACABAR O EVENTO?

Envie uma mensagem para Fátima (TRIBECA) que será redirecionada aos membros da Comissão de Relatoria.

SENDO RELATOR DO 44º COBEM AUTOMATICAMENTE SEREI RELATOR DE OUTROS CONGRESSOS?

Não necessariamente, mas se outros congressos da ABEM tiver atividade de relatoria a experiência/ vivência prévia facilitará o desenvolvimento das atividades e permitirá a consolidação coletiva de trocas e aprimoramento no processo de elaboração de relatos e preparo de documentos com qualidade para publicação.

reunir e revisar todas as relatorias; refazer o programa com base na efetiva realização das atividades científicas; e encaminhar para divulgação e uso dos interessados, garantido memória que vai além de um programa científico proposto nos anais do congresso.

Portanto, esta relatoria se, por um lado, nos permite o acesso a dados e textos desenvolvidos ou enviados pelos palestrantes participantes, por outro, pode apresentar falhas que nos incentivam ao aprimoramento do método, visando o registro que garanta memória e a maior integração entre palestrantes, relatores e congressistas. Também possibilita as pessoas interessadas em temas discutidos, que não podendo participar, possam ter acesso a estes registros e referências.

Ciente das limitações que possam ser sentidas neste primeiro trabalho se tem a segurança quanto à contribuição e ao potencial da continuidade e aprimoramento do método para fortalecer as mudanças propostas na formação dos profissionais da saúde.

A todos que estiveram conosco unidos no esforço desta realização, o agradecimento e o convite para continuar na corrente solidária de construir mudanças.

Jadete Barbosa Lampert (Presidente da Comissão Científica - UFSM)

Evânia Luiza de Araújo (Comissão de Relatoria - UPF);

Cristiane Barelli (Comissão de Relatoria - UPF);

Carla Salles (Comissão de Relatoria - UPF);

Eliana de Andrade Trotta (Comissão de Relatoria - UFRGS);

Cecília Figueira (Comissão de Relatoria - UFES)

Adriano Massuda (Comissão de Relatoria - AMRSP)

Andrei Valériio (Comissão de Relatoria - UCS)