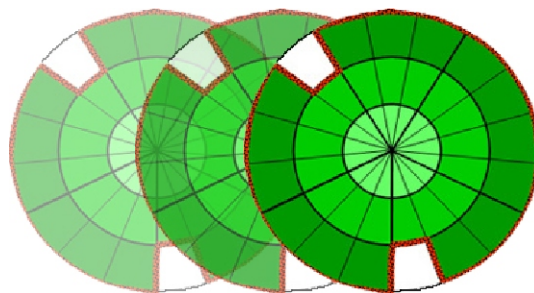


Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM
Comissão de Avaliação das Escolas Médicas - CAEM

AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS MUDANÇAS
NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DAS ESCOLAS
BRASILEIRAS DA ÁREA DA SAÚDE



Objetivos, metodologias e resultados preliminares
2006 - 2009

Rio de Janeiro
2009



© 2009 - Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM

A responsabilidade pelos direitos autorais de texto e imagem dessa obra é da Comissão Gestora da CAEM/ABEM.

Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

Equipe Gestora da CAEM

Jadete Barbosa Lampert
Gianna Lepre Perim
Rinaldo Henrique Aguilar da Silva
Regina Celes de Rosa Stella
Ively Guimarães Abdalla
Nilce Maria da Silva Campos Costa

Elaboração, distribuição e informações:

Associação Brasileira de Educação Médica Abem
Comissão de Avaliação das Escolas Médicas - Caem
Av. Brasil, 4036 salas 1006/1008
Manguinhos Rio de Janeiro
CEP. 21040-361 RJ
Tel (21) 2260-6161 / 2573-0431
Fax (21) 2260-6662
E-mail: caem@abem-educmed.org.br
<http://www.caem.org.br>

Apoio:
Ministério
da Saúde



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Associação Brasileira de Educação Médica.
Comissão de Avaliação das Escolas Médicas:
objetivos, implementação e resultados preliminares 2006-2009
/autores, Jadete Barbosa Lampert, Gianna Lepre Perim, Rinaldo
Henrique Aguilar da Silva, Regina Celes de Rosa Stella, Ively
Guimarães Abdalla, Nilce Maria da Silva Campos Costa
Rio de Janeiro : Ed. Abem; 2009.

12p. : il

I. Educação Médica. II. Reformas ou reorientação da formação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	02
2. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS (CAEM)	02
3. OBJETIVO DO PROJETO.....	02
4. MÉTODO E RESULTADOS.....	02
4.1 PRIMEIRO MOMENTO: BASE CONCEITUAL E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	03
4.2 SEGUNDO MOMENTO: CONSTRUÇÃO DE INDICADORES POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS.....	05
4.3 TERCEIRO MOMENTO: VISITA AS ESCOLAS E OFICINA DE SISTEMATIZAÇÃO.....	07
5. COMENTÁRIOS FINAIS.....	11
6. REFERÊNCIAS.....	12

1. INTRODUÇÃO

O objetivo desta publicação é informar e divulgar o processo de avaliação institucional desenvolvido com os cursos de graduação das escolas da área da saúde, no Projeto da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM) da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). O Projeto de Avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação da área da saúde buscou como resultado:

- *Possibilitar o desenvolvimento e a implementação de uma tecnologia avaliativa de processos pedagógicos, considerando-se a estrutura, o processo e os resultados que contemplam o arcabouço delimitador da qualidade da formação e do desenvolvimento de profissionais na área da saúde;*

- *Apontar as fortalezas e os pontos frágeis que requerem mais atenção, visando a subsidiar a readequação dos cursos analisados.*

- *Fornecer elementos para melhor compreensão dos cenários de prática com a finalidade de potencializar estratégias de ensino, que vão ao encontro da realidade da atuação profissional, no sentido de qualificar a assistência prestada.*

- *Evidenciar lacunas e fortalezas na parceria ensino e serviço, visando à qualidade da formação de profissionais capazes de atuar segundo tal lógica.*

- *Contribuir para a formulação de diretrizes referentes à implantação de uma política de acompanhamento e avaliação dos cursos e serviços da área da saúde e outras ações governamentais, expressas nas políticas de saúde e educação.*

O método usa a percepção dos atores das escolas envolvidos no processo de formação profissional referente a forma como está sendo implementado o programa curricular da graduação, diante das necessidades de saúde contemporâneas; utiliza instrumento que tem base uma farta documentação com recomendações de fóruns nacionais e internacionais de educação na área de saúde (Lampert, 2002, cap.2 e 3); e faz uso apropriado da avaliação por triangulação de métodos (Minayo et al. 2004) para maior aproximação da realidade. Desta forma, chega a resultados que mostram a situação vivenciada pelas escolas no momento atual. Ao final, possibilitou captar a percepção das escolas sobre a experiência de participar do Projeto da CAEM/ABEM e suas perspectivas de futuro para construir avaliação institucional continuada, participativa, formativa e construtiva.

2. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS (CAEM)

A Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM) surge em virtude da participação ativa da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) na discussão e na construção do processo de avaliação da Educação Médica Brasileira com a consciência das dificuldades das escolas em realizar mudanças na formação do profissional de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (MEC, 2001). A CAEM é uma das comissões da ABEM formada por professores estudiosos envolvidos com avaliação no âmbito da educação em saúde. Foi constituída no ano de 2006, tendo sua primeira reunião em março do mesmo ano, onde discutiu amplamente e aprovou o Projeto "Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras", proposto e baseado no trabalho de tese de doutorado de Lampert (ENSP/Fiocruz, 2002).

3. OBJETIVO DO PROJETO

Este projeto teve a perspectiva de potencializar o entendimento da avaliação como processo democrático e construtivo, tendo como objetivos: promover e acompanhar as mudanças nas escolas para atender às Diretrizes Curriculares Nacionais com perspectivas a consolidação do SUS; e incentivar e apoiar a construção do processo de avaliação (auto-avaliação, avaliação externa, meta-avaliação) em cada escola no atendimento aos princípios do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) (MEC, 2004). No seu desenvolvimento, o Projeto passou a denominar-se "Avaliação e Acompanhamento das Mudanças nos Cursos de Graduação da Área de Saúde" ao entender a necessidade de exercitar a atividade inter-profissional na perspectiva do atendimento em equipe e a integralidade da assistência em saúde. O Programa do Pró-Saúde, do Ministério da Saúde que já envolve vários cursos da saúde e o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), que vem sendo coordenado pela ABEM mostram coerência neste entendimento. A CAEM adaptou o instrumento de auto-avaliação para uso dos demais cursos da área da saúde, e a partir de então abriu período para adesão de outros cursos da saúde, em tempo para acompanhar a construção do processo avaliativo em desenvolvimento.

Em 2007, o Projeto recebeu financiamento do Ministério da Saúde. Contou com a participação de 55 escolas, que inclui, além de medicina, cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e odontologia.

4. MÉTODO E RESULTADOS

O método se compõe por três momentos seqüenciais. O primeiro faz o estudo da tipologia de tendência de mudanças da escola, com levantamento das evidências de mudanças percebidas pelos atores sociais professores, técnico-administrativos e estudantes da escola. O segundo ao aproximar-se das evidências junto aos atores envolvidos constrói indicadores qualitativos para identificar e acompanhar a evolução das mudanças. E o terceiro momento realiza uma visita a cada escola, que permite um olhar externo de professores visitantes, com coleta de dados, que analisados pela CAEM retornam a escola respectiva; e orienta as escolas para o uso e sistematização de suas análises avaliativas com dados e reflexão crítica identificando fragilidades e fortalezas com recomendações para uso em planejamento e metas institucionais próprias. Este trabalho de cada escola foi apresentado na forma de pôster em Oficina de Sistematização, tendo em vista a discussão e aprimoramento do processo auto-avaliativo para o relatório exigido pelo SINAES.

4.1 PRIMEIRO MOMENTO: BASE CONCEITUAL E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

O primeiro momento aconteceu a partir de **Oficinas de Capacitação**, em três etapas: 1ª.) capacitação de equipes, em dez oficinas regionais da ABEM, para representantes de atores sociais de cada escola participante (no mínimo um docente e um discente) para a aplicação do instrumento auto-avaliativo proposto, representado na figura de uma roda; 2ª.) aplicação do instrumento em cada escola, com monitoração a distância da Comissão de Avaliação, orientada pelos atores capacitados nas oficinas com participação de um grupo representativo de atores (docentes, discentes e técnico-administrativos) e encaminhamento do instrumento preenchido à CAEM/ABEM para análise; e 3ª.) retorno às escolas dos resultados respectivos analisados com a recomendação para que fosse divulgados e discutidos no interior da escola. Além do retorno a cada escola, a CAEM/ABEM organizou, discutiu e analisou o consolidado do conjunto de resultados para divulgação, identificando o grupo de escolas por localização, interior e capital, regime jurídico, distribuição nas regionais da ABEM e data de fundação e analisando o perfil de tendência de mudanças em cada eixo e no conjunto (Lampert et al., 2009; Aguiar-da-Silva et al., 2009; Abdalla et al., 2009; Stella et al., 2009; Perim et al., 2009).

Figura da roda representativa do instrumento com cinco eixos em dezessete vetores e cada um com três alternativas, tradicional, inovadora e avançada para as mudanças, representadas nos círculos interno, intermédio e externo, respectivamente.

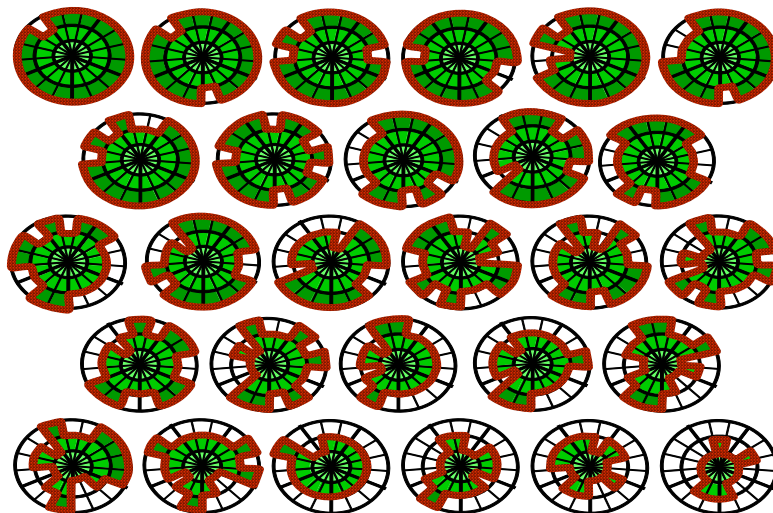


Cada um dos cinco eixos - Mundo do trabalho, Projeto pedagógico, Abordagem pedagógica, Cenários da prática e Desenvolvimento docente - contidos no instrumento proposto para a coleta dos dados está orientado por vetores, que por sua vez apresentam cada um três situações alternativas, assim caracterizadas: alternativa 1 - situação tradicional do modelo flexneriano; alternativa 2 - situação de inovação, intermediária; e alternativa 3 - situação avançada para as transformações, visando o modelo da integralidade¹ e atendimento das Diretrizes Curriculares Nacionais. Cada escola deve identificar a predominância, na sua prática efetiva, de uma das alternativas, em cada um dos vetores, ao implementar o programa curricular da graduação. A alternativa escolhida deve ser justificada e acompanhada da citação de evidências, ou seja, de exemplos que ressaltam ações condizentes com a alternativa escolhida capazes de serem averiguadas, comprovadas. (Lampert et al. 2009)

As justificativas e a busca de evidências, em cada vetor, faz com que o grupo de atores da escola mergulhe, aprofunde ainda mais na visão do todo da escola com vista a sua missão e prepara-os para o momento seguinte do Projeto. O segundo momento do Projeto precisa deste exercício de visualizar a unidade do curso através de troca de informações, impressões, vivências, percepções entre seus atores e da reflexão crítica com referência ao embasamento teórico conceitual que sustenta a situação vivenciada e as propostas de mudanças, que lhe dá condições para o trabalho na construção de indicadores.

¹ Integralidade, segundo o Lappis (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde), Instituto de Medicina Social, UERJ. A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

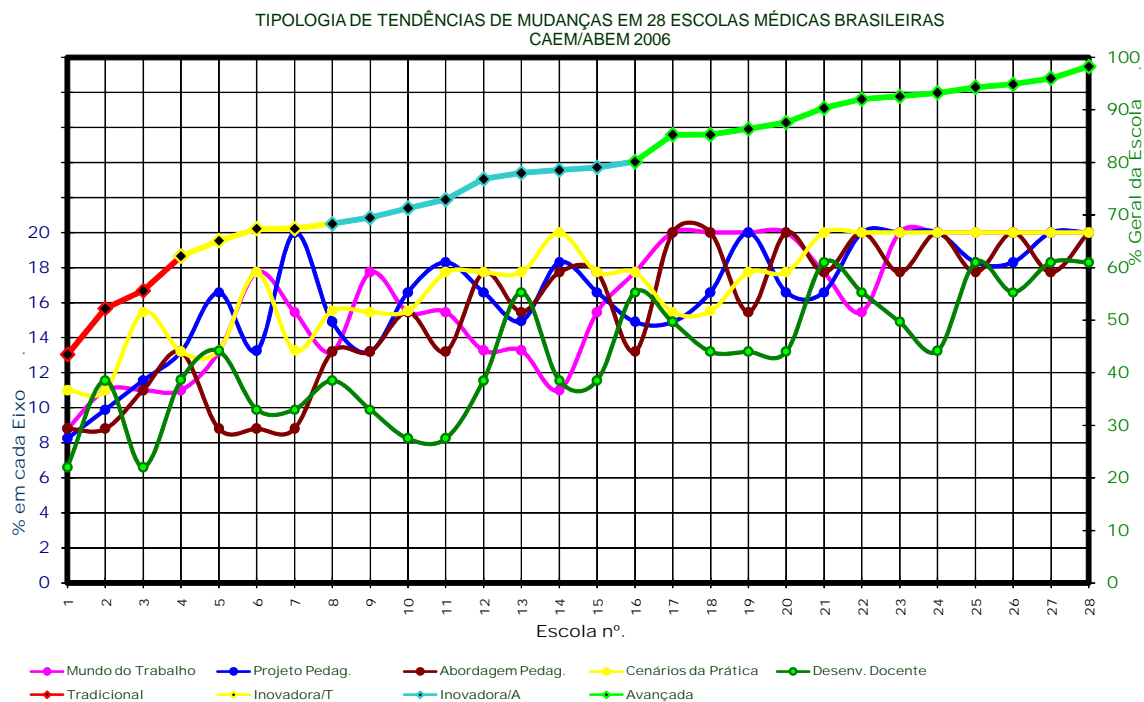
Conjunto de figuras representativas das tendências de mudanças no curso de graduação médica do grupo de 28 escolas que realizaram o primeiro momento do projeto da CAEM/ABEM - Brasil, 2006



Tipologia de tendência de mudanças de vinte e oito escolas médicas brasileiras que realizaram o primeiro momento do projeto da CAEM/ABEM - Brasil, 2007

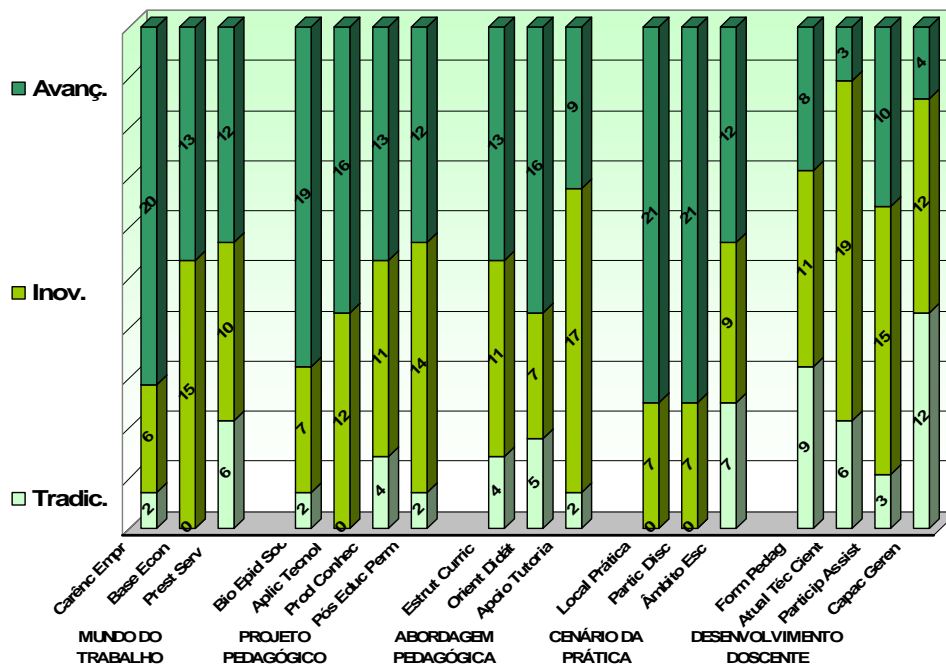
Nº de Escolas	TIPOLOGIA	SIGLA	%
13	Avançada	A	46,4
8	Inovadora com tendência avançada	Ia	28,6
4	Inovadora com tendência tradicional	It	14,3
3	Tradicional	T	10,7

Tipologia de tendência de mudança em 28 escolas médicas brasileiras e a percepção dos seus atores sociais de cada escola nos cinco eixos relevantes no curso de graduação - CAEM/ABEM, 2007



Os dezessete vetores nos cinco eixos relevantes na avaliação das tendências de mudanças no curso de graduação de vinte e oito escolas médicas brasileiras e o resultado obtido nas três alternativas – CAEM/ ABEM, 2007

PREDOMINÂNCIA DAS MUDANÇAS EM 28 ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS - CAEM/ABEM 2007



4.2 SEGUNDO MOMENTO: CONSTRUÇÃO DE INDICADORES POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS

Partindo do pressuposto de que os projetos político-pedagógicos dos cursos da área da saúde buscam uma intervenção na realidade social, a Proposta de Avaliação de Tendências de Mudanças nos cursos de graduação das escolas da área da saúde, realizada pela CAEM/ABEM, assume o conceito de “indicadores” desenvolvido por Minayo (2005). Ao implementar o processo avaliativo seguindo os princípios científicos que norteiam a produção de novos conhecimentos, é possível lançar um olhar diferenciado para a realidade dos processos de transformação com indicadores elaborados cuidadosamente, o que constitui potente instrumento para adequação local e nacional dos cursos de graduação da área da saúde.

O segundo momento começou a ser construído a partir da discussão dos resultados do primeiro, que deu continuidade à construção do processo avaliativo nos passos seguintes: 1o.) averiguação das evidências de mudanças mais citadas, e com a participação dos atores envolvidos foi discutido o processo daquela mudança; e 2o.) com a participação dos atores das escolas foi construído e selecionado indicadores quali-quantitativos situados no eixo Cenários de Prática, que permitem identificar a situação e acompanhar a evolução das mudanças, do ponto de vista da escola (formação do profissional) e do serviço (assistência a saúde da população). Desta forma, em quatro **Oficinas de Construção de Indicadores** houve a seleção de três evidências (macro-indicadores), as mais citadas pelas escolas: - construção de parcerias com a rede de assistência a saúde; - participação ativa dos discentes nas atividades de acordo com o seu nível de competência e orientados por docente; e - a prática como re-orientadora dos processos de trabalho e de formação profissional, na perspectiva da integralidade da atenção. A partir destes, utilizando a estratégia de trabalho em pequeno grupo foram construídos trinta e um indicadores ou atributos, considerando a reflexão dos processos de mudança vivenciados em cada escola, e tendo como premissa os “cenários de prática” como o espaço onde efetivamente podem-se observar mudanças (quadros 1, 2 e 3). Sendo da competência das escolas descrever e levantar dados dos indicadores no seu processo auto-avaliativo de acordo com os princípios do SINAES e atendendo suas especificidades institucionais. Esse processo leva a necessidade de outros instrumentos para avaliar os integrantes do processo no seu papel/função institucional (discentes em formação, docentes, técnico-administrativos, gestores, egressos) e dos sistemas (sistema de saúde local/regional, educação local/regional, sistema de avaliação); e a agregar outros trabalhos que auxiliem as escolas na construção do processo auto-avaliativo, que deve avaliar estruturas, processos e resultados.

Quadro 1. O indicador 'construção de parcerias com a rede de assistência a saúde' do vetor Local de Prática com os atributos respectivos

Vetor 1	Indicador
LOCAL DE PRÁTICA	Construção de Parcerias com a rede de assistência a saúde
Atributos	
<ul style="list-style-type: none"> • Número e tipo de locais; • Carga horária e distribuição desta na atenção básica durante o curso; • Distribuição racional nos diferentes níveis de atenção e uso de tecnologias considerando a realidade de saúde local • Relação professor/ discente para orientação; • Supervisão docente/ assistencial; • Tipos de contribuição de contrapartida entre escola e serviço; • Institucionalização de planejamento conjunto entre universidade (discente, docente), serviço (profissionais e gestores) e comunidade. • Políticas de incentivo para que o profissional da rede atue como preceptor; • Espaços de discussão (físico/temporal) - atores sociais envolvidos (docentes, profissionais dos serviços, comunidade, discentes, gestores); • Protocolos conjuntos, construídos pela escola e pela rede; • Cenários de prática nos três níveis de atenção com sistema de referência e contra-referência instituído; • Avaliação do grau de satisfação dos diferentes atores (discente, docente, servidores e comunidade) quanto à parceria. • Ação conjunta de profissionais de saúde, docentes e discentes para a melhoria das condições de saúde da comunidade; • Experiências inovadoras de gestão academia/serviço e comunidade com participação de estudantes, acompanhado de um processo de avaliação. 	

Quadro 2. O indicador 'participação ativa dos discentes de acordo com seu nível de competência orientados por docente' do vetor Participação Discentes com os atributos respectivos.

Vetor 2	Indicador
PARTICIPAÇÃO DISCENTE	Participação ativa dos discentes de acordo com seu nível de competência orientados por docente
Atributos	
<ul style="list-style-type: none"> • Relação estudantes/cenário; • Tipos de Metodologia de ensino-aprendizagem; • Realização de atividades considerando nível crescente de complexidade e autonomia do discente de acordo com a série/período de formação; • Supervisão docente nos diversos níveis de atenção, desde o início do curso; • Processo avaliativo de competências profissionais do estudante (conhecimentos, habilidades e atitudes); • Atuação discente em conjunto com estudantes de diferentes cursos da área da saúde nos cenários de prática; • Inserção do discente em equipes multiprofissionais nos diferentes cenários de prática; • Participação discente nos Colegiados de Curso e nas Comissões de planejamento e acompanhamento do Curso; • Participação discente em Associações Comunitárias e Conselhos Locais de Saúde. 	

Quadro 3. O indicador 'prática como re-orientadora dos processos de trabalho e de formação profissional na perspectiva de integralidade da atenção' do vetor Âmbito da Prática com os atributos respectivos.

Vetor 3	Indicador
ÂMBITO DA PRÁTICA	A prática como re-orientadora dos processos de trabalho e de formação profissional, na perspectiva de integralidade da atenção
Atributos	
<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalização da reflexão crítica sobre o processo de assistência sob o ponto de vista da humanização, integralidade e multidisciplinaridade envolvendo gestores, docentes, profissionais de saúde, discentes e comunidade; • Utilização de cenários e contextos que favoreçam a mobilização de recursos cognitivos, afetivos e psicomotores, nos 3 níveis de atenção, para o desenvolvimento de competência profissional com vistas à humanização e à integralidade; • Participação de profissionais dos serviços na elaboração das estratégias de ensino; • Avaliação de habilidades e atitudes voltadas para a humanização e a integralidade ao longo do curso; • Uso racional de tecnologias nos diferentes cenários de prática (leves, leve-duras e duras) • Existência de projetos de intervenção de educação em saúde considerando as necessidades da comunidade; • Estímulo à comunidade para a criação de espaços de representatividade (Associações, Grupos comunitários, Conselhos, etc.); • Avaliação que contemple a percepção discente e do usuário. 	

4.3 TERCEIRO MOMENTO: VISITA AS ESCOLAS E OFICINA DE SISTEMATIZAÇÃO

No projeto estava prevista uma visita a cada escola participante. Vinte professores de várias escolas e diferentes regiões do Brasil, denominados Professores Visitantes foram preparados em oficina específica com duração de três dias, para abalizar e discutir conteúdo teórico-conceitual das mudanças e construir roteiro de visitas (instrumento semi-aberto), entrevistas, grupo focal, depoimentos, percepções. Resultou em um Manual de Trabalho de Campo com referencial teórico, instrumentos de avaliação a serem aplicados aos gestores, coordenadores, professores, profissionais da saúde, e estudantes além de um roteiro para realização de grupo focal. A metodologia discutida e foi apropriada para interagir e coletar dados, em observação participante com elaboração de relatórios e gravação do grupo focal.

Professores visitantes em dupla cumpriram uma agenda de pesquisadores qualitativos, fizeram uma observação planejada e informal, realizaram reuniões com vários atores, grupos focais, entrevistas individuais e visitas aos cenários de prática encaminhando relatórios e gravações.

Com leitura de todos os registros da visita e da transcrição da gravação do grupo focal os pesquisadores buscaram a compreensão global e identificaram núcleos de sentido e as temáticas, em torno das quais os dados são analisados e discutidos, para foco de atenção institucional de cada escola e conjunto. A visita in loco possibilitou uma integração objetiva no processo de pesquisa incluindo observadores participantes que em interação com a escola lançam um olhar externo diferenciado.

Os dados levantados em cada visita foram analisados pelo grupo de pesquisadores da CAEM, fazendo cruzamento com os resultados do primeiro momento. Os dados obtidos passaram por uma análise compreensiva, por um diálogo com os documentos de auto-avaliação e essa análise teve por parâmetros os indicadores previstos nos propósitos da investigação. Para análise qualitativa foi utilizada a abordagem temática, por melhor condizer com o propósito desta pesquisa (Bardin, 1979; Minayo, 1992; Gomes, 1999). A análise respectiva foi encaminhada a cada escola.

O conjunto das análises foi analisado com o intuito de se verificar as temáticas mais recorrentes e as principais fortalezas e fragilidades encontradas.

Deste conjunto de escolas foi possível identificar a seguinte temática:

Todas as escolas possuem movimentos de mudança e consideram os cenários de prática como primordiais na formação de profissionais melhor preparados para o atendimento da população e dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Em relação aos *locais de prática*, verificou-se que a maioria das escolas está num movimento de utilização de cenários para proporcionar aos estudantes maior experiência nos diferentes níveis de atenção à saúde. Fazem uso de parcerias com os serviços de saúde, unidades dos níveis de atenção primária, secundária e terciária no entendimento da construção da rede do sistema de saúde, o que vai ao encontro do que é preconizado nas DCNs:

- A relação entre a Academia e os Serviços de Saúde estão formalizadas, mas não de fato institucionalizadas. Sofrem grande influência das questões políticas o que interfere na continuidade e efetividade da formação;

- Os cenários de prática estão dicotomizados ao longo da formação. Os níveis de atenção primária e secundária à saúde estão restritos as séries iniciais, o que acarreta pouco interesse do estudante para estas áreas de atuação ao final do curso. Assim, a utilização de tecnologia dura se sobrepõe às demais; “[...] a escola enfrenta resistência de alguns docentes dos 50 e 60 anos, que gera pouca prática reflexiva no internato, e tem insuficiência de cenários de prática de atenção primária e secundária.”

Quanto à *orientação do discente*, verificou-se que a maioria das escolas proporciona atividades com supervisão docente, o que demonstra a intencionalidade pedagógica da ação. Intencionalidade porque em alguns cenários os estudantes são apenas observadores e não conhecem o grau de autonomia e complexidade para a atividade programada:

- A resistência docente em atuar nos serviços de saúde (sobretudo de nível primário) revela falta de integração docente-assistencial e impacto sobre a formação nos cenários de prática;

“[...] construir referencial de trabalho do profissional junto à atenção primária e capacitar docentes para o desenvolvimento dos métodos de ensino-aprendizagem.”

“Os cenários de prática têm atividades desarticuladas entre academia e serviço com professores e preceptores despreparados e estudantes desmotivados para atividades nas UBS.”

- Nem todos os cenários de prática possibilitam vivenciar ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação de saúde. Além disto, aspectos de gestão do trabalho e educação em saúde são abordados em detrimento da atenção individual à saúde;

“Os cenários de prática são adequados, mas estão desarticulados entre si.”

“A aprendizagem está centrada na atenção individual à saúde.”

Em relação à *reorientação da formação e assistência*, verificou-se que o trabalho em equipe nos Serviços de Saúde precisa ser melhor estruturada. Entretanto a vivência dos cenários de prática pode facilitar a formação na perspectiva interprofissional:

▪ Os mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços com diferentes competências e disponibilidades tecnológicas ainda são uma fragilidade. Percebe-se que estes mecanismos estão em construção;

▪ A integração entre academia e serviço ainda é uma fragilidade para a grande maioria das escolas. Parece haver uma dicotomia entre a proposta pedagógica e a efetivação da prática na realidade dos serviços que está centrada no atendimento da demanda; “A articulação entre teoria e prática está em construção (...)”

▪ A perspectiva da integralidade no cuidado em saúde é uma fragilidade evidenciada em um ensino ainda muito tradicional, fragmentado em disciplinas, pautado em especialidades. Desta forma, ainda há dificuldade de proporcionar ao futuro profissional a vivência da demanda espontânea das necessidades de saúde durante a formação, com o exercício de identificar situações-problema e fazer diagnóstico diferencial diante de um quadro clínico, e tomar as condutas adequadas de tratamento e encaminhamento, sabendo trabalhar em equipe.

Abaixo um consolidado dos fatores facilitadores e dificultadores do conjunto das escolas no processo de mudanças:

FATORES FACILITADORES: -Institucionalização d um processo de avaliação; -Existência de parceria entre academia e serviços de saúde; -Existência de programas de capacitação docente; -Utilização da rede de atenção primária à saúde como cenário de prática; -Programas de apoio para desenvolvimento pedagógico (Pró-saúde, PET-saúde); -Professores e profissionais da saúde articulando ensino-assistência; -Participação e reconhecimento da comunidade pela atuação discente; -Institucionalização e profissionalização dos mecanismos de gestão acadêmica; -Supervisão docente sistematizada nos cenários de prática; -Vivência dos cenários de prática em todos os níveis de atenção à saúde; -Utilização de estratégias de ensino centradas nos estudantes; - Formação inter-profissional; -Vivência do SUS e referência e contra-referência.

FATORES DIFICULTADORES: - Parcerias dependentes de condições políticas; - Resistência docente para processos de mudança e de utilização de cenários de prática; - Rotatividade dos profissionais do serviço; - Precária estrutura física dos cenários de prática; - Não implementação dos mecanismos de referência e contra-referência; - Falta de incentivo para docentes e profissionais do serviço; - Projetos pedagógicos com utilização de estratégias tradicionais de ensino; - Avaliação de processo inexistente ou não utilização dos resultados; - Não articulação entre prática e teoria; - Falta de capacitação docente; - Falta de manutenção (continuidade) das inovações pedagógicas; - Falta de profissionais específicos para área do curso nos cenários de prática.

Além da visita as escolas o terceiro momento é o da sistematização, de levantar, reunir, organizar e analisar e cruzar dados para que os atores envolvidos possam refletir de forma crítica sobre a realidade demonstrada e formular recomendações dirigidas para uso no planejamento e metas institucionais. Estes dados e resultados com recomendações fazem parte do Relatório de Auto-avaliação, documento de caráter institucional.

Na **Oficina de Sistematização** cada escola apresentou seu processo de construção auto-avaliativo, seguindo-se de discussão em grupos. Esse momento de reunião do coletivo permitiu a elaboração participativa de orientações para o relatório final individual de cada escola com resultados e recomendações.

Nesta oficina cada escola participante teve 15 minutos para fazer apresentação da construção do seu processo avaliativo, na forma de pôster, que ficou exposto durante toda a Oficina em sala específica. A apresentação do pôster foi realizada concomitante em cinco grupos de cinco ou seis escolas. Cada grupo contou com um facilitador, um relator e um observador (três professores visitantes). No pôster a escola situou-se no contexto e expôs a forma como vem construindo seu processo auto-avaliativo dentro do seu Plano de Desenvolvimento Institucional. Houve palestras sobre a o estado da arte do Projeto, reforços conceituais, orientação e alguns resultados que substanciam a proposta do Projeto da CAEM/ABEM. Teve como ponto forte o trabalho em grupo com dois temas. Primeiro sobre Indicadores de mudanças na construção do processo auto-avaliativo, e o segundo sobre o Processo de Avaliação trabalhado pelo Projeto da CAEM/ABEM. Todos os grupos escolheram um coordenador e um relator para apresentação dos resultados em Plenária, momento de atividades do conjunto de atores das escolas, professores visitantes, convidados e grupo da CAEM/ABEM para apresentar e socializar resultados dos trabalhos em grupo com discussão e encaminhamentos.

GRUPO DE TRABALHO: Síntese dos resultados dos grupos de trabalho referente ao tema, Indicadores de mudanças, com duas questões:

- 1) Quais indicadores quali-quantitativos construídos nas oficinas CAEM/ABEM foram validados e adotados pelas escolas na auto-avaliação institucional?
- 2) Como os dados dos indicadores são/podem ser levantados, tratados e usados no processo avaliativo institucional?

Os participantes foram unânimes em afirmar que, no conjunto, todos os indicadores são pertinentes e foram validados pelas escolas.

No vetor **Local de Prática** os atributos referidos com maior frequência foram: -Número e Locais de Prática; -Relação professor/discente para orientação; -Cenários de prática nos três níveis de atenção com sistema de referência e contra-referência instituído.

No vetor **Participação Discente** a maior prevalência apareceu em: -Relação estudantes/cenário; -Tipos de Metodologia de ensino-aprendizagem; -Supervisão docente nos diversos níveis de atenção, desde o início do curso; -Participação discente nos Colegiados de Curso e nas Comissões de planejamento e acompanhamento do Curso.

O vetor **Âmbito da Prática** mostrou maior prevalência o atributo: - Utilização de cenários e contextos que favoreçam a mobilização de recursos cognitivos, afetivos e psicomotores, nos 3 níveis de atenção, para o desenvolvimento de competência profissional com vistas à humanização e à integralidade.

ENCAMINHAMENTOS:

Um dos grupos de trabalho declara que a segunda questão causou desconforto nos participantes uma vez que os professores não se sentem capacitados para utilização da avaliação qualitativa em suas escolas; e justamente essa metodologia de avaliação foi apontada como a mais adequada para o tratamento dos indicadores levantados. Foi sugerido no grupo, que a CAEM promovesse a capacitação dos representantes das escolas para nortear o levantamento dos dados e tratamento dos mesmos na ótica da pesquisa qualitativa.

Outro grupo sugere que sejam adotadas as seguintes estratégias para os vetores citados abaixo:

Local de Prática: a) Fórum com obrigatoriedade da participação dos docentes e representantes legítimos de cada grupo classe/turma; b) Semana de planejamento, momento no qual a avaliação pode ou deve ser tomada como ponto de partida; c) Existência de ouvidoria; d) Estabelecimento de convênios que definam e avaliem obrigações e direitos das partes; e) Fortalecimento das relações entre as instituições de ensino, no interior do sistema de saúde; f) Criação de um grupo de avaliação nas instituições para definir o formato dos instrumentos utilizados no processo de auto-avaliação, que deve oferecer feedback para os diversos segmentos da instituição.

Os dados podem ser levantados por meio de instrumentos como, por exemplo, questionários respondidos pelas ingressantes e egressos do curso, usuários do sistema, etc. Os dados também podem ser levantados em parceria construída entre serviço, escola e usuários do sistema (em diálogo aberto).

Orientação Discente: a) Levantamento de dados quantitativos e qualitativos, a partir da fala dos discentes; b) Grupos focais que avaliem situações pontuais e processos; c) Questionários informatizados para que os estudantes respondam - importante oferecer feedback para que se crie uma cultura de avaliação; d) Conselho de classe envolvendo estudantes e docentes; e) Questionários bem estruturados que possam oferecer respostas que permitam traçar ações de correção de rumos, para serem utilizados como instrumentos de gestão administrativa e pedagógica; f) Elaboração de formas de avaliação que contemplem habilidades práticas e atitudes, além dos conhecimentos conceituais. Ex: OSCE; g) Conhecimento, pelos alunos, dos critérios por meio dos quais será avaliado para que reconheça a importância e necessidade da avaliação de habilidades e atitudes, além da avaliação cognitiva; h) Instrumento de acompanhamento e avaliação da anamnese e do exame físico, realizados pelo estudante, por meio de um documento que registre os procedimentos. EX: mini-cex.

Âmbito de Prática: a) Observação dos cenários, ouvindo gestores, docentes, profissionais de saúde e estudantes por meio de questionário, grupos focais ou mesmo, ouvidoria; b) A avaliação (levantamento de dados) deve ser constante para alimentar o processo de mudanças.

Um grupo de trabalho afirmou que os dados poderiam ser levantados, tratados e usados no processo avaliativo a partir de um indicador, a institucionalização de planejamento conjunto entre universidade (discentes e docentes), serviço (profissionais e gestores) e comunidade. Os dados para a avaliação deste indicador apresentam-se qualitativamente na participação entre as instituições, escola e serviço, bem como na realização concreta de convênios interinstitucionais que possibilitam o planejamento com frequência regular, sem solução de continuidade quando da troca dos gestores. Os dados poderão ser obtidos também em atas de reuniões, relatórios de encontros, planilhas de acompanhamento de práticas, relatórios dos discentes das atividades realizadas, revelando um processo sistemático de prática. Este Planejamento deverá ser semestral, acontecendo antes do início do processo e revisado com avaliação ao final do período de implementação do plano de trabalho.

A realização periódica, semestral ou anual, do processo avaliativo com levantamento e análise de dados permitirá à comunidade interna acompanhar seu processo de mudanças, reajustar estratégias e reformular metas por ocasião do Plano de Desenvolvimento Institucional. Terá condições de manter documentada a evolução construtiva do processo de mudanças na seqüência dos resultados da avaliação institucional. Assim como, fornecer informações a comunidade externa, Estado e Sociedade.

GRUPO DE TRABALHO: Síntese dos resultados dos grupos de trabalho referente ao tema Processo de Avaliação nas escolas trabalhado pelo Projeto da CAEM/ABEM com 4 questões:

- 1) Quais aspectos do processo de avaliação trabalhado pelo Projeto da CAEM/ABEM beneficiaram a escola (método, dados, etc.)?
- 2) Quais os pontos fortes do processo desencadeado pelo Projeto da CAEM/ABEM?
- 3) Quais as perspectivas futuras no âmbito da avaliação institucional com vista à construção do relatório final de auto-avaliação do SINAES?
- 4) Qual o papel da ABEM nesse processo?

Apresenta-se a seguir a síntese dos relatos apresentados pelos grupos.

Primeira questão - Quais aspectos do processo de avaliação trabalhado pelo Projeto da CAEM/ABEM beneficiaram a escola (método, dados, etc.)?

Os grupos foram unânimes ao ressaltar a contribuição do Projeto para o processo de avaliação das Escolas e mais do que isso, para a construção de um referencial como efetivo indutor de mudanças. A riqueza do processo vivenciado favoreceu o envolvimento dos diversos atores em todos os momentos, propiciando a reflexão coletiva com conseqüentes reconsiderações; O projeto permitiu ainda o acompanhamento do processo de avaliação, gerando vínculo e comprometimento nas Escolas. Outro ponto importante ressaltado pelo grupo foi a abertura do Projeto para participação de outros cursos, desencadeando processos semelhantes nos mesmos, favorecendo o processo de mudança não apenas nos Cursos, mas sobretudo nas Instituições de Ensino Superior na área da Saúde.

Cabe destacar alguns benefícios citados pelos grupos sobre as etapas vivenciadas no Projeto:

Participação no Projeto

- O projeto foi instrumento que ofereceu credibilidade ao núcleo de avaliação da escola;
- Efeito psicológico – avaliação sem o objetivo de *rankear* permite maior conforto;
- As escolas que participam do projeto recebem estímulo quando observam que compartilham os mesmos problemas, mesmo que em patamares diferentes, considerando suas realidades;
- Favoreceu a Discussão nas escolas sobre Processo Pedagógico, Mundo do Trabalho, Desenvolvimento Docente, Gestão e principalmente sobre as dificuldades encontradas nos Cenários de Prática;
- Forneceu instrumentos, apresentou dados e promoveu interação e troca de experiências nas Oficinas.

Aplicação do Instrumento

- A Roda propicia a visualização gráfica do processo da escola e a rápida compreensão dos indicadores de mudança (não precisamos reinventar a roda, mas utilizá-la com suas retrações e expansões conforme a construção da auto-imagem);
- O instrumento permite reavaliação da auto-imagem – sem colocação de roupagem;
- O mesmo instrumento permitiu a análise de vários sentidos inseridos na complexidade do processo;
- Os instrumentos de avaliação permitem novos olhares sobre “pontos” antes não percebidos.

Construção de Indicadores

- O projeto estimulou o aprendizado na construção de indicadores;
- Os indicadores direcionam o processo avaliativo, mostram caminhos;
- Favoreceu a reflexão sobre indicadores qualitativos e quantitativos e valorizou a avaliação enquanto processo científico.

Visitas as escolas

- A visita dos avaliadores congregou os diversos segmentos da escola, representantes da comunidade e dos serviços de saúde;
- A postura dos avaliadores visitantes facilitou o processo, à medida que respeito a escola considerando seus limites e potencialidades;
- A adequada orientação aos professores visitantes, que se constituíram em mediadores solidários, possibilitou um olhar mais adequado da realidade;

Resultados das análises

- A análise dos dados ofereceu elementos para o auto-conhecimento institucional, agregando valor ao trabalho de avaliação já desenvolvido;
- Os resultados já apresentados pelo projeto representam um diagnóstico importante de cada Escola e permitem inferir um perfil geral das escolas médicas do país;
- Os resultados calibraram a auto-imagem das Escolas revelando os desafios;
- O Relatório final contendo um olhar externo consolidou a avaliação interna;
- A Triangulação de Métodos ajuda a compreensão do processo e fragiliza as resistências;

Segunda questão – Quais os pontos fortes do processo desencadeado pelo Projeto da CAEM/ABEM?

Em consonância com os benefícios trazidos pela participação das Escolas no Projeto, os grupos destacaram os pontos fortes do processo:

- Adesão voluntária;
- Construção coletiva;
- Expansão para outros cursos da área da saúde CAEM-CAES;
- Provoca mudanças e reflexões sobre o processo avaliativo, sobre o processo de formação e sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados à população;
- Gera inquietude nas escolas;
- Fornece elementos para o planejamento da mudança em direção às diretrizes curriculares;
- Favorece a troca de experiências entre as escolas com socialização do conhecimento já adquirido na prática, com perspectivas à criação de Redes;
- Reforça e valoriza a equipe condutora das mudanças na escola, favorecendo a Criação e/ou o fortalecimento das Comissões de Avaliação;
- Permite o olhar externo aumentando a acurácia do processo;
- Possibilita o compartilhamento dos problemas diminuindo a dificuldade de expor as fragilidades, e facilitando a busca de soluções.

Terceira questão – Quais as perspectivas futuras no âmbito da avaliação institucional com vista à construção do relatório final de auto-avaliação do SINAES?

Para os participantes, são muitas as perspectivas futuras, não apenas com vistas à construção do relatório de auto-avaliação no âmbito do SINAES, mas essencialmente na qualificação do processo de avaliação realizado nas Escolas, e em consequência, no aprimoramento do processo de formação na área da saúde. Cabe registrar que na opinião dos grupos o Projeto da CAEM/ABEM atende de forma plena os princípios do SINAES e é muito mais condizente com a realidade das Escolas e com o desafio de atendimento às Diretrizes Curriculares quando comparado com os instrumentos utilizados pelo MEC/INEP no processo de reconhecimento de Cursos e de avaliação das IES. Foi relatado que o Projeto CAEM/ABEM tem contribuído de forma significativa nesse processo, já que qualifica a auto-avaliação da escola à medida que favorece a identificação de suas fortalezas e fragilidades. Isso faz com que esteja melhor preparada para a receber a avaliação externa, que nem sempre considera as especificidades do curso e a realidade local, questões essenciais para a compreensão dos resultados. Apresentam-se a seguir as perspectivas na opinião dos grupos:

- Reconhecimento do projeto CAEM/ABEM pelo MEC;
- Continuidade do projeto e ampliação para as demais escolas;
- Estímulo à publicação dos resultados e à produção de conhecimento;
- Valorização das diferenças regionais e de estágio de mudança das escolas;
- Aproximação das avaliações internas e externas da Escola: A avaliação proposta pelo CAEM registra os vários momentos das IES, sem caráter punitivo, possibilitando o acompanhamento das progressões ou retrocessos, com a captação dos nuances do processo. Possibilita o acompanhamento longitudinalmente como um filme, observando a dinâmica do movimento histórico, formativo e solidário, o que deve ser valorizado.
- Valorização do papel do professor e do preceptor/tutor dos serviços no processo de formação e valorização da voz do usuário no processo de planejamento, execução e avaliação das mudanças;
- Contribuir na implementação de políticas governamentais de apoio à formação nos serviços de saúde;

Quarta questão – Qual o papel da ABEM nesse processo?

Na opinião dos grupos, a ABEM se legitima como ator político com o objetivo de valorizar o processo de avaliação longitudinal proposto pela CAEM, intermediando as contradições observadas entre os diálogos do MEC e MS. Para os participantes, a ABEM deveria assumir o papel de acreditadora das escolas médicas: *“A chancela da CAEM/ABEM oferece credibilidade ao projeto de avaliação”*. Outro ponto importante apresentado pelos grupos foi ampliação da participação das Escolas nas regionais da ABEM a partir do Projeto CAEM/ABEM. Acredita-se que por meio do Projeto, a ABEM esteja contribuindo de forma mais efetiva no processo de mudanças das Escolas Médicas e, mais do que isso, contribuindo para aprimorar o processo de formação dos profissionais de saúde de forma integrada, o que possibilitará uma reflexão ampliada sobre os Serviços de Saúde.

Abaixo sugestões dos grupos para fortalecer o papel da ABEM no processo:

- Atuar como propulsora de mudanças junto ao MEC/MS;
- Apoiar politicamente nas mudanças visando compartilhar o processo de avaliação do MEC;
- Promover discussões sobre a implementação das DCNs nos serviços de saúde;
- Buscar articulação com gestores dos serviços (favorecer a formalização de parcerias);
- Divulgar os resultados do Projeto junto às Escolas, CONASEMS, CNS e FNEPAS;
- Publicizar a atividade da CAEM e de suas comissões;
- Buscar representação regional do movimento CAEM;
- Reconhecer a transformação de CAEM em CAES;
- Dar continuidade ao Projeto e buscar estratégias para adesão das escolas que permanecem mudas fortalecendo o movimento nacional de mudanças;
- Promover a interlocução com o governo (políticas governamentais para apoio à formação nos serviços de saúde e valorização do professor da graduação na carreira docente).

5. COMENTÁRIOS FINAIS

Este estudo realizou uma investigação avaliativa por triangulação de métodos que constituiu desdobramento metodológico e prático e permitiu combinar e cruzar múltiplos pontos de vista, em tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada.

Constituído de três momentos, o desenvolvimento do Projeto da CAEM/ABEM proporcionou a cada escola o exercício de visualizar sua unidade institucional para compreender e acompanhar o conjunto de ações implementadas nas mudanças curriculares, assim como, auxiliou a escola na construção do seu processo auto-avaliativo de caráter contínuo, participativo e construtivo.

Independente das características próprias de cada instituição, as escolas de saúde trilham os mesmos caminhos de formação o que fortalece as trocas de experiências bem sucedidas e facilita a superação de desafios neste processo.

6. REFERÊNCIAS

1. Abdalla IG, Stella RCR, Perim GL, Aguilar-da-Silva RH, Lampert JB, Costa NMSC. Projeto Pedagógico e Mudanças na Educação Médica. Rev. Bras. Educ. Med. 2009; 33(1 Supl. 1): 44-52.
2. Aguilar-da-Silva RH, Perim GL, Abdalla IG, Costa NMC, Lampert JB, Stella RCR. Abordagens Pedagógicas e Tendências de Mudanças nas Escolas Médicas. Rev. Bras. Educ. Med. 2009;33(1 Supl.1):53-62.
3. Associação Brasileira de Educação Médica. Comissão de Avaliação das Escolas Médicas. Projeto de Avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação das escolas médicas brasileiras. Rio de Janeiro: ABEM; 2006.
4. Associação Brasileira de Educação Médica. Comissão de Avaliação das Escolas Médicas. Manual de Trabalho de Campo: construção e acompanhamento do processo avaliativo das mudanças nas escolas da área da saúde. Rio de Janeiro: ABEM; 2008.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
6. Brasil. Ministério de Educação. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: da concepção a regulamentação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. 2 ed. ampl. Brasília; 2004.
7. Conrandiopoulos AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997. p. 29-47.
8. Gomes R. A Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MC (Org.), Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1999.
9. Gomes R et al. Organização, processamento, análise e interpretação dos dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (Org.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 185 - 221.
10. Lampert JB. Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abem; 2002.
11. Lampert JB, Aguilar-da-Silva RH, Perim GL, Stella RCR, Abdalla IG, Costa NMSC. Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras. Rev. Bras. Educ. Méd. 2009;33(1, Supl.1): 5-18.
12. Lampert JB, Costa NMSC, Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Stella RCR. Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras. Rev. Bras. Educ. Méd. 2009;33(1 Supl.1):19-34.
13. Lampert JB, Perim GL, Aguilar-da-Silva RH, Stella RCR, Abdalla IG, Costa NMSC. Mundo do Trabalho no Contexto da Formação Médica. Rev. Bras. Educ. Méd. 2009;33(1 Supl.1):35-43.
14. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (org.). Avaliação pro triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 9ª ed. rev. apr. São Paulo: Hucitec; 2006.
16. Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Lampert JB, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento Docente e a Formação de Médicos. Rev. Bras. Educ. Méd. 2009; 33(1 Supl.1): 70-82.
17. Stella RCR, Abdalla IG, Lampert JB, Perim GL, Aguilar-da-Silva RH, Costa NMSC. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. Rev. Bras. Educ. Méd. 2009; 33(1 Supl.1):63-69.