

Experiência de construção coletiva de instrumento autoavaliativo a serviço da formação médica referenciada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) pautadas no Programa Mais Médicos

An experience of collective construction of a self-evaluation instrument in the service of medical education grounded in the National Curricular Guidelines and based on the More Doctors Program (abstract: p. 14)

Experiencia de construcción colectiva de un instrumento autoevaluativo al servicio de la formación médica con referencia en las DCN pautadas en el Programa Más Médicos (resumen: p. 14)

Mara Regina Lemes De Sordi^(a)

<maradesordi14@gmail.com> 

Geisa do Socorro Cavalcanti Vaz Mendes^(b)

<geisavaz@gmail.com> 

Eliana Goldfarb Cyrino^(c)

<eliana.goldfarb@unesp.br> 

^(a,b) Departamento de Estudos e Práticas Culturais, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Rua Bertrand Russell, 801, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil. 13083-865.

Continua pág. 11

continua pág. 11

Apresenta-se a experiência de construção de um instrumento autoavaliativo focado nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de medicina, publicadas em 2014, que referenciam os projetos pedagógicos de cursos (PPCs) das escolas médicas criados a partir do Programa Mais Médicos (PMM). A metodologia de construção dessa ferramenta pautou-se no trabalho coletivo e na interprofissionalidade; e envolveu diferentes olhares e saberes na sua concepção, na definição de dimensões e eleição de indicadores. Após várias rodadas de negociação, o instrumento foi validado e utilizado nos cursos de medicina de universidades federais brasileiras em uma perspectiva formativa de avaliação, favorecendo a identificação das potências e fragilidades dos PPC com destaque aos requerimentos de uma formação no e para o Sistema Único de Saúde (SUS). A força indutora da avaliação contribuiu para a afirmação de ideias-forças que são estratégicas para a implementação de processos contra-hegemônicos na educação médica.

Palavras-chave: Autoavaliação. Diretrizes Curriculares Nacionais. Educação médica. Formação para o SUS. Programa Mais Médicos.

Introdução

Estamos em tempos de novas DCN¹ (2014) para os cursos de medicina, revisadas no âmbito do PMM², que nasceram com a missão de implementar projetos pedagógicos inovadores, cujos princípios formadores sejam a integralidade no cuidado, novo olhar para atenção à saúde e o trabalho em equipe (coletivo)³. Esses princípios alinham-se às necessidades do SUS e da assistência à ordenação da formação, em uma perspectiva de abalar o paradigma dos cursos tradicionais de medicina. Entre essa e outras questões, busca-se reordenar a abertura de cursos de medicina⁴, ofertados a partir de 2013, tendo por base a necessidade de expansão da oferta de vagas nas regiões geograficamente desprovidas de recursos, que são merecedoras de políticas públicas capazes de estimular a fixação dos futuros médicos em áreas remotas ou desassistidas.

Evidentemente, não basta apenas a disposição pessoal de docentes para mudar a realidade de um PPC, em especial na medicina, curso no qual a formação hospitalocêntrica ainda remanesce, reproduzindo uma lógica curricular centrada em conteúdos distribuídos hierarquicamente por disciplinas, as quais compartimentalizam as aprendizagens em espaços educativos distantes da realidade. A existência de (novas) DCN que defendem o ensino mais integrado ao SUS³ e currículos com estratégias inovadoras não nos autoriza a entender que está garantido, na prática, algo novo promotor de rupturas do modelo pedagógico hegemônico de ensino superior.

Mudanças paradigmáticas densas implicam vontade política institucional, promotoras de condições objetivas que sustentem trabalhos pedagógicos diferenciados e desafiem os professores universitários a superarem limitações em relação aos saberes pedagógicos⁵, oriundos da formação inicial que forma o profissional em um campo específico. Essa mudança requer projetos de desenvolvimento docente⁶ para que boas ideias e práticas possam se concretizar. Há que se entender as claudicações de um processo de mudança na forma de organizar as dinâmicas curriculares em graduações da saúde, que podem ocorrer em distintos níveis, tanto na explicitação dos objetivos (micro e macrosociais) do curso quanto no uso dos métodos inovadores⁶ de ensino e aprendizagem.

Outra inquietante questão que constrange a amplitude da mudança está ligada aos diferentes cenários educativos para a prática do modelo de formação em desenvolvimento e na potência das alianças estratégicas com os serviços de saúde locais, de modo a superar a dicotomia teoria-prática. Mudanças dessa ordem em cursos da saúde requerem aproveitamento de condições recém-criadas, tais como o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde⁷ (Coapes), para afirmar formas de articulação entre escolas e sistema de saúde local capazes de afetar longitudinalmente a formação tanto inicial quanto continuada e permanente dos profissionais. Mudanças formativas que buscam alterar as condições de assistência em saúde prestada aos usuários da região, revelando a responsabilidade social⁽⁸⁾ dos cursos recém-criados exatamente para tal fim.

⁽⁸⁾ Utilizamos aqui o termo “responsabilidade social” tanto no sentido de se refletir sobre o significado, as consequências sociais das práticas em saúde de cada estudante e/ou profissional no processo de trabalho médico com o outro e com as instituições, estimulando a construção de vínculo e corresponsabilidade terapêutica; quanto na realização de práticas coletivas na saúde e suas consequências e implicações sociais com relação a pessoas, territórios e sistema público de saúde.

Percebe-se, assim, que a complexidade da formação médica cresce quando se busca como imagem de futuro uma formação humanizada e pautada na integralidade do cuidado, uma formação interprofissional⁸ e implicada socialmente. Como se depreende, mudanças no eixo da formação em saúde geram conflitos e vez por outra se confrontam com inúmeros interesses políticos e corporativistas, que extrapolam a governabilidade dos atores e lhes afeta um pouco o ânimo.

Nesse sentido, cabe assumir o dilema ético de bem formar aqueles que cuidarão da saúde de um povo, inserido em condições de vida e produção material, marcadamente desiguais, que afetam suas formas peculiares de viver e morrer com dignidade. Pertence aos coletivos dos cursos de formação profissional em saúde a titularidade na dupla quebra dos paradigmas em que estão envolvidos. Precisam mudar formas de ensinar e aprender⁹ saúde para produzirem transformações nos dois cenários: escolas e serviços.

As DCN (2014) para os cursos de medicina propiciam essas rupturas e elegem várias ideias-forças que podem produzir pistas e deixar rastros que evidenciem os diferentes caminhos trilhados pelas instituições de ensino superior (IES) para a concretização de seus PPC. Tais ideias servem como marcadores inegociáveis que orientam as decisões curriculares e pedagógicas, que devem ser levadas a cabo pelos gestores dos cursos de medicina preferencialmente organizados nos Núcleos Docentes Estruturantes¹⁰ (NDE); instância que propicia a produção de reflexões implicadas com a qualidade social de suas práticas e atenta aos desdobramentos destas nos serviços de saúde locorregionais.

Logo, não se trata tão somente de revolucionar formas de transposição didática¹¹ ou aprendizagem de recursos metodológicos para inovarem práticas de ensino, tornando-as ativas¹² e reflexivas. Cabe registrar que processos inovadores se constroem em um tempo e espaço, não podem ser percebidos com uma mera produção externa, nem ingenuamente como algo espontâneo e independente. A inovação está além do mero resultado da inserção de novidades técnicas e tecnológicas como dispositivos modernizantes¹³. Tratam-se de rupturas que envolvem preliminarmente a inovação no campo das concepções de saúde e doença, das formas de gestão e educação em saúde, na compreensão do que está por trás de uma formação pautada no trabalho, nos cenários reais da prática e realizada em conjunto com demais profissionais da área em diálogo complementar e solidário.

Mudar a metodologia do ensino é medida interessante para potencializar o desenvolvimento de competências e habilidades de maior complexidade nos estudantes. Porém, essa decisão é condicionada pela prévia e inequívoca deliberação do lugar onde se pretende chegar. O porquê, o para quê e o para quem são mais importantes do que o como. Subverter essa ordem afeta o alcance dos resultados da mudança.

Frente a esse cenário, construímos o projeto “Avaliação do desenvolvimento da dimensão Formação para o SUS no Programa Mais Médicos: mapeamento das ações de expansão de vagas, da criação de novos cursos e da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em escolas médicas federais brasileiras”^(h). Tal projeto foi realizado junto com as escolas médicas de instituições de ensino superior federais – implantadas a partir de 2013 – e tinha como objetivo principal conhecer o desenvolvimento da dimensão “Formação para os SUS” do PMM a partir do mapeamento das ações de expansão de vagas, da criação de novos cursos e da

^(h) Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Parecer nº 2.649.509, de 11 de maio de 2018.

implantação das DCN (2014) em escolas médicas federais brasileiras, na perspectiva da qualificação do SUS. A proposta foi concebida, em 2017, em conjunto com edital da revista *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) Brasil e o Ministério da Saúde, para a edição do Suplemento Temático da revista *Interface* sobre o tema “Desenvolvimento e Expansão do Ensino em Saúde no Brasil”; que contou com participação de pesquisadores de diversas instituições de ensino e de gestão pública e com o apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e financiamento da OPAS; e cujo objetivo era descrever e analisar as políticas recentes de reorientação da formação médica.

No desenvolvimento do projeto de mapeamento, optamos por construir um instrumento de avaliação que fosse capaz, simultaneamente, de propiciar a coleta de evidências empíricas indicativas dos avanços e fragilidades de cursos novos de medicina de instituições federais de educação superior (IFES). Além disso, seria uma ferramenta que poderia servir de guia reflexivo das ideias-forças presentes na proposta, ensejando práticas de autoconhecimento institucional do estágio em que o curso se encontra e as formas de superação a serem construídas para transformar fragilidades em pontos de melhoria potencial. Portanto, nesse texto, socializamos essa experiência que envolveu diferentes olhares e saberes na concepção do instrumento, na definição de dimensões e na eleição de seus indicadores com vistas a suscitar a autoavaliação à implementação do projeto pedagógico.

A avaliação e seu potencial iluminador dos destinos de um curso

Muitos são os argumentos que apontam a importância da avaliação¹⁴⁻¹⁶ como promotora de melhorias, quer seja no campo educacional, profissional ou pessoal. Todos eles coincidem na defesa da avaliação como evidenciadora das potencialidades e fragilidades do processo e enaltecem sua capacidade de produzir movimento e gerar ações no sentido de transformar a realidade vigente. Isso revela a natureza política dos processos de avaliação. Essa face política se revela ao concebermos modelos avaliativos^{14,15-17} que valorizem os processos de produção de qualidade nos cursos (princípios da avaliação formativa) sem descuidar do alcance de determinados resultados (avaliação somativa), afastando-se das finalidades de ranqueamento¹⁷⁻¹⁹ puro e simples que pouco acrescentam de qualidade social à realidade dos serviços de saúde.

O eixo formação para o SUS presente nas DCN aponta para um conjunto de ideias-forças que induz a construção de um trabalho pedagógico em saúde intencional e que pode valer-se da centralidade da avaliação para pavimentar os caminhos da inovação que estão em curso.

Há que se pensar um projeto-processo de avaliação que dialogue com as DCN, com os pressupostos do SUS e com o PPC dos cursos da área da saúde referenciados por uma formação humana e ética. Não há como aprender e trabalhar na saúde longe dos cenários da prática, longe da realidade de vida das pessoas. Não há como se tornar crítico e reflexivo em trabalho pedagógico que não possibilite diálogos plurais e protagonismo dos estudantes. Não há como avançar no desenvolvimento de competências mais abrangentes na formação em saúde se descuidarmos da avaliação em processo. Isso posto,



não há como esperar por bons resultados se descuidarmos do processo de construção *pari passu* dessa qualidade. Defendemos que a avaliação formativa¹⁵⁻¹⁸ preenche essa lacuna e tem como sua pedra de toque o processo de autoconhecimento, autoavaliação e autorregulação local. Pertence aos atores locais¹⁷ a titularidade para se perceberem atuando em favor dessas ideias-forças, e nesse sentido, a proposição de um instrumento avaliativo com essa vocação é o foco deste relato de experiência.

Um instrumento autoavaliativo: meio para um fim claramente pactuado

A construção de um instrumento de avaliação é sempre escolha que envolve e expressa determinada ética-epistemologia¹⁷⁻¹⁹. Admitimos que projetos pedagógicos inovadores dependem do envolvimento do coletivo. Assim, a proposição de um instrumento de avaliação, no âmbito do projeto de pesquisa referido, não poderia desconsiderar igualmente a perspectiva da escuta e construção coletivas. Para tal, elegemos como metodologia de construção o envolvimento de todos os pesquisadores do projeto acrescidos de outros colaboradores com reconhecida *expertise* no campo das políticas e programas reorientadores do eixo da formação em saúde.

Podemos afirmar que essa atividade foi favorecida pelo perfil interprofissional do grupo, que levou a diferentes olhares e perspectivas de análise para planejar um instrumento claro o suficiente para situar as categorias, suas dimensões e indicadores capazes de tornar inteligíveis os compromissos com o eixo da formação para o SUS e ensejar um trabalho de autorreflexão e autorregulação por parte dos NDE dos cursos de medicina envolvidos no projeto em futuras visitas *in loco*.

Várias oficinas e reuniões de estudo permitiram aproximações continuadas dos pesquisadores na direção de um trabalho de tradução passível de instigar as comunidades dos cursos de medicina a pensar suas escolhas, suas omissões e suas resistências frente ao novo modelo formativo.

A socialização dessa experiência alternativa e complementar de avaliação visa reconfigurar o campo de forças que atravessam a avaliação externa da qualidade dos cursos, sobremaneira marcada pela avaliação de resultados e pela postura defensiva e não dialógica com os avaliadores. Busca ainda incentivar práticas de autoavaliação localmente realizadas e devidamente orientadas por uma matriz que congrega ideias-forças de modo a contribuir para dar materialidade aos sentidos da inovação curricular, cumprindo importante papel pedagógico-político.

No bojo do projeto de pesquisa, a criação dessa matriz avaliativa foi realçada e considerada chave para nortear a visita *in loco* dos pesquisadores na comunidade local dos cursos, referenciada em uma prática dialógica pautada em Freire⁹ e apoiada pela figura do amigo crítico defendida por MacBeath²⁰, já experimentada em modelos avaliativos anteriores, como no Programa de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)⁽ⁱ⁾ com bons resultados conforme assinalam Sordi et al.²¹.

⁽ⁱ⁾ Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Edital de Convocação nº 24, de 15 de dezembro de 2011. Brasília, DF: SGTES; 2011.



Cabe destacar que o instrumento autoavaliativo (denominado de Instrumento 3) se correlacionava com outras formas de coleta, visando a uma perspectiva mais abrangente da realidade dos cursos de medicina integrantes da pesquisa, a saber: matriz de análise do PPC; roteiro de entrevista com o coordenador de curso acerca da fase de implementação da proposta; roteiro para conversa com grupo de estudantes sobre as percepções das fragilidades, das fortalezas, do envolvimento e da participação na construção do curso; e narrativa dos pesquisadores de campo.

O Instrumento 3 (autoavaliação), foco deste relato de experiência, é composto de três blocos. Inicialmente, é acompanhado de uma orientação para o preenchimento; em seguida, há dois blocos, que compõem duas categorias e suas dimensões, as quais são avaliadas por descritores e classificadas em uma escala Likert. O último bloco é composto por um rol de questões abertas que instigam uma reflexão coletiva sobre o curso. Nesse sentido, busca-se exercitar um pacto de qualidade coletivamente negociado¹⁷ entre os pesquisadores que orienta o olhar avaliativo de outro coletivo, situado no curso de medicina, que, estrategicamente, é instigado a se olhar, a se reconhecer e a deliberar de modo coletivo sobre os futuros passos garantidores dos avanços do projeto de inovação curricular. Apresentamos a seguir o modelo do Instrumento 3 resultado desta experiência.

Instrumento 3 – Roteiro autoavaliativo de repercussões esperadas nos cursos de medicina criados a partir do PMM

Este instrumento deverá ser preenchido pela coordenação do curso de medicina de forma individual ou coletiva conforme cultura local (indica-se a pertinência do envolvimento do NDE no processo, mas não é obrigatório). A participação nesta etapa é indispensável para o planejamento da visita *in loco*, cujo foco é fortalecer a comunidade local para o adensamento dos trabalhos voltados ao eixo “Formação para o SUS” em cumprimento às metas do PMM.

Trata-se de focar as reflexões sobre o processo de implementação do PPC à luz das novas DCN e do PMM.

Prezado coordenador de curso/NDE

Considere a proposta de trabalho desenvolvida pelo curso, expresse sua opinião sobre os tópicos listados nos quadros de acordo com a legenda abaixo.

A) Sim	B) Em parte	C) Não	D) Tenho dúvidas
--------	-------------	--------	------------------



I – Reflexão acerca do projeto pedagógico do curso, suas categorias e dimensões

Categoria 1. Proposta pedagógica do curso

Dimensão 1.1 – Princípios norteadores do projeto pedagógico	A	B	C	D
Expressa o perfil de um médico com formação humanista, crítica, reflexiva e eticamente implicado com um modelo de atenção à saúde equânime, integral e resolutivo.				
Estimula o pensamento crítico-reflexivo como fundamento para a transformação da realidade de saúde.				
Articula teoria e prática subsidiando processos de intervenção profissional no território condizentes com a responsabilidade social.				
Promove a participação dos sujeitos envolvidos na implementação de políticas públicas de saúde garantindo seus protagonismos.				
Auxilia a articulação das políticas públicas para enfrentamento da complexidade dos problemas sociais que repercutem na saúde das comunidades.				
Apoia-se nos processos de trabalho em saúde problematizando a realidade locorregional.				
Propõe a gestão democrática/participativa como estratégia para o desenvolvimento do trabalho coletivo em saúde.				
Organiza-se em torno de objetivos claramente definidos e coerentes com a estrutura curricular e contexto educacional.				
Direciona as principais decisões pedagógicas e políticas do curso, sendo de conhecimento de toda a comunidade.				
Ensina a partir dos determinantes sociais da doença.				
Centra-se no ensino baseado na comunidade.				
Dimensão 1.2 – Conteúdos curriculares	A	B	C	D
Mostram-se coerentes com as DCN e o PPC.				
Subsidiem a formação do médico generalista.				
Abrangem temas ligados aos direitos humanos, justiça social, sustentabilidade ambiental e diversidade cultural.				
Respeitam a carga horária proposta (adequação).				
Utilizam o SUS como ordenador da formação.				
Consideram a segurança dos usuários.				
Dimensão 1.3 – Princípios metodológicos	A	B	C	D
Estimula o diálogo entre os diferentes saberes dos atores, problematizando-os a partir dos princípios do SUS.				
Considera a realidade do contexto local articulado com as demais instâncias do SUS como ponto de partida das aprendizagens.				
Estimula a formação de "coletivos de aprendizagem" comprometidos com o processo de gestão do cuidado.				
Valoriza os princípios dos processos ativos de aprendizagem que privilegiam o desenvolvimento de capacidades críticas e reflexivas dos estudantes na prática profissional e nas necessidades de saúde da população.				
Incorpora diferentes profissionais da saúde na formação do médico estimulando a cogestão do processo de ensino e aprendizagem.				
Trabalha com dispositivos de todas as densidades tecnológicas para fundamentar a ação profissional do futuro médico.				
Dimensão 1.4 – Processos de mediação pedagógica	A	B	C	D
Favorecem o desenvolvimento de atividades em equipe tomando os processos de trabalho em saúde como ponto de partida.				
Integram o curso/disciplina/módulo com o sistema de saúde local e regional.				
Influenciam o sentido de pertencimento do estudante à rede local de serviços de saúde.				
Ampliam a implicação do estudante na rede e no território.				

Continua.

**Categoria 1.** Proposta pedagógica do curso

Dimensão 1.4 – Processos de mediação pedagógica	A	B	C	D
Ensinam o respeito à diversidade e o enfrentamento das desigualdades sociais.				
Incorporam saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas no diálogo com os estudantes.				
Usam o erro de modo formativo.				
Respeitam uma relação alunos-docente ou preceptor de no máximo 8 em cada cenário da prática (excelência 4).				
Empodera os estudantes para participarem do trabalho pedagógico e na avaliação de suas aprendizagens.				
Dimensão 1.5 – Processo de avaliação das aprendizagens no curso	A	B	C	D
Utiliza a avaliação como ato de comunicação entre professores/estudantes/preceptores, oportunizando o desenvolvimento humano e profissional.				
Garante a participação dos estudantes na avaliação das aprendizagens.				
Estimula os processos de autoavaliação.				
Inclui profissionais dos serviços como pares avaliativos.				
Correlaciona dados da avaliação externa (ENADE, CPC) com os resultados das avaliações nas disciplinas.				
Contempla competências e habilidades do perfil profissional proposto no PPC e mostra-se coerente com os objetivos do curso.				
Propicia a participação dos discentes no acompanhamento e na avaliação do PPC.				

Categoria 2. Ideias-forças das DCN na formação profissional médica

Dimensão 2.1. Trabalho coletivo em Saúde	A	B	C	D
Fortalece a compreensão da natureza do trabalho coletivo em saúde democratizando o processo de gestão do cuidado.				
Estimula a responsabilização coletiva pela gestão do cuidado contribuindo para a segurança do paciente.				
Empodera o estudante para lidar com situações de saúde e agravos de maior prevalência.				
Enfatiza o ensino voltado aos cuidados integrais em saúde e atuação interprofissional.				
Incorpora outros profissionais na formação do médico.				
Dimensão 2.2. Capacidade de gestão para o SUS	A	B	C	D
Fundamenta os estudantes para compreender a pactuação entre os diferentes gestores e instâncias para a regulação da assistência à saúde.				
Instrumentaliza o planejamento de ações gestoras com definição de prioridades, metas e ações de monitoramento e avaliação, na perspectiva da organização das redes.				
Discute a responsabilização participativa dos profissionais de saúde frente às políticas de saúde.				
Desenvolve a capacidade de liderança propositiva e aglutinadora para o SUS.				
Contribui para o desenvolvimento do compromisso profissional na defesa dos usuários do SUS.				
Propicia o desenvolvimento de habilidades de negociação e pactuação coletivas.				
Instrumentaliza o desenvolvimento de processos democráticos de trabalho para tomada de decisão.				
Estimula a participação dos usuários na implementação e controle social sobre a política de saúde.				
Discute a intersetorialidade como inerente/fundamental ao processo decisório dos gestores do SUS.				

Continua.

**Categoria 2.** Ideias-forças das DCN na formação profissional médica

Dimensão 2.3 Integração escola-serviços de saúde-comunidade	A	B	C	D
Integra profissionais dos serviços de saúde nas atividades de planejamento, execução e avaliação da proposta pedagógica do curso.				
Embasa as discussões e aprendizagens dos futuros médicos a partir das necessidades de saúde locais.				
Utiliza os cenários da rede de atenção como espaços educativos privilegiados e estratégicos na formação médica.				
Envolve os diferentes profissionais da saúde na formação do médico.				
Desenvolve estágios curricular supervisionado com mínimo de 30% da CH voltada a medicina geral da família e comunidade, urgência e emergência, sendo a carga-horária restante distribuída entre clínica médica; pediatria; ginecologia e obstetria; clínica cirúrgica; saúde coletiva; e saúde mental.				
Inser o estudante na comunidade e/ou nos serviços de saúde, desde o início do curso, com ênfase no cenário da atenção básica e nos mecanismos de participação da sociedade civil organizada.				
Reforça a importância da participação do usuário.				
Instrumentaliza ações fomentadoras do controle social.				
Dimensão 2.4. Educação em saúde	A	B	C	D
Estimula o empoderamento dos usuários no processo saúde-doença.				
Dialoga com os saberes que os usuários possuem com respeito às diferenças culturais, religiosas e outras.				
Comunica-se com os usuários de modo claro, garantindo-lhes o esclarecimento acerca das questões que afetam sua saúde e seus direitos.				
Desenvolve práticas de educação permanente em saúde.				
Dimensão 2.5. Humanização do cuidado e segurança do usuário do SUS	A	B	C	D
Valoriza práticas de acolhimento e escuta sensível dos usuários nas necessidades e demandas de saúde.				
Implica-se com a resolutividade da rede de atenção.				
Ensina na perspectiva da segurança dos usuários do SUS.				
Dimensão 2.6. Responsabilidade social	A	B	C	D
Compreende a importância da criação do curso em relação às demandas do entorno social.				
Induz o desenvolvimento de pesquisas sobre doenças prevalentes na comunidade local/regional.				
Compromete-se com a melhoria dos indicadores de saúde da comunidade local/regional.				
Oportuniza a comunidade acadêmica exercer a responsabilidade social.				
Estabelece parcerias com a comunidade local/regional para a concepção, planejamento e execução das atividades educacionais.				
Realiza atividades de extensão considerando as demandas locais/regionais.				



II – Reflexões coletivas sobre o curso

Considerando a reflexão sobre as categorias e dimensões acima, solicitamos que o coletivo do curso/NDE se posicione frente aos questionamentos que se seguem.

1. Em relação à missão social do curso e da escola médica frente ao entorno:

a) Como se avalia o compromisso do curso com a realidade regional do SUS?

b) Como o curso percebe que está alcançando a formação do médico generalista almejado?

c) O curso tem conseguido ter uma orientação problematizadora em seu processo de ensino-aprendizagem? Como?

d) A avaliação institucional tem proporcionado melhorias na implementação do curso? Como?

e) Como tem se dado a participação de docentes, estudantes e comunidade na avaliação do curso?

f) O curso tem pactuado integração ensino-serviço-comunidade por meio de Coapes? Se sim, como tem se dado? Se não, por que não tem se concretizado?

2. Dando prosseguimento à reflexão sobre o processo de implementação do curso, indique:

a) Potências do curso:

b) Pontos de melhoria potencial:

c) Dificuldades enfrentadas pela comunidade do curso:

d) Sinalize formas de superação já acionadas pelo curso e áreas em que são necessárias ajudas.

Apoiando o protagonismo das instituições de ensino superior em busca da mudança nas formações

Destacamos aqui que a razão principal de publicarmos esta experiência nos remete à possibilidade de socializar um instrumento avaliativo que se afasta da perspectiva maniqueísta do tipo bom-ruim; certo-errado. Busca-se reinventar um jeito de usar a avaliação a serviço de aprendizagens que subsidiem uma forma de produzir saúde mais implicada socialmente, sem que seja a avaliação causadora de constrangimento e afastamento entre avaliadores e avaliados. Uma avaliação mediada por um instrumento que recupera diálogos e alianças estratégicas e solidárias em nome de uma causa. Um instrumento pedagógico e político que pode permitir e apoiar protagonismos da comunidade envolvida nas mudanças curriculares, na busca por maior integração entre a formação e o trabalho na saúde; o fomento à mudança no ensino na saúde; e o apoio ao desenvolvimento profissional na rede de serviços e de gestão, assim como a ampliação da participação popular.

O Instrumento 3, longe de pretender ser “a” solução para os complexos problemas que envolvem as transformações das bases da formação médica, procura incentivar a produção de análises sobre o desenvolvimento dos PPC de todas as profissões da saúde, tendo como norte a formação para o SUS, a valorização da formação pelo trabalho nos cenários da atenção primária e a construção do trabalho em rede. Trata-se assim de realçar as ideias-forças dos PPC e estimular as comunidades dos cursos e serviços a identificarem o estágio atual em que se encontram e onde pretendem chegar, recuperando o sentido ético-político da formação médica. Entre o tudo, o nada e o historicamente possível, o instrumento ajuda a direcionar o olhar e as decisões para os eixos basilares das mudanças que não podem ser adiadas e muito menos desprezadas. Ele é um meio para que as comunidades dos cursos e serviços da saúde assumam a titularidade que lhes cabe para atingir o bem comum, ou seja, saúde para todos os brasileiros.

Autores (continuação)

Fabíola Lucy Fronza Alexandre^(d)

<fabiolafronza.alexandre@gmail.com> 

Cássia Marisa Manoel^(e)

<btcamari@gmail.com> 

Cesar Vinicius Miranda Lopes^(f)

<cesarviniciuslopes@gmail.com> 

Filiação (continuação)

^(c, e) Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil.

^(d) Faculdade Cosmos de Manaus, Instituto Cosmos de Ensino Superior Ltda. Manaus, AM, Brasil.

^(f) Fundação Estatal Saúde da Família. Salvador, BA, Brasil.

Contribuições dos autores

Mara Regina Lemes De Sordi, Geisa do Socorro Cavalcanti Vaz Mendes, Eliana Goldfarb Cyrino e Fabíola Lucy Fronza Alexandre participaram da concepção e delineamento do trabalho, da redação e da revisão do manuscrito. Cássia Marisa Manoel e Cesar Vinicius Miranda Lopes participaram da revisão crítica do conteúdo e da redação. Todos os autores participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos a participação de professore(a)s universitário(a)s, profissionais de saúde do SUS, estudantes de medicina, técnico(a)s do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e profissionais da OPAS Brasil que acreditaram nesse rico processo de construção coletiva deste instrumento; muito mais do que isso, nesse rico movimento de valorização das novas escolas médicas federais construídas em parceria com as redes de atenção municipais e regionais no SUS.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 23 Jun 2014 [citado 16 Dez 2018]; Sec. 1, p. 8-11. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
2. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 23 Out 2013 [citado 16 Dez 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
3. Furlanetto DLC, Bastos MM, Silva Júnior JW, Pinho DLMI. Reflexões sobre as bases conceituais das diretrizes curriculares nacionais em cursos de graduação em saúde. *Comun Cienc Saude*. 2014; 25(2):193-202.
4. Oliveira FP, Pinto HA, Figueiredo AM, Cyrino EG, Oliveira Neto AV, Rocha VXM. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23 Supl 1: e170949. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.170949>.
5. Silva EVM, Oliveira MS, Silva SF, Lima VV. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. São Paulo: CONASEMS; 2015.
6. Abreu MA, Masetto MT, Abreu MC. O professor universitário em aula: prática e princípios teóricos. 11a ed. São Paulo: Cortez; 1999.
7. Brasil. Ministérios da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.127, de 4 de Agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 5 Ago 2015 [citado 11 Ago 2019]; Sec 1, p.193-6. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>
8. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22 Supl 2:1739-49. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.
9. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.



10. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CONAES nº 1, de 17 de Junho de 2010. Normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências [Internet]. Brasília: CONAES; 2010 [citado 20 Dez 2018]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6885-resolucao1-2010-conae&category_slug=outubro-2010-pdf&Itemid=30192
11. Chevallard Y. Sobre a teoria da transposição didática: algumas considerações introdutórias. *Rev Educ Cienc Mat.* 2013; 3(2):1-14.
12. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semin Cienc Soc Hum.* 2011; 32(1):25-40. doi: <https://doi.org/10.5433/1679-0359.2011v32n1p25>
13. Cunha MI. Inovações na educação superior: impactos na prática pedagógica e nos saberes da docência. *Em Aberto.* 2016; 29 (97):87-101.
14. Dias Sobrinho J. Avaliação como instrumento da formação cidadã e desenvolvimento da sociedade democrática: por uma ético-epistemologia da avaliação In: Ristoff D, Almeida Junior VP. *Avaliação Participativa, perspectivas e desafios.* Brasília: INEP; 2005. p. 15-38.
15. Fernandes D. *Avaliar para aprender: fundamentos, práticas e políticas.* São Paulo: Editora Unesp; 2009.
16. Leite D, organizadora. *Avaliação participativa e qualidade: os atores locais em foco.* Porto Alegre: Sulina; 2009.
17. Sordi MRL, Luiz CF. Responsabilização participativa. *Rev Retratos Esc.* 2013; 7(12):87-99.
18. Hadji C. *Avaliação desmistificada.* Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.
19. Sordi MRL. Implicações ético-epistemológicas da negociação nos processos de avaliação institucional participativa. *Educ Soc.* 2012; 33(119):485-510. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302012000200009>.
20. Meuret D, Macbeath J, Jakobsen LB, Schratz M. *A história de Serena: viajando rumo a uma Escola melhor.* Porto: Asa Editores; 2005.
21. Sordi MRL, Lopes CVM, Domingues SM, Cyrino EG. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. *Interface (Botucatu).* 2015; 19 Suppl 1:731-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1079>.



This article presents the experience of construction of a self-evaluation instrument focusing on the new National Curricular Guidelines (DCN) for Medicine programs, published in 2014, which ground the pedagogical projects of medical schools' courses created in the context of the More Doctors Program. The methodology of construction of this tool was based on collective work and interprofessionality and involved different perspectives and types of knowledge in its conception, in the definition of dimensions, and in the election of indicators. After many negotiation rounds, the instrument was validated and has been used in medicine courses of Brazilian federal universities in a formative perspective of evaluation, favoring the identification of strengths and weaknesses of the courses' pedagogical projects, emphasizing the requirements of an education in and for the Brazilian National Health System (SUS). The inductive strength of the evaluation contributed to the affirmation of ideas-forces that are strategic to the implementation of counter-hegemonic processes in medical education.

Keywords: Self-evaluation. National Curricular Guidelines. Medical education. Education for SUS. More Doctors Program.

Se presenta la experiencia de construcción de un instrumento autoevaluativo enfocado en las nuevas Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de medicina, publicadas en 2014, que sirven de referencia a los proyectos pedagógicos de cursos (PPC) de las escuelas médicas, creados a partir del Programa Más Médicos (PMM). La metodología de construcción de esa herramienta tuvo como base el trabajo colectivo y la inter-profesionalidad, envolvió diferentes miradas y saberes en su concepción, en la definición de dimensiones y en la elección de indicadores. Después de varias rondas de negociación, el instrumento se validó y utilizó en los cursos de medicina de universidades federales brasileñas desde una perspectiva formativa de evaluación, favoreciendo la identificación de las potencias y fragilidades de los PPC, destacando los requisitos de una formación en el SUS y para el SUS. La fuerza inductora de la evaluación contribuyó para la afirmación de ideas-fuerzas que son estratégicas para la implementación de procesos contrahegemónicos en la educación médica.

Palabras clave: Autoevaluación. Directrices Curriculares Nacionales. Educación Médica. Formación para el SUS. Programa Más Médicos.

Submetido em 15/08/19.

Aprovado em 02/10/19.