

INDICADORES DE MUDANÇAS NA CONSTRUÇÃO DO PROCESSO AUTO-AVALIATIVO

GRUPO A

1) Quais os indicadores quali-quantitativos construídos nas oficinas CAEM/ABEM foram validados e adotados pelas escolas na auto-avaliação institucional?

No conjunto, todos os indicadores são pertinentes e válidos, porém, nem todos são adotados sistematicamente pelas escolas representadas no grupo.

2) Como os dados dos indicadores são / podem ser levantados, tratados e usados no processo avaliativo institucional?

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/ deve ser tomada como ponto de partida;
- c) Os dados também podem ser levantados por meio de instrumentos como questionários respondidos pelas egressantes e egressos do curso, usuários do sistema;
- d) Existência de ouvidoria;
- e) Dados também podem ser levantados em parceria construída entre serviço – escola – usuários do sistema (em diálogo aberto);
- f) Estabelecimento de convênios que definam e avaliam obrigações e direitos das partes;
- g) Fortalecimento das relações entre as instituições de ensino, no interior do sistema de saúde.

Destaca-se a importância e a necessidade de construir um grupo de avaliação nas instituições para definir o formato dos instrumentos utilizados para avaliar.

Esse núcleo de Avaliação deve oferecer feedback para os diversos segmentos da instituição.

Participação dos Discentes

- a) Levantamento de dados quantitativos e qualitativos, ouvindo os 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 para que ele não seja banalizado, mas, possa oferecer respostas que permitam traçar ações de correção de rumos, sejam utilizados como instrumentos de gestão administrativa e pedagógica;
- f) Elaborar formas de avaliação que contemplem habilidades práticas e atitudes, além dos conhecimentos conceituais. Ex: OSCE;
- g) O estudante deve conhecer os 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) Um dos instrumentos também pode ser o 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

Foi o item de discussão que gerou maiores dúvidas.

A princípio, seriam:

Observação dos cenários, ouvindo gestores, docentes, profissionais de saúde e estudantes por meio de questionários, grupos focais ou mesmo, ouvidoria.

A avaliação (levantamento de dados) deve ser constante para alimentar o processo de mudanças.

GRUPO B

O grupo após apresentação individual elegeu o coordenador (Mauricio Marchese – UEL) e o relator (Divanise Suruagy – UFAL)

Passou-se então a discussão dos vetores por escola participante sendo comum a citação dos seguintes atributos. Sendo entendido para a resposta a primeira pergunta que todos os indicadores foram validados e coletados pelas escolas participantes do grupo, ocorrendo uma maior concentração nos dois primeiros, entendendo-se que o terceiro seria totalmente alcançado quando os dois primeiros estiverem sendo atendidos aleatoriamente.

No entanto, percebe-se que na fala dos participantes, quer seja como objetivo alcançado, quer seja na tentativa de alcançá-lo os atributos do 3º quadro foram pouco citados, o que se verifica na exposição resumida a seguir:

- Discussão sobre os atributos apresentados
 - Destinação carga horária por nível de atenção;
 - Proporção professor aluno;
 - Política de incentivo;
 - Planejamento com o serviço / protocolo;
 - Participação discente na gestão;
 - Políticas afirmativas para qualificação do curso;
 - Adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (tutoria on-line);
 - Capacitação docente;
 - Participação em espaços comunitários;
 - Práticas avaliativas institucionalizadas e sistemáticas (nos 03 segmentos);
 - Consideração dos problemas e necessidades da população local no planejamento escola / serviço;
 - Inserção discente em equipe multiprofissional;
 - Teste de progresso;
 - Produção do conhecimento voltado para o SUS.

Indicadores Selecionados

1 – Institucionalização do planejamento conjunto envolvendo universidade, serviço, comunidade.

Após um período de constante participação e discussão, o grupo retornou as questões norteadoras do trabalho em grupo.

Escolhem-se então o vetor mais citado passando-se dispostos e ele inerente.

Vetor selecionado:

Institucionalização de planejamento conjunto entre universidade (discente / docente), serviço (profissionais e gestores) e comunidade.

Os dados para a avaliação deste indicador apresentam-se qualitativamente na participação entre as instituições, bem como na realização concreta de convênios interinstitucionais que possibilitam o planejamento freqüente, 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.

O período deste Planejamento deverá ser semestral, acontecendo previamente no início do processo e no final do período realizado.

Tendo em vista o término do tempo estipulado para o trabalho do grupo. Foi impossível discutirmos as respostas para demais vetores, apesar do consenso geral da validade dos mesmos.

GRUPO C

A primeira questão foi amplamente discutida por todos os participantes com o estabelecimento das frequências mais prevalentes dos atributos que foram considerados mais relevantes segundo a opinião das escolas.

Os atributos escolhidos estão grifados nesse texto.

QUADRO 1

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: 5• Distribuição racional nos diferentes níveis de atenção e do uso de tecnologias considerando a realidade de saúde local: 3• Relação professor / discente para orientação: 5• Supervisão docente / assistencial: 4• Políticas de incentivo para que o profissional da rede atue como preceptor: 3• Espaços de discussão (físico / temporal) - atores sociais envolvidos (docentes, profissionais dos serviços, comunidade, discentes, gestores): 3• Cenários de prática nos três níveis de atenção com sistema de referência e contra-referência instituído: 5• Avaliação do grau de satisfação dos diferentes atores (discente, docente, servidores e comunidade) quanto à parceria: 4• Experiências inovadoras de gestão academia/serviço e comunidade com participação de estudantes, acompanhado de um processo de avaliação: 3	

QUADRO 2

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: 8• Tipos de Metodologia de ensino-aprendizagem: 8• Realização de atividades considerando nível crescente de complexidade e autonomia do discente de acordo com a série/período de formação: 6• Supervisão docente nos diversos níveis de atenção, desde o início do curso: 8• Processo avaliativo de competências profissionais do estudante (conhecimentos, habilidades e atitudes): 6• Inserção do discente em equipes multiprofissionais nos diferentes cenários de prática: 4• Participação discente nos Colegiados de Curso e nas Comissões de planejamento e acompanhamento do Curso: 8	

QUADRO 3

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 e discentes: 5 + 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: 6• Avaliação de habilidades e atitudes voltadas para a humanização e a integralidade ao longo do curso: 5• Uso racional de tecnologias nos diferentes cenários de prática (leves, leve-duras e duras): 5• Existência de projetos de intervenção de educação em saúde considerando as necessidades da comunidade: 5	

A segunda questão foi discutida causando desconforto nos participantes uma vez que os professores não se sentiam 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.