

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

**INCLUSÃO DE METODOLOGIAS DE ENSINO ATIVA NAS ATIVIDADES
TEÓRICAS, PRÁTICAS E AVALIAÇÃO NA RESIDÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES (HUPAA)**

ALINE ARAÚJO PADILHA LAGES

MACEIÓ/ALAGOAS

2020

ALINE ARAÚJO PADILHA LAGES

**INCLUSÃO DE METODOLOGIAS DE ENSINO ATIVA NAS ATIVIDADES
TEÓRICAS, PRÁTICAS E AVALIAÇÃO NA RESIDÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES (HUPAA)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização de Preceptoría em Saúde, como requisito final para obtenção do título de Especialista em Preceptoría em Saúde.

Orientadora: Profa. Maria Goretti Barbosa de Sampaio

MACEIÓ/ALAGOAS

2020

RESUMO

Introdução: O preceptor é importante na formação profissional dos residentes, devendo buscar o diálogo, além da visão de integralidade e interdisciplinaridade na atenção a saúde.

Objetivo: Propor a inclusão de metodologia ativa no ensino e avaliação formativa e *feedback* na residência de Clínica médica do HUPAA. **Metodologia:** As atividades teóricas serão baseadas na *Aprendizagem entre pares* e as práticas, na *Preceptoria em um minuto*. Quanto as avaliações, serão a formativa e *feedback*, observando os pontos positivos, negativos e a autorreflexão. **Considerações finais:** Com este projeto teremos uma maior participação dos residentes, permitindo uma melhoria na autonomia e formando profissionais mais capacitados.

Palavras-chave: Residência médica, preceptoria, ensino.

PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

1 INTRODUÇÃO

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987, Pedagogia do oprimido). A importância do diálogo no ensino entre educador e educando, permite que ocorra uma troca de conhecimento, onde o educador deixa de centralizar o seu conhecimento baseado apenas no seu aprendizado e na sua experiência. É um ato de criação entre educando-educador, na qual as ideias não devem ser impostas de um perante o outro, mas deve-se buscar uma forma autêntica de pensar e agir. É importante que se tenha uma abertura para o diálogo, que haja reflexão sobre o exposto e uma troca de confiança. A autossuficiência é incompatível com o diálogo.

Conforme a portaria interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015 que 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). No Art. 4º cita: A previsão da elaboração de planos de atividades de integração ensino-serviço-comunidade para cada serviço de saúde, contendo: a) as diferentes atividades de ensino a serem desenvolvidas na comunidade/serviço de saúde específico; b) as atribuições dos profissionais dos serviços e dos docentes da(s)

instituições de ensino; c) a relação quantitativa estudante/docente, estudante/preceptoria de forma a atender às necessidades do ensino e da assistência de qualidade; e d) a proposta de avaliação da integração ensino-serviço-comunidade com definição de metas e indicadores.

O profissional de saúde assistencial inserido em um ambiente constituído por residentes e discentes, tem a oportunidade de atuar como preceptor, sendo um importante ator no processo de ensino. O conceito de preceptor tem como orientador, supervisor, tutor e mentor. (BOTTI; REGO, 2011).

A atuação do preceptor é integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde; mostrar o caminho, servir como guia; estimular o raciocínio e a postura ativa do residente; planejar, controlar o processo de aprendizagem e analisar o desempenho; aconselhar, usando de sua experiência, cuidando do crescimento profissional e pessoal do jovem médico; observar e avaliar o residente executando suas atividades; ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas. (BOTTI, 2009).

O preceptor deve buscar uma visão de integralidade e interdisciplinaridade que permita a perspectiva de um todo quanto ao paciente em si, o serviço e a comunidade, assim como a participação de outros atores, sejam de outras especialidades ou profissões, evitando a fragmentação do atendimento na saúde.

É importante manter uma relação entre os docentes da instituição de ensino e os profissionais da assistência médica, que atuam como preceptores, aperfeiçoando o processo de ensino-aprendizagem. Visto que, os profissionais da saúde usam seus conhecimentos adquiridos durante a graduação e a experiência clínica, porém não apresentam conhecimento pedagógico para orientar e supervisionar alunos e residentes.

O preceptor que já foi residente ou até mesmo fez residência no ambiente em que atua como preceptor, tem uma percepção mais abrangente da residência médica e, principalmente, dos pontos positivos e das limitações da mesma, podendo influenciar na melhoria e na qualidade da preceptoria.

O método de ensino tradicional focaliza na figura do paciente e do preceptor, no qual o preceptor assume o papel de transmissor do conteúdo e o aluno atua apenas como um expectador. Promovendo a uma compartimentalização do ensino, com a atenção a saúde

apenas curativa e individualizada. O que gera a falta de interesse do discente e a uma diminuição na curva do aprendizado.

Devido a isso, observa-se a necessidade de estratégias de ensino mais dinâmicas e participativas, onde incentiva a autonomia, o pensamento crítico, a dialética da ação-reflexão-ação e o ato de aprender passa a ser um processo reconstrutivo.

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas, podendo exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões. (MITRE, 2008).

Um modelo de metodologia ativa seria a *Preceptoria em um minuto (One-Minute Preceptor)* desenvolvida para ser usada quando um estudante ou residente, após avaliar um caso clínico, solicita auxílio de seu preceptor para a solução do mesmo e seus aspectos envolvidos. O método envolve a elaboração de cinco etapas fundamentais em forma de questionamentos como: comprometimento com o caso; busca de evidências concretas; transmissão de regras de ensinamento gerais; ênfase do que está correto; correção dos potenciais erros. (CHEMELLO, 2009).

Outra metodologia seria a *Aprendizagem entre pares (Peer Instruction)*, que visa explorar a interação entre os alunos durante as aulas expositivas e focar a atenção deles nos conceitos que servem de fundamento. (MAZUR, 2015).

Quanto à avaliação, o uso da avaliação formativa neste contexto, demonstra a relevância da mesma, visto que ela faz parte do processo de ensino-aprendizagem, pois é contínua, informal, dinâmica e auxilia no aprendizado do aluno ou residente, avaliando suas habilidades e competências adquiridas. Além do uso do *feedback*, que permite a autorreflexão do aluno, ao avaliador, enfatizar os pontos positivos e negativos do mesmo, e assim, promover o aperfeiçoamento das habilidades adquiridas e a melhoria do seu desempenho. (BORGES, 2014).

Como fazer para aumentar o interesse e envolvimento dos residentes da Clínica médica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) e dos internos da Faculdade de medicina (FAMED) nas atividades teóricas e práticas de ensino?

Devido a atuação de preceptora da residência de Clínica médica, me proponho a inserir no projeto pedagógico da residência o uso de metodologias ativas, assim como avaliações formativas e *feedback* conforme exposto acima.

2 OBJETIVO

Propor a inclusão no projeto pedagógico de ensino da residência de Clínica médica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) de metodologias de ensino ativas nas atividades teóricas e práticas, assim como um método de avaliação formativo e com *feedback*.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um projeto de intervenção do tipo plano de preceptoria que visa à inclusão no projeto pedagógico de ensino da Residência de Clínica médica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) de metodologias de ensino ativas nas atividades teóricas e práticas, assim como um método de avaliação formativo.

3.2 LOCAL DO ESTUDO /PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O cenário utilizado para aplicação desse plano de preceptoria será a Enfermaria da Clínica médica localizada no 4º andar do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), sendo esta uma instituição pertencente à Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e gerenciada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Em 1973 foram iniciadas as atividades de docência e assistência no Hospital Universitário. Em 1999 foi inaugurada a Residência Médica nas áreas básicas de Clínica médica, Cirurgia geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia. Em 2000, a instituição passou a ser denominado como Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, em homenagem ao professor e médico Carlos Alberto Fernandes Antunes.

Atualmente, o Hospital Universitário possui 209 leitos, sendo 164 leitos de internação nas clínicas, 10 leitos na Unidade de Terapia intensiva de adulto e 6 leitos no Hospital Dia. Além de ambulatórios de especialidades, possui 13 serviços de apoio ao diagnóstico e terapias de média complexidade (Fonoaudiologia, Oftalmologia, Ginecologia, Urologia, Broncoscopia, Otorrinolaringologia, Coloproctologia, Endoscopia, Cardiologia, Laboratório, Radiografia, Ultrassonografia e Anatomia patológica). E 6 serviços de apoio ao diagnóstico e

terapias de alta complexidade (Tomografia computadorizada, Medicina nuclear, Ressonância magnética, Quimioterapia, Hemoterapia e Nefrologia).

A enfermaria da Clínica médica possui atualmente 18 leitos voltados para as especialidades clínicas, sendo conduzidos pelos residentes da Clínica médica juntamente com os internos da Faculdade de Medicina da UFAL (FAMED) e supervisionados pelos preceptores. A Residência de Clínica médica é composta por 12 residentes, sendo 6 residentes do primeiro ano e 6 residentes do segundo ano.

A equipe de preceptores que atuam na enfermaria da Clínica médica é formada por 4 médicos assistentes, sendo 3 médicos concursados pela EBSEH e apenas um com vínculo empregatício de Regime Jurídico Único (RJU).

Diante disso, o plano de preceptoria terá como público-alvo os residentes da Clínica médica e os internos da FAMED que estarão no estágio obrigatório na Unidade de Clínica médica. E a equipe executora será formada pelos médicos assistentes do corpo clínico que já atuam como preceptores da residência de Clínica médica.

3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA

O plano de preceptoria baseia-se no projeto de ensino da Residência de Clínica médica do HUPAA com metodologias ativas. Desta forma, nas atividades teóricas iremos usar a metodologia baseada na *Aprendizagem entre pares (Peer Instruction)* e nas atividades práticas, a *Preceptoria em um minuto (One-Minute Preceptor)*.

As atividades teóricas serão realizadas semanalmente na sala de aula localizada no 4º andar do HUPAA (sala 429) que dispõe de material de multimídia. Nesta atividade será discutido um tema relevante para a clínica médica. Inicialmente, será feita uma explanação breve de um tópico do assunto, focando nos pontos-chaves, depois será feita uma questão conceitual sobre este tópico que está sendo discutido. Será dado um tempo para que os residentes e internos pensem e anotem sua resposta individualmente, posteriormente, discutam com seus colegas em grupo formado por pelo menos um residente para cada dois internos. Cada grupo anota a sua resposta e apresenta para os demais grupos. O preceptor expõe a resposta correta, se a porcentagem de respostas corretas for muito baixa (menos de 30%), o preceptor ensina novamente o mesmo tópico com mais detalhes e mais devagar para depois passar para o próximo tópico.

No início da residência será entregue um cronograma com os temas a serem discutidos nestas atividades teóricas e orientado a utilizar as ferramentas de pesquisa disponibilizadas na

rede do hospital, assim como nos computadores da biblioteca do Centro de estudo, tendo acesso a fontes de informações virtuais como: UpToDate, The New England Journal of Medicine, portal de periódicos da Capes e da UFAL. Além de acesso a biblioteca virtual em saúde como: Lilacs, PubMed, Scielo e Springer Link.

As atividades práticas serão realizadas três vezes na semana na enfermaria da Clínica Médica, localizada no 4º andar do HUPAA. Nesta atividade será feita a visita médica pelo preceptor, residente e graduando aos pacientes internados na enfermaria. Posteriormente, será discutido cada caso clínico na sala de reunião localizada no 4º andar do HUPAA (sala 432). Utilizando o método *Preceptoria em um minuto (One-Minute Preceptor)*, o residente responsável pelo paciente irá expor a história clínica do mesmo e, posteriormente, o preceptor usará um roteiro de discussão baseado nas cinco etapas fundamentais desta metodologia: comprometimento com o caso; busca de evidências concretas; transmissão de regras de ensinamento gerais; ênfase do que está correto; correção dos potenciais erros.

O método usado para avaliar o desempenho dos residentes na pós-graduação, será através da avaliação somativa por testes de múltipla escolha de acordo com os conteúdos ensinados. Assim como a avaliação formativa, sendo esta contínua e realizada de maneira informal, e *feedback*, onde iremos observar os pontos positivos e negativos, a autorreflexão, em busca do aprimoramento das habilidades e conhecimentos do residente. Junto com o cronograma das atividades e avaliações, será entregue os objetivos de aprendizagem e competências que deverão ser adquiridos ao longo da residência.

Promoveremos semanalmente reuniões na enfermaria da Clínica médica, para discussão dos casos mais complexos e que seja de fundamental importância à atuação da equipe, com a participação nesta reunião dos preceptores, residentes e discentes da área médica e da residência multiprofissional, assim como das outras áreas de atuação (enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia e assistência social), para que haja uma troca de conhecimento e experiência para melhor desfecho do caso clínico discutido.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

A falta de participação dos docentes nas atividades, a falta de apoio e integração com a FAMED, embora os internos façam estágio obrigatório na Unidade de Clínica médica (enfermaria do 4º andar e ambulatórios das especialidades clínicas no HUPAA), pode vir a ser uma fragilidade do serviço, já que estes internos passam a ser de responsabilidade dos

médicos assistentes desta Unidade, não tendo conhecimento pedagógico para orienta-los e supervisiona-los.

As oportunidades diante deste plano de preceptoría seria uma inovação na metodologia de ensino na Residência de Clínica médica do HUPAA, promovendo uma maior participação ativa do residente, autonomia e diálogo entre residente-preceptor. Além da integração e interdisciplinaridade com a equipe multiprofissional.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Durante a realização do *feedback* que será a cada três meses, solicitaremos ao residente da Clínica médica uma avaliação da atuação do preceptor, análise das novas metodologias adotadas nas atividades teóricas e práticas, assim como a participação deles e dos internos nestas atividades.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a aplicação das metodologias ativas nas atividades teóricas e práticas na Residência de Clínica médica do HUPAA, promoveremos um ensino interativo com uma maior participação dos residentes e internos, um maior diálogo entre residente-preceptor, permitindo uma melhoria na autonomia e liberdade na tomada de decisões pelo residente, formando profissionais mais capacitados, atualizados, com uma visão de integralidade e interdisciplinaridade da atenção à saúde. Além dos métodos de avaliação que permitem ao residente uma autorreflexão e melhoria da sua autoestima. E diante do exposto, o preceptor também aumenta a sua confiança, a sua empatia, entende que não domina o conhecimento absoluto e que através desse diálogo nivelado, se permiti a aumentar o seu conhecimento técnico, ético e moral. Pois como citado: “Aquele que enfrenta o desafio de desejar transformar o ensino enfrenta, também, o desafio de promover a sua própria transformação”. (MITRE, 2008).

REFERÊNCIAS:

AUTONOMO, F.R.O.et al. A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 39, n. 2, p. 316-327, 2015.

BORGES, M. C. et al. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. Medicina, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 324-331, 2014.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S.T.A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. Physis- Rev Saúde Colet, v.21, n.1, 2011.

BOTTI, S.H.O. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Rio de Janeiro; 2009.

CHEMELLO, D.; MANFRÓI, W.C.; MACHADO, C.L.B. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptorial em um minuto. Rev. bras. educ. méd, v. 33, n. 4, p. 664-669, 2009.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido, 17^a. Ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

MAZUR, E. Peer instruction: a revolução da aprendizagem ativa. Porto Alegre: Penso, 2015.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

PANÚCIO-PINTO, M.P.; TRONCON, L.E. de A. Avaliação do estudante – aspectos gerais. Revista de Medicina da FMRP. Ribeirão Preto 2014;47(3):314-23.

<http://www2.ebserh.gov.br/web/hupaa-ufal> acessado em: 26 de Outubro de 2020.

APÊNDICE:

Cronograma das atividades da Residência de Clínica Médica do HUPAA					
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Atividades teóricas					
Atividades práticas					
Reunião multiprofissional					

Cronograma das avaliações da Residência de Clínica Médica do HUPAA				
Avaliação somativa	Abril	Julho	Outubro	Janeiro
Avaliação formativa	Contínua			
Feedback	Abril	Julho	Outubro	Janeiro

Roteiro para discussão das atividades práticas (Preceptoría em um minuto):
1- Comprometimento com o caso.
Entender como o residente interpreta o caso. “O que você acha que está acontecendo com o paciente?” “Qual a sua ideia sobre a conduta a ser tomada?”
2- Busca de evidências concretas.
Questionar os motivos que o levam a definir o diagnóstico e conduta. “Porque você acha isso?” “O que mais você considera a respeito deste caso?”
3- Transmissão de regras de ensinamentos gerais.
O preceptor irá explanar sobre os pontos-chaves do caso clínico usando preceitos amplos e com conhecimento mais básico, posteriormente, progredindo com assuntos mais complexos com a evolução das habilidades dos residentes.
4- Ênfase do que está correto
5- Correção dos potenciais erros
Sugerir a autocrítica pelo residente. Sugestões de leituras específicas para melhoria das dificuldades observadas.

CHEMELLO, D.; MANFRÓI, W. C.; MACHADO, C. L. B. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptoría em um minuto. Rev. bras. educ. méd, v. 33, n. 4, p. 664-669, 2009.

ANEXOS:**PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.127, DE 04 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).

OS MINISTROS DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhes confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria Interministerial nº 10/MEC/MS, de 20 de agosto de 2014, que institui a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde;

Considerando a Portaria Interministerial nº 285/MS/MEC, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE);

Considerando a Resolução nº 3/CNE/CES, de 20 de junho de 2014, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências; e

Considerando a necessidade de se instituir as diretrizes voltadas à celebração dos compromissos das instituições de ensino, programas de residência em saúde e gestões municipais e estaduais de saúde para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação no âmbito do SUS, especialmente nos serviços previstos por meio da Política Nacional de Atenção Básica em vigência, resolvem:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Ficam instituídas 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).

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS, PRINCÍPIOS E CONTEÚDO

Art. 2º O COAPES tem como objetivos:

- I – garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde; e
- II – estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Art. 3º O COAPES observará aos seguintes princípios:

- I – formação de profissionais de saúde em consonância aos princípios e diretrizes do SUS e tendo como eixo a abordagem integral do processo de saúde-doença;
- II – respeito à diversidade humana, à autonomia dos cidadãos e à atuação baseada em princípios éticos, destacando-se o compromisso com a segurança do paciente, tanto em intervenções diretas quanto em riscos indiretos advindos da inserção dos estudantes no cenário de prática;
- III – compromisso das instituições de ensino e gestões municipais, estaduais e federal do SUS com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral;

IV – singularidade das instituições de ensino envolvidas no processo de pactuação e contratualização das ações de integração ensino e serviço, especialmente as especificidades relativas à natureza jurídica das instituições de ensino;

V – compromisso das instituições de ensino com o desenvolvimento de atividades que articulem o ensino, a pesquisa e a extensão com a prestação de serviços de saúde, com base nas necessidades sociais em saúde e na capacidade de promover o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde da região;

VI – compromisso das instituições de ensino, Estados e Municípios com as condições de biossegurança dos estudantes nos serviços da rede;

VII – integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde;

VIII – planejamento e avaliação dos processos formativos, compartilhada entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços de saúde, garantida a autonomia progressiva do estudante no desenvolvimento de competências em serviço e de integração do processo de trabalho da equipe em saúde; e

IX – participação ativa da comunidade e/ou das instâncias do controle social em saúde.

Art. 4º O COAPES conterá, obrigatoriamente:

I – definição dos serviços de saúde que serão campo de atuação das instituições de ensino, para o desenvolvimento da prática de formação, dentro do território;

II – definição das atribuições dos serviços de saúde e das instituições formadoras, em relação à gestão, assistência, ensino, educação permanente, pesquisa e extensão;

III – definição do processo de designação dos preceptores da rede de serviços de saúde e sua relação com a instituição responsável pelo curso de graduação em saúde ou pelo Programa de Residência em Saúde; e

IV – previsão da elaboração de planos de atividades de integração ensino-serviço-comunidade para cada serviço de saúde, contendo:

a) as diferentes atividades de ensino a serem desenvolvidas na comunidade/serviço de saúde específico;

b) as atribuições dos profissionais dos serviços e dos docentes da(s) instituições de ensino;

c) a relação quantitativa estudante/docente, estudante/preceptoria de forma a atender às necessidades do ensino e da assistência de qualidade; e

d) a proposta de avaliação da integração ensino-serviço-comunidade com definição de metas e indicadores.

Parágrafo Único: O COAPES será elaborado a partir do modelo de Termo de Contrato Organizativo de ação Pública Ensino-Saúde constante do Anexo, cujo conteúdo poderá ser acrescido, observado o disposto no “caput”.

CAPÍTULO III DAS DIRETRIZES ORGANIZATIVAS

Art. 5º O processo de contratualização envolverá todas as instituições de ensino interessadas e todos os gestores municipais, estaduais e federal responsáveis pela rede utilizada como campo de prática no território objeto do contrato.

§ 1º O processo de contratualização será coordenado por 1 (um) dos gestores municipais de saúde do território objeto do contrato.

§ 2º Cada Município poderá ser coordenador de 1 (um) único COAPES, não impedindo que seja parte contratante de outros contratos que demandem o seu território enquanto cenário de prática.

§ 3º O gestor municipal de saúde responsável pela coordenação informará à Comissão Executiva dos COAPES acerca do início do processo de contratualização.

§ 4º Os municípios com mais de uma Instituição de ensino e/ou programa de residência em seu território deverão celebrar um COAPES envolvendo todas as instituições de ensino e/ou programas de residência visando garantir durante todo o processo transparência e o cumprimento dos princípios estabelecidos no artigo 3º desta portaria.

§ 5º Poderão ser incorporados ao COAPES termos aditivos específicos de pactuação entre os gestores do SUS e cada Instituição de Ensino e/ou programa de residência.

Art. 6º A Comissão Executiva dos COAPES poderá ser acionada para intermediar conflitos que porventura surjam entre as partes contratantes, inclusive em relação ao início do processo de contratualização, observado o disposto no art. 7º.

Art. 7º A Comissão Executiva dos COAPES poderá designar equipe de apoio, para acompanhar o processo de contratualização.

Art. 8º As Comissões Integestores Bipartite (CIB) e as Comissões Integestores Regionais (CIR) definirão os próprios fluxos e procedimentos para o processo de contratualização.

Parágrafo único. Os COAPES elaborados serão enviados à Comissão Integestores Tripartite (CIT).

CAPÍTULO IV DO COMITÊ GESTOR LOCAL DO COAPES

Art. 9º Após a celebração do COAPES, será constituído o Comitê Gestor Local do COAPES, no âmbito do território objeto do contrato, que possuirá as seguintes atribuições:

I – acompanhar a execução do COAPES; e

II – acompanhar e avaliar a integração ensino-serviço-comunidade.

§ 1º O Comitê Gestor Local do COAPES será composto por representantes dos segmentos envolvidos, tais como professores, estudantes, gestores, profissionais de saúde e membros do controle social em saúde, preferencialmente do segmento dos usuários.

§ 2º As Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) de referência do território poderão ser os espaços de discussão eleitos para o processo de acompanhamento.

CAPÍTULO V DAS COMPETÊNCIAS

Art. 10. Compete ao Ministério da Educação:

I – aperfeiçoar o sistema atual de avaliação da educação superior em relação aos cursos de graduação na área da saúde e programas de residência em saúde, priorizando a dimensão da avaliação voltada à formação para o SUS, especialmente as atividades de integração ensino-serviço-comunidade, em consonância com as recomendações da Comissão Executiva dos COAPES;

II – promover iniciativas de apoio à formação docente e a constituição dos Núcleos de Formação e Desenvolvimento Docente no âmbito das instituições de ensino, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de graduação na área da saúde;

III – garantir a interlocução junto aos movimentos organizados de estudantes e docentes a nível nacional e regional, com vistas ao desenvolvimento da integração ensino-serviço-comunidade;

IV – desenvolver estratégias de apoio técnico junto aos Estados, Municípios e instituições de ensino no processo de desenvolvimento do COAPES;

V – induzir e apoiar as Instituições Federais de Educação Superior (IFES) nos processos de integração ensino-serviço-comunidade;

VI – realizar medidas de articulação junto ao sistema federal de educação para implementação das DCN dos cursos de graduação na área da saúde;

VII – articular junto aos sistemas estaduais e municipais de educação, para garantir a adesão dos cursos de graduação na área da saúde às DCN, através de espaços como o fórum dos conselhos estaduais de educação;

VIII – apoiar ações de integração entre os cursos de graduação em saúde e os programas de residência em saúde;

IX – definir, em conjunto com o Ministério da Saúde, diretrizes de pactuação, monitoramento e avaliação da execução dos COAPES; e

X – reconhecer o papel e a importância do controle social na saúde, representado pelas instâncias dos Conselhos de Saúde, no processo de fortalecimento da integração entre ensino, serviço e comunidade, incluindo-os nas iniciativas de pactuação, monitoramento e avaliação da execução dos COAPES.

Art. 11. Compete ao Ministério da Saúde:

I – priorizar os incentivos previstos nas políticas e programas federais para os Estados e Municípios que aderirem ao COAPES e que estejam envolvidos nas ações de integração entre ensino, serviço e comunidade;

II – promover a formação de preceptores no serviço de saúde, apoiando ações de valorização profissional, em parceria com a gestão municipal/estadual de saúde e as instituições de ensino;

III – apoiar gestões municipais e estaduais na institucionalização da preceptoria como parte das atribuições dos profissionais de saúde e valorização desta atividade por meio de medidas como gestão de carga horária, incentivos para qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, dentre outras possibilidades;

- IV – garantir a interlocução junto aos movimentos organizados de estudantes e docentes a nível nacional e regional, com vistas ao desenvolvimento da integração entre ensino, serviço e comunidade;
- V – desenvolver estratégias de apoio técnico junto aos Estados, Municípios e instituições de ensino no processo de pactuação e desenvolvimento do COAPES;
- VI – induzir e apoiar Estados e Municípios para a gestão das atividades de integração entre ensino e serviço no âmbito do COAPES;
- VII – fomentar a realização de educação permanente e a integração destas com as atividades de formação da graduação e das residências em saúde;
- VIII – promover estratégias de desenvolvimento da rede de saúde enquanto espaço de ensino aprendizagem;
- IX – definir, em conjunto com o Ministério da Educação, diretrizes de pactuação, monitoramento e avaliação da execução dos COAPES, com a participação dos Conselhos de Saúde em todas as suas instâncias;
- X – apoiar ações de integração entre os cursos de saúde e os programas de residência em saúde;
- XI – apoiar ações educacionais voltadas ao aperfeiçoamento e qualificação dos profissionais dos serviços a serem ofertadas pelas instituições de ensino mediante elaboração de planos de capacitação e educação permanente; e
- XII – participar dos processos de fortalecimento e aperfeiçoamento do sistema de avaliação da educação superior em relação aos cursos de graduação na área da saúde e programas de residência em saúde, priorizando a dimensão da avaliação voltada à formação para o SUS, especialmente as atividades de integração ensino-serviço-comunidade, em consonância com as recomendações da Comissão Executiva dos COAPES.

Art. 12. Compete às instituições de ensino e aos programas de residência em saúde:

- I – participar e manter representação no Comitê Gestor Local do COAPES;
- II – contribuir de forma corresponsável com a gestão dos serviços de saúde, definindo conjuntamente metas e ações para melhoria dos indicadores de saúde loco-regionais e da atenção prestada, para atender as necessidades da população;
- III – promover atividades de ensino, extensão e pesquisa nos serviços e comunidades de modo integrado, articulando os fundamentos teóricos e éticos às situações práticas nas perspectivas interprofissional, interdisciplinar e intersetorial, com íntima ligação entre as necessidades e demandas de saúde nos territórios;
- IV – garantir a participação dos profissionais de saúde no planejamento e avaliação das atividades que serão desenvolvidas em parceria com os serviços de saúde;
- V – supervisionar efetivamente as atividades desenvolvidas pelos estudantes, nas redes de atenção à saúde, definindo professor (es) ou preceptor (es) da instituição de ensino e/ou programa de residência para supervisão, sendo que a periodicidade deve ser estabelecida conforme natureza das atividades realizadas e das competências a serem desenvolvidas pelos estudantes, observadas as legislações específicas;
- VI – acordar, junto à gestão municipal, estadual, federal e do Distrito Federal, medidas que mantenham a promoção da atenção contínua, coordenada, compartilhada e integral, respeitando-se a relação estudante-usuário de serviço de saúde/docente/preceptor, de modo a evitar a descontinuidade do atendimento, a superlotação do serviço e prejuízos à atenção à saúde ao usuário do SUS;
- VII – garantir a identificação do preceptor no serviço (professor ou profissional de saúde), sendo que, no caso dos estudantes de graduação, quando a atividade implicar em assistência ao paciente (realização de procedimentos, consultas, orientações), o preceptor será responsável pelo atendimento prestado;
- VIII – promover a realização de ações, com foco na melhoria da saúde das pessoas, a partir de diretrizes e de normas técnicas para a realização de processos e procedimentos com vistas à qualidade da assistência e segurança do usuário do SUS, fundamentado em princípios éticos;
- IX – contribuir de maneira corresponsável com os profissionais dos serviços, gestores, estudantes e usuários para a formulação e desenvolvimento das ações de formação e qualificação dos trabalhadores para o SUS, a partir do compromisso com a responsabilidade sanitária do território;
- X – oferecer aos profissionais da rede de serviços oportunidades de formação e desenvolvimento que contribuam com a qualificação da assistência, da gestão, do ensino e do controle social na saúde, com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

XI – desenvolver sistematicamente qualificação e avaliação do docente e preceptor, de forma compartilhada entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços;

XII – fomentar ações de valorização e formação voltada para os preceptores, tais como inclusão em pesquisas (como pesquisadores), certificação da atividade de preceptoria, apoio à participação em atividades como cursos, congressos, dentre outros, que deverão estar explicitados no COAPES;

XIII – contribuir para a formulação e desenvolvimento de políticas de ciência, tecnologia e inovação com base nas necessidades loco-regionais;

XIV – garantir o fornecimento de instrumentos de identificação do seu estudante combinado no plano de atividades de cada serviço e de acordo com as atividades a serem desenvolvidas;

XV – contribuir com a rede de serviços do SUS através das seguintes modalidades de contrapartida:

a) oferta de processos formativos para os trabalhadores e gestores da rede;

b) oferta de residência em saúde; e

c) desenvolvimento de pesquisas e novas tecnologias, a serem estipulados nos Planos de Atividade de Integração Ensino Serviço;

XVI – estabelecer mecanismos de apoio e assistência estudantil quando o campo de prática for fora do Município sede da instituição de ensino, quando de difícil acesso, de acordo com as especificidades locais; e

XVII – incentivar processos colegiados de acompanhamento educacional para curso de graduação ou Programa de Residência em Saúde, com o intuito de acompanhar o desenvolvimento da dimensão pedagógica das atividades de integração ensino-saúde, compostas por representantes do corpo docente, da(s) Comissão(ões) de Residência em Saúde, dos estudantes, dos preceptores dos serviços, dos gestores da saúde, dos órgãos de controle social em saúde ou da comunidade local.

Parágrafo único. No caso das instituições privadas, acrescentam-se às contrapartidas de que trata o inciso XV a possibilidade de investimento na aquisição de equipamentos, material permanente e outros bens.

Art. 13. Compete à gestão em saúde estadual e municipal:

I – mobilizar o conjunto das instituições de ensino e Municípios como campo de prática no seu território para discussão e organização da integração entre ensino, serviço e comunidade, com vistas à celebração de 1 (um) único COAPES;

II – participar e manter representação no Comitê Gestor Local do COAPES;

III – definir critérios equânimes relativos à inserção das instituições de ensino nos cenários de prática nos quais serão desenvolvidas as atividades acadêmicas, com base nas DCN e nos parâmetros do Ministério da Educação, priorizando as instituições de ensino públicas, conforme preceitos do SUS;

IV – definir de forma articulada com as instituições de ensino os critérios para seleção de profissionais dos serviços de saúde para desenvolvimento das atividades de supervisão/tutoria/preceptoria;

V – estimular a atividade de preceptoria mediante sua inclusão nas políticas referentes à qualificação e valorização dos profissionais de saúde por meio de medidas como gestão de carga horária, incentivos de qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, dentre outras possibilidades, considerando como indissociável a relação entre ensino e serviço;

VI – promover a reflexão sobre a prática e a troca de saberes entre os profissionais de saúde na identificação e discussão de seus problemas vivenciados no processo de trabalho, para aprimorar a qualidade da atenção;

VII – desenvolver sistemática de qualificação e a avaliação do docente e preceptor, compartilhada entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviço;

VIII – disponibilizar as instalações e equipamentos nas Redes de Atenção à Saúde para o desenvolvimento das atividades acadêmicas teóricas e práticas dos cursos de graduação e de programas de residência em saúde; e

IX – reconhecer as atribuições do controle social em saúde, representado pelas instâncias dos Conselhos de Saúde no processo de fortalecimento da integração entre ensino, serviço e comunidade, quando do desenvolvimento de iniciativas de contratualização, seu monitoramento e avaliação da execução dos contratos.

Art. 14. Compete ao controle social em saúde:

I – participar do processo de fortalecimento da integração entre ensino, serviço e comunidade, quando do desenvolvimento de iniciativas de contratualização, monitoramento e avaliação da execução dos COAPES, em todas as suas etapas e em todos os níveis de execução;

II – apresentar as demandas dos usuários e dos profissionais de saúde que atuam no SUS, que atendam às necessidades sociais em saúde e o desenvolvimento regional/local quando da pactuação do COAPES pela gestão e pela instituição de ensino superior;

III – monitorar as condições de estruturação e reestruturação da rede de serviços para atender as demandas relativas à presença de estudantes e docentes, atentando-se para as condições de acessibilidade e práticas institucionais (instituições de ensino e serviços de saúde) que sejam promotoras de inclusão social;

IV – monitorar a transparência pública da contrapartida institucional das instituições de ensino nos campos de prática dos estudantes;

V – desenvolver ações de educação permanente para o exercício do controle social em saúde que envolvam a participação de estudantes, docentes das instituições de ensino e preceptores dos serviços de saúde; e

VI – fomentar ações de reconhecimento da educação permanente integrada ao processo de trabalho dos serviços que recebem estudantes e docentes das instituições de ensino.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15. A celebração e implementação dos COAPES serão avaliadas por meio de indicadores e metas, obrigatórios e facultativos, a serem definidos pela Comissão Executiva do COAPES.

§ 1º Os Comitês Gestores Locais do COAPES poderão desenvolver indicadores específicos de monitoramento.

§ 2º A definição de indicadores implica em definição de metas para acompanhamento e monitoramento das ações.

§ 3º Os indicadores e metas deverão ser informados em sistema de informação a ser disponibilizado pelos Ministérios da Educação e da Saúde conforme regulamentação ulterior.

Art. 16. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RENATO JANINE RIBEIRO
Ministro de Estado da Educação
ARTHUR CHIORO
Ministro de Estado da Saúde