



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO DOCENTE EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA
SAÚDE: NOVAS METODOLOGIAS

ALESSANDRA SANTOS PORTELA

**ELABORAÇÃO E CONSTRUÇÃO DAS UNIDADES PEDAGÓGICAS DO
CICLO 1 E DO CICLO 2 REFERENTES A IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
ADQUIRIDA: PROJETO DE UMA GRADUAÇÃO MÉDICA CONTEMPORÂNEA
MODELO PUC-RIO**

Trabalho de conclusão de curso
como requisito para obtenção do
diploma da especialização Lato
sensu em Formação docente em
Medicina e Ciências da Saúde: Novas
Metodologias de ensino e aprendizagem
da Pontifícia Universidade Católica.

Orientação Jorge Biolchini, MD, MSc, PhD.

RIO DE JANEIRO

2015



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO DOCENTE EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA
SAÚDE: NOVAS METODOLOGIAS

ALESSANDRA SANTOS PORTELA

Trabalho de Conclusão de Curso submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de especialista em Lato sensu em Formação docente em Medicina e Ciências da saúde: Novas metodologias de ensino e aprendizagem ativas.

COORDENAÇÃO

Prof. PhD Dr. Jorge Biolchini.

DEDICATORIA

À PUC-RJ, e ao coordenador do curso ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO DO-CENTE EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE: NOVAS METODOLOGIAS PUC-RJ, Prof. Dr. Jorge Biolchini, pelo convívio, pelo apoio, pela compreensão, pela amizade e por caminhar junto a mim na progressão educacional desde o curso na PUC até a minha defesa de dissertação de Mestrado e quissá de Doutorado; toda a minha admiração e apreço; e o meu muito obrigada.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes no meu enriquecimento cultural e que me auxiliaram intelectualmente no desenvolvimento dessa monografia e na minha visão do mundo.

E o que dizer a você Jorge da Cunha Barbosa Leite? Meu marido querido e tão amado; obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força, pelo carinho, pelo amor a mim e principalmente por acreditar que eu valho a pena. Hoje estamos colhendo, juntos, os frutos do nosso empenho! Esta vitória é nossa!!!

AGRADECIMENTOS

A PUC-RIO, ao seu corpo docente, sua direção e administração que me permitiram adquirir novos conhecimentos, sobre um tema tão relevante como é a Educação Médica, que deve sempre ser pautada na confiança, no mérito e na ética, como pude constatar estão sempre aqui presentes.

Ao Prof. Dr. Jorge Biolchini pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Meus agradecimentos mais sinceros a Jorge da Cunha Barbosa Leite, companheiro de vida e de trabalho, amigo, mentor intelectual, incentivador, e “louco” por permitir e acreditar que eu seria capaz de ajudá-lo, aplicando na graduação do Curso de medicina da UNIRIO as novas metodologias de ensino e aprendizagem ativas determinadas pelo Ministério da Educação; acreditando na seriedade e confiando na capacidade de mudanças; a minha maior e sincera admiração.

É preciso diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz de tal forma que, em um dado momento, a tua fala seja a tua prática.

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: A educação Médica brasileira tem passado por grandes transformações nas últimas décadas. Os currículos dos cursos de graduação em medicina sofreram modificações nos últimos anos, no Brasil e no mundo. Nos anos de 1960-70 a grade curricular dos cursos de medicina fragmentava-se em setores e especialidades, não só no chamado ciclo básico, como no intermediário e também no internato. Isso mudou e hoje, segundo as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em medicina de 2014 visam a formação de um médico generalista pautado nas necessidades do Sistema Único de Saúde. **Proposta:** A PUC-RIO com sua proposta para uma graduação Médica Contemporânea, promove, através de seu primeiro curso de Formação de Docentes em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias, a elaboração de novas abordagens metodológicas por seus alunos visando a criação de atividades adequadas à nova realidade que se impõe. Buscou-se com o presente estudo a construção de duas Unidades Pedagógicas dos ciclos 1 e 2, HIV/AIDS, dor orofacial e sinusopatias, respectivamente, demonstrando-se com aplicação de atividades simples que é possível a utilização da metodologia de ensino e aprendizagem ativas no desenvolvimento de um futuro médico crítico e reflexivo, mais resolutivo. **Considerações finais:** Não se pretende idealizar qualquer tipo de avaliação ou esgotar o assunto. Aborda-se a avaliação partindo da realidade contextual dos atores envolvidos no processo de aprendizagem tornando-se um valioso instrumento que permita o per-mei-o do binômio “professor-aluno”, de maneira a permitir um aprendizado praze-roso, construtivista, responsável e autônomo.

Palavras-chave: Educação médica, metodologia ativa, avaliação discente, HIV-AIDS, dor orofacial, sinusopatias.

ABSTRACT

Introduction: Brazilian medical education has gone through big changes in recent decades. The curriculae of undergraduate courses in medicine have undergone changes in recent years, in Brazil and in the world. In the 1960-70 years the curriculum of medical courses were fragmented in sections and specialties, not only in the basic cycle, as in intermediary and also at boarding college. This has changed and today, according to the new National Curriculum Guidelines for undergraduate of 2014, the formation of a medical graduate is mainly based on the needs of the public health system. **Proposal:** PUC-RIO has a proposal for a Contemporary Medical graduate, and is promoting, through its first training course for teachers in Medicine and Health Sciences, the development of new methodological approaches for their students aiming at the creation of activities appropriate to the new reality that is imposed. Sought with this study the construction of two Educational Units of cycles 1 and 2, HIVAIDS, orofacial pain and sinusopatias, respectively, demonstrates, with application of simple activities, that is possible the use of active teaching and learning methodology in the development of a future doctor critical and reflective, more resolute. **Final Considerations:** The author not intend to idealize any type of evaluation or exhaustive. Deals with the assessment from the contextual reality of the actors in the learning process making it a valuable instrument for relationship between teacher and student, in order to allow a pleasurable learning, constructivist, responsible and autonomous.

Keywords: medical education, active methodology, student assessment, HIV-AIDS, orofacial pain, sinusitis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Taxonomia de Bloom e Bloom revisada respectivamente. Categorias do domínio cognitivo proposto por Bloom, Englehart, Furst, Hill e Krathwolh, revisada por Anderson.....23

Figura 2 - A “Pirâmide de Miller”, modelo conceitual que ilustra as bases cognitivas (“*saber*” e “*saber como fazer*”) da prática profissional (“*fazer*”) e a necessidade da avaliação de habilidades e competências práticas (“*mostrar como faz*”), especialmente interessante nas áreas clínicas.....23

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da imunodeficiência humana adquirida.

ARV – Antirretrovirais.

ATM – Articulação temporomandibular.

AVA – Ambiente virtual de aprendizagem.

BSC – Módulo da Saúde Coletiva.

BSP – Módulo da Saúde da Pessoa.

DCN – Diretrizes Nacionais Curriculares.

HIV – Vírus da imunodeficiência humana.

MEC – Ministério da Educação.

Mini-CEX – Miniclinical Examination.

ORL – Otorrinolaringologia.

ppt – Powerpoint.

Sinaes – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TARV – Tratamento antirretroviral.

TIC – Tecnologia de informação e comunicação.

TR – Transcriptase reversa.

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.

UP – Unidade Pedagógica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. Referencial Teórico.....	15
1.1.1. Trajetória do ensino tradicional ao desenvolvimento do modelo da integralidade.....	15
1.2. A PUC-RIO como escola médica.....	17
1.3. Objetivos gerais.....	20
2. PROPOSTA DE UM PROJETO PEDAGÓGICO PARA A UNIDADE PEDAGÓGICA (UP) DO CICLO 1: MÓDULO DA SAÚDE DA PESSOA (BSP) E SAÚDE COLETIVA (BSC): IMUME - PROBLEMA INTEGRADOR: AIDS.....	20
2.1. Contextualização.....	21
2.2. Objetivo específico da UP1.....	23
2.3. Plano de execução do Módulo Imune/AIDS.....	24
2.3.1. História Natural do HIV: Definição, epidemiologia, panorama sócio-cultural nacional e internacional e transmissão.....	25
2.3.2. Agente etiológico/virologia, ciclo biológico, sítios de atuação farmacológica.....	31
2.3.3. Anatomia e histologia do sistema linfático e órgãos linfóides, fisiopatologia e a correlação com quadro clínico desenvolvido.....	37
2.3.4. O papel da genética, fases da doença, diagnóstico laboratorial, doenças definidoras da AIDS, abordagem ao paciente HIV+ e imunizações.....	37
2.3.5. Medicina preventiva individual e coletiva, abordagem farmacológica: TARV e quimioprofilaxias.....	39

3. PROPOSTA DE UM PROJETO PEDAGÓGICO PARA A UNIDADE PEDAGÓGICA DO CICLO 2: DEMANDA: DOR DE CABEÇA - GRANDE TEMA: CEFALÉIA – DOENÇA: DOR OROFACIAL E SINUSOPATIAS	41
3.1. Contextualização.....	41
3.2. Objetivo específico da UP2.....	42
3.3. Plano de execução da UP 2 Demanda: Dor de cabeça – cefaleia – Dor orofacial e sinusopatias.....	42
3.3.1. Dor orofacial.....	43
3.3.2. Sinusopatias agudas.....	47
3.3.2.1. Anatomia e histologia da face, das estruturas do nariz e cavidades paranasais e retrofaríngea.....	47
3.3.2.2. Definição, fisiopatologia, classificação quanto ao tempo e quanto a forma clínica, agentes etiológicos, fatores predisponentes anatômicos e funcionais, anamnese e exame físico dirigido, estudo por imagem, tratamento clínico e cirúrgico e complicações.....	47
3.3.2.2.a. Rinologia: semiologia e exame físico de cabeça e pescoço.....	49
3.3.3. Sinusopatias crônicas....	
3.3.3.1. Definição, fisiopatologia, classificação quanto ao tempo e quanto a forma clínica, agentes etiológicos, fatores predisponentes anatômicos e funcionais, anamnese e exame físico dirigido, estudo por imagem, tratamento clínico e cirúrgico e complicações.....	51
3.3.3.1.a. Rinologia: semiologia e exame físico de cabeça e pescoço.....	51
3.3.4. Sinusopatias e HIV/AIDS.....	51
3.3.4.1. Definição, fisiopatologia, classificação quanto ao tempo e quanto à forma clínica, agentes etiológicos, fatores predisponentes anatômicos e funcionais, anamnese e exame físico dirigido, estudo por imagem, tratamento clínico e cirúrgico e complicações.....	51

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
4.1. Relações de interatividade entre as UP do ciclo 1.....	56
4.2. Relações da demanda dor de cabeça com outras demandas.....	56
4.3. Qual o perfil de competências desenvolvidos no aluno ao alcançar o internato.....	57
4.4. Projeção da continuidade das avaliações para o internato e futuro egresso de medicina.....	57
REFERÊNCIAS.....	62

APRESENTAÇÃO

A Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro representada pela Escola Médica de Pós-Graduação oferece atualmente 38 cursos de especialização, e foi a pioneira com curso na área clínica no Brasil – o mestrado em Gastroenterologia, em 1970.

Dirigida atualmente pelo Magnífico Reitor Pe. Josafá Carlos de Siqueira, S.J., pelo Decano do Centro de Ciências Biológicas e de Medicina (CCBM) o excelentíssimo Prof. Hilton Augusto Koch e pelo Coordenador do curso da Escola Médica e do curso de Especialização em Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias, o Prof. Jorge Biolchini, a PUCRIO, não mede esforços para capacitar a formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços direcionados a construir o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta para uma Graduação Médica Contemporânea Modelo PUC-Rio, criada em 2011, fundamenta-se em um ensino médico priorizando-se a formação de um profissional com visão ampliada do seu papel, com uma perspectiva que ultrapassa a técnica médica. Esse egresso de Saúde terá análise crítica da área no cenário nacional e internacional; que caracterizar-se-á pelo compromisso socioambiental e pela responsabilidade ética; será mais eficiente na ponderação das melhores evidências disponíveis, junto ao paciente, para a tomada de decisão; e será responsável pelo próprio aprendizado. Para tanto, serão utilizadas metodologias pedagógicas diversas, com ênfase nas ativas; avaliações sistemáticas, que assegurarão uma constante atualização e reformulação do curso; consistirá de ambientes protegidos para o desenvolvimento de competências, como os laboratórios de habilidades e simulação, nos quais trarão segurança para o desenvolvimento dessas competências; a qualificação pelas parcerias efetivas com a rede de Saúde Pública do entorno da Instituição; além de um corpo docente engajado.

A PUCRIO visionária no engajamento docente, versa sobre a formação médica no Brasil com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina (Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014) do Ministério da Educação tem a oportunidade a partir do Programa mais médicos (Lei Nº

12.871/2013), ingressar na educação médica estabelecendo critérios de qualidade, considerando as exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação de Educação Superior (Sinaes) e portanto, iniciando sua primeira turma em 2014 para a Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias, no intuito de aprimorar e assistir as necessidades do País na formação de recursos humanos na área médica para atuação nas políticas públicas de saúde no país e na organização e no funcionamento do SUS, proporcionando mais experiência na prática médica durante o processo de formação.

1. INTRODUÇÃO

1.1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1. Da trajetória do ensino tradicional ao desenvolvimento do modelo da integralidade.

No início do século passado, Flexner produziu um estado de condições do ensino médico nos Estados Unidos da América, que teve grande repercussão. Suas conclusões serviram de base para estruturação do ensino e elaboração dos currículos das faculdades de medicina americanas e posteriormente para todo o mundo, inclusive para o ensino médico brasileiro, mantendo-se até os dias atuais.

O desenvolvimento do ensino tradicional é centralizado no professor com base na sua experiência clínica e acadêmica, não favorecendo as necessidades epidemiológicas e nem aspectos psicológicos, sociais e culturais do paciente, embora não os desconsiderasse. A fundamentação priorizada é a técnica teórica e científica sobre a prática, sendo o médico formado para ser um especialista e trabalhar em unidades particulares.

Nesse modelo de ensino denominado tradicional, os currículos são organizados por disciplinas individualizadas e, após 1968¹, administradas por departamentos com poder autônomo. Devido à pouca comunicação entre os departamentos, o ensino tornou-se fragmentado, sujeito a repetições e desperdícios de tempo com alguns assuntos pouco relevantes. O envolvimento dos professores passou a ser pontual e frequentemente desconhecedores da totalidade do currículo do curso, tendendo a funcionar de modo isolado em relação à instituição (CHAUÍ, 1980) facilitando serem ministradas para grandes grupos, com um volume de informações exacerbadas e conteudista. Do outro lado, os estudantes permanecem em uma posição passiva, sem participar do seu próprio aprendizado e, conseqüentemente, sem tempo para exercer qualquer outra atividade que não seja estudar para as provas.

¹ Ano de realização da reforma universitária que exigiu o regime de cátedras e instituiu o departamento de ensino com considerável autonomia para planejar e administrar o ensino dos cursos.

Inquestionavelmente o ensino tradicional proporcionou muitos avanços para a melhoria nos indicadores de saúde, assim como desenvolveu médicos tecnicamente muito qualificados para a especialização dificultando a prática em outros cenários, principalmente na promoção da saúde e prevenção das doenças.

Esse modelo vem ao longo dos anos sofrendo um desgaste natural no que tange o distanciamento do médico em relação ao paciente enquanto pessoa. Essa relação cedeu espaço para uma prática com exagerada inclinação tecnicista, buscando o médico realizar diagnósticos baseados em exames complexos, de alto custo, e em dados puramente laboratoriais, prescindindo de uma anamnese pormenorizada, do exame físico detalhado, da semiologia adequada elevando o custo-saúde. O profissional formado passou a somente se guiar por protocolos, *guidelines* e consensos, inibindo a capacidade resolutiva diante dos problemas apresentados (LEÃO, 1999).

O desenvolvimento das tecnologias no exercício da medicina proporcionou a facilidade da aquisição da informação, porém seu uso excessivo e apriorístico pode revelar uma utilização defensiva, evitando o contato direto e emocional com o paciente, mesmo que não intencionalmente, tornando-o cada vez mais especialista, “mais cientista”, menos crítico e reflexivo.

Muitos são os sinais de desgaste dessa relação médico-paciente que o ensino tradicional em sua essência promove, dando espaço para os tratamentos alternativos (TOMAZ, 1997).

É sabido que o homem é um ser integral, biopsicossocial e que a concepção ideológica da atualidade reforça o modo de ensinar e de aprender medicina de forma fragmentada, dissociando o corpo e mente, enfatizando que os transtornos se localizam no corpo, valorizando os aspectos biológicos e genéticos, bastando a prescrição de medicamentos e menosprezando os aspectos psicológicos e sociais.

O desenvolvimento do modelo da integralidade, já referido por Mattos em 2003, denotava que nos anos de 1960 apareceram as primeiras experiências de medicina integral, ainda no contexto hospitalar.

Partindo desse pressuposto, o novo currículo das escolas médicas de todo o país, deverão estar pautados nas Diretrizes Curriculares Nacionais determinado pelo Ministério da Educação (MEC). Nesse sentido compreende-se o desenvolvimento de competências necessárias para a formação do futuro egresso médico,

crítico e reflexivo, sobre um contexto de integralidade e que atenda às necessidades do país, na formação de um generalista voltado ao pleno funcionamento do SUS.

1.2. PUC-RIO COMO ESCOLA MÉDICA.

Em vários países, a formação médica vem sendo discutida com vistas a adotar um currículo adequado à realidade dos sistemas de saúde. No Brasil, as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Medicina vêm acompanhando o contexto mundial de transformação de referenciais da educação e das políticas de saúde. Essas mudanças buscam uma nova orientação que possa contribuir para a formação do profissional que a sociedade contemporânea exige (Ministério da Educação: DCN, 2014). As discussões sobre a formação médica, além de se voltarem para a revisão dos conteúdos curriculares, também vêm repensando a necessidade da mudança nas metodologias de ensino para contribuir na integralidade a atenção da saúde da população (PINHEIRO, 2007) no sentido de torná-las mais adequadas ao perfil do profissional que se quer formar.

Pautados nos pressupostos acima, o Governo Federal vem implementando políticas de inclusão que têm expressões concretas nas áreas sociais, especialmente na Saúde e na Educação. Na área de Saúde há um consistente esforço para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar (Ministério da Saúde: Pró-Saúde, 2007) pelo centrado no indivíduo e na prevenção dos desfechos do agravo à saúde. Segundo Romano 2005, na Educação o modelo proposto por Flexner, publicado em 1910 e reconhecido como paradigma “flexneriano”, influencia fortemente o ensino médico brasileiro, com a dissociação entre teoria e prática, entre o estudo e o trabalho, tornando o paradigma da integralidade um obstáculo na inserção desse futuro egresso de medicina no sistema de serviços de saúde, persistindo o modelo de ensino em que o diagnóstico de doenças se sobrepõe ao sentido de cuidado do doente, dificultando-o incorporar valores sociais a partir de uma concepção integral do ser humano (ROMANO, 2005).

Nesse sentido, a PUC-RIO apresenta um projeto pedagógico para a formação de professores e dos futuros egressos do curso de graduação em medicina, pautando suas diretrizes de desenvolvimento acadêmico em uma formação centrada no aluno, para o desenvolvimento do conhecimento teórico-prático, das

habilidades, das atitudes, da formação humanista, do desenvolvimento do aprender a aprender e tornar o conceito mais amplo na direção das necessidades de saúde sendo uma instituição definidora do paradigma da integralidade.

A PUC-RIO disponibiliza aos profissionais da área de saúde, um programa de especialização *Lato sensu* na qual desenvolve habilidades e competências de uma maneira construtivista, a formação docente, fornecendo subsídios teóricos, didáticos e cognitivos para o seu exercício, apresentando diversos métodos e tecnologias que deverão ser aplicadas e integradas em várias disciplinas para a facilitação e desenvolvimento da realização e introdução das novas metodologias de ensino e aprendizagem ativas.

As disciplinas foram selecionadas para o embasamento teórico-prático e desenvolvimento de múltiplas competências para o processo de ensino e aprendizagem. Foram apresentadas 6 (seis) disciplinas, dispostas da seguinte maneira:

I. Cognição e Aprendizagem.

Correspondeu a ciência dos processos cognitivos. Apresentou novas perspectivas teórico-conceituais acerca da aprendizagem. Abrangeu Maiêutica. A virada construtivista. Apresentou o cognitivismo e modelos de cognição. Introduziu a relação da neurociência com a cognição. Trabalhou a epistemologia da aprendizagem. Os processos cognitivos na aprendizagem. Cognição situada. Plenitude mental (mindfulness) como recurso de treinamento de atenção, reduzindo o estresse e a ajudar alguns aspectos da saúde física e psicológica, alterando a função neural levando há um aumento das ativações de diversas áreas cerebrais. Abordou cognição aprendizagem social. Meta-cognição, motivação e emoção.

II. Métodos de Aprendizagem Ativa.

Treinamento e descoberta da construção dos conceitos em aprendizagem ativa e passiva. Aprendizagem em construção do processo de aprendizado e a construção de um produto. Treinamento de atitudes como estrutura cognitiva. Atitude e aprendizagem. Dinâmicas de grupo. Aprendizagem baseada em caso curto e longo. Aprendizagem baseada em problemas. Aprendizagem baseada em perguntas. Aprendizagem baseada em projeto. Aprendizagem baseado em modelo. Aprendizagem baseada em tarefa. Aprendizagem baseada em prática. Aprendizagem de inquirição guiada orientada a processo. Aprendizagem baseada em apresentação oral.

Aprendizagem colaborativa. Aprendizagem por conceitos: Mapas conceituais. Meta-aprendizagem.

III. **Tecnologias em Aprendizagem Ativa.**

Tecnologias de informação e comunicação. Conceitos e teorias que orientam os estudos sobre tecnologia e conhecimento. Princípios da aprendizagem multimídia. Ambientes de aprendizagem colaborativa. Produção e uso de objetos de aprendizagem. Redes de telemedicina. Plataforma interativa para avaliação. Acesso, recuperação, organização, produção, avaliação e compartilhamento de conteúdo científicos. Tecnologia na educação em saúde. Prontuário eletrônico.

IV. **Currículo e Competências.**

Interdisciplinaridade no currículo. Interdisciplinaridade no processo de ensino-aprendizagem. Conceitos-chave da graduação em medicina. Desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes. Ciclos de aprendizagem em medicina. Perfis de competências, perfil do egresso. Eixos de desenvolvimento de competências médicas. Modelo integrado dos papéis de competência. Estrutura disciplinar. Componentes curriculares: estruturado e não estruturado. Bloco Saúde da Pessoa. Bloco Saúde Coletiva. Estágio longitudinal em Atenção Primária. Estágio longitudinal em Atenção Secundária. Clínica baseada em Demanda. Educação Médica Baseada em Simulação.

V. **Desenvolvimento de Unidades Pedagógicas.**

Aprendizagem Baseada em Projeto. Aprendizagem Baseada em Caso. Aprendizagem Baseada em Problema. Perfis de Competências. Estruturas disciplinares das unidades pedagógicas. Bloco Saúde da Pessoa. Bloco Saúde Coletiva. Clínica Baseada em Demanda. Educação Médica Baseada em Simulação. Estágio longitudinal em Atenção Primária. Estágio longitudinal em Atenção Secundária. Rede Tutorial.

VI. **Avaliação de Aprendizagem.**

Avaliação somativa. Avaliação formativa. Campos de avaliação: competências, habilidades e atitudes. Avaliação de diferentes tipos de conhecimento. Escala de Proficiências de Expertise. Processos de avaliação discente. Modelos de avaliação da aprendizagem. Processos de avaliação docente. Processos de avaliação institucional. Processos de avaliação externa.

1.3. OBJETIVOS GERAIS

Apresentar um plano de estratégias didáticas sobre a abordagem da imunodeficiência humana adquirida.

Tornar prazeroso o desenvolvimento do aprender.

Motivar a autonomia do aprendiz.

Desenvolver um aluno crítico e reflexivo.

2. PROPOSTA DE UM PROJETO PEDAGÓGICO PARA A UNIDADE PEDAGÓGICA DO CICLO 1: MÓDULO BSP INUM PROBLEMA INTEGRADOR AIDS.

Fundamental em qualquer instituição educativa, a proposta pedagógica é a linha orientadora de todas as ações da estrutura curricular aos mecanismos de gestão de uma escola. O projeto define e reflete a identidade da instituição, bem como a forma como esta se relacionará com a comunidade em que se insere.

Prevista desde 1996 na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, a proposta pedagógica tem como objetivo garantir a autonomia da escola na sua gestão pedagógica, administrativa e financeira. Segundo o marco, a ideia é que a proposta seja elaborada, gerida e quando necessário, revisada, de forma colaborativa, envolvendo representantes de todos os setores da comunidade escolar.

Na perspectiva da educação integral, a proposta pedagógica é o grande alicerce para que a PUC-RIO faça as conexões e articulações necessárias para compreender o sujeito em toda sua complexidade. Para que esse sujeito não vivencie a aprendizagem de forma estanque e compartimentalizada e para que ele esteja em plena integração com a sua comunidade e com as pessoas que nela convivem, é preciso que a instituição defina um ponto de partida e sua missão, fundamentando os passos a serem seguidos por toda a sua equipe multiprofissional.

Por isso, a proposta pedagógica deve contemplar tanto os aspectos de gestão, quanto os pedagógicos que definam, por exemplo, como a organização do conhecimento pode avançar para além da lógica de “disciplinas” e de turno (onde reside o saber formal) e contra turno (onde se dão oficinas complementares). Assim, “a **integração curricular** não é espontânea, ela é intencional e planejada pelo coletivo dos profissionais nela envolvidos, nos horários pedagógicos internos ou em uma formação mais ampla”.

2.1.CONTEXTUALIZAÇÃO

O HIV acomete a humanidade desde 1981. Esse retrovírus é o responsável pela AIDS, doença de longa evolução e elevada mortalidade que afeta o sistema imunológico. Trata-se de uma epidemia estável, até mesmo por ser conhecida há mais de três décadas, e com formas de prevenção amplamente divulgadas em nosso meio.

Em 2011, quando a descoberta do HIV completou 30 anos, o número de infectados era estimado em 33,3 milhões de pessoas. Dois anos depois, o relatório da UNAIDS, programa responsável pelo incentivo a políticas de prevenção e combate à doença, informava que o número de infectados havia alcançado o número de 35,3 milhões de pessoas. Com um detalhe: 65% delas vivendo na África subsaariana. Pior do que isso, dos mais de 35 milhões com o vírus presente em seus organismos, 19 milhões não sabem ainda que estão infectados. Já entre os 16 milhões restantes, 90% recebem algum tipo de tratamento.

Uma boa nova, no entanto, veio em relatório da UNAIDS, de julho de 2014, e o anúncio de uma queda global de 38% no número de infecções, entre 2001, e seus 3,4 milhões de novos infectados, e 2013, quando ocorreram 2,1 milhões de novas infecções pelo HIV. Outro dado alentador é o da redução no número de mortes em decorrência da doença: entre 2005 e 2013, ainda de acordo com o relatório, esse número diminuiu 35%. Desde o início da epidemia, a AIDS já matou 39 milhões de pessoas das 78 milhões infectadas pelo vírus da doença. Apesar disso, a UNAIDS trabalha com a hipótese de controlar a epidemia até 2030 caso uma série de medidas sejam tomadas, entre as quais, a redução em 90% de novas infecções e do número de mortes causadas por condições associadas à AIDS.

No Brasil, até junho de 2012 a contagem era de 656.701 casos, desde 1980, ano do primeiro caso no Brasil, na cidade de São Paulo (essa infecção só foi confirmada como sendo um caso de AIDS, porém, em 1982). Em 2011, foram registrados 38.776 casos da doença, uma incidência de 20,2 casos por 100 mil habitantes. No mesmo ano, se comparado a uma década atrás, a taxa de incidência no Sudeste do Brasil caiu de 22,9 para 21,0 casos por 100 mil habitantes. No Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Norte houve, no entanto, crescimento no número de casos por 100 mil habitantes: respectivamente, 27,1 para 30,9; 14,3 para 17,5; 7,5 para 13,9 e 9,1 para 20,8.

É inegável, portanto, que o problema ainda é extremamente grave, sendo um tema para ser abordado durante todo o curso de graduação de medicina PUC-

RIO com extrema relevância e importância no Brasil, assim como no restante do mundo.

Como informação adicional por não se tratar do escopo desse projeto da unidade pedagógica para adultos, a abordagem das crianças foi referida como contextualização da complexidade epidemiológica que envolve essa doença. De uma forma geral, dos 35,3 milhões de doentes de AIDS no mundo, 3,3 milhões são menores de quinze anos. Segundo relatório da OMS (Organização Mundial da Saúde) e da UNAIDS, após atingir o pico de 550 mil infecções, em 2001, o número de crianças infectadas com o vírus HIV tem, desde então, tem caído, chegando, em 2012, a menos da metade daquele número: naquele ano, registrou-se 260 mil novos casos de AIDS em crianças. A forma mais habitual de contágio do vírus nas crianças era sob a forma de transmissão vertical, que pode produzir-se em três níveis. Na transmissão pré-natal, o HIV atravessa a placenta e infecta o feto. Na transmissão perinatal, o recém-nascido se infecta no final da gestação ou durante o parto.

A integração dessa unidade pedagógica com a unidade pedagógica do 1º semestre relativa ao problema integrador MORTE, com as medidas de frequência, tendência central e dispersão, noções de estatística, indicadores de saúde individual e coletiva no que tange o estigma social que opera sobre a população em geral, é ainda maior entre as pessoas infectadas. “O medo” da discriminação impede que as pessoas solicitem tratamento para a AIDS, assim como a correlação com 3º semestre problema integrador ESTRESSE, contribui para uma maior marginalização das pessoas doentes, elevando assim o nível de vulnerabilidade. Isso leva a que, na maior parte da sociedade se atribuam a culpa ou, até mesmo, se castiguem determinadas pessoas ou grupos (dependentes de drogas, profissionais do sexo, homossexuais, transexuais etc.), estigmatizando-os, o que contribui, na verdade, apenas para encobrir o fato de que todo membro da sociedade está exposto ao perigo da infecção.

O Brasil, no entanto, é vanguarda mundial no tratamento dos portadores de HIV e considerado o país com um dos melhores programas na redução de danos causados pela doença. Já em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS por iniciativa do então ministro da Saúde, Roberto Santos. Dois anos após a criação do programa, o governo brasileiro iniciou a distribuição gratuita de medicamentos para o tratamento da doença, tornando-se referência internacional para o tratamento da epidemia (validade e confiabilidade).

Essa unidade pedagógica a ser trabalhada no segundo semestre, permeia informações que poderão ser trabalhadas nos 4 semestres (1º e 2º ciclo), portanto

nesse sentido, trata-se de uma doença que permeia a integralidade individual e a coletiva.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO: UNIDADE PEDAGÓGICA DO CICLO 1.

Desenvolver as competências (comunicadora, estudiosa, ética, colaboradora, gestora e promotora), já que a competência técnica permeia todas as esferas do saber, além de desenvolver as habilidades e as atitudes, com abordagens diferentes, tomando como referencial teórico a aplicabilidade da taxonomia de Bloom e Bloom modificada (Figura 1) e a pirâmide de Miller (Figura 2) com objetivos da aprendizagem nessa unidade com uma abordagem integral e motivadora para a descoberta de novos conhecimentos a partir do desenvolvimento cognitivo, sobre a anatomia, histologia, farmacologia, genética, epidemiologia, fisiologia, patologia, e medicina preventiva da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).



Figura 1. Taxonomia de Bloom e Bloom revisada respectivamente. Categorias do domínio cognitivo proposto por Bloom, Englehart, Furst, Hill e Krathwohl, revisada por Anderson.

Fonte: www.fadep.br



Figura 2. A “Pirâmide de Miller”, modelo conceitual que ilustra as bases cognitivas (“saber” e “saber como fazer”) da prática profissional (“fazer”) e a necessidade da avaliação de habilidades e competências práticas (“mostrar como faz”), especialmente interessante nas áreas clínicas.

Fonte: www.medicina.ufg.br

2.3. PLANO DE EXECUÇÃO DO MÓDULO IMUNE/AIDS.

A partir das estratégias desenvolvidas, o objetivo cognitivo que se deseja alcançar a partir dos diversos métodos desenvolvidos é prender a atenção do estudante de forma motivadora, aumentando seu poder de percepção, trabalhar o processamento da linguagem para desenvolver o aprendizado, a mente inconsciente e memorização pelo processo de construção das informações.

O novo currículo das escolas médicas de todo o país, deverão estar pautados nas Diretrizes Curriculares Nacionais determinado pelo Ministério da Educação (MEC). Nesse sentido compreende-se o desenvolvimento de competências necessárias para a formação do futuro egresso médico.

Competências: trata-se de uma combinação de pré-requisitos interligados como habilidades cognitivas e práticas², conhecimento (tácito³ e explícito⁴), motivação, orientação de valores, atitudes e emoções. Epstein & Hundert (2002) definem competência profissional, a partir de uma ampla revisão da literatura de 1996 a 2001, como “o uso habitual e criterioso da comunicação, do conhecimento, do raciocínio, da capacidade de integração de dados, habilidade técnica, emoções, capacidade reflexiva, e capacidade de se manter atualizado, que o médico lança mão para servir às pessoas e às comunidades que dele necessitarem”.

Partindo desse pressuposto, as atividades elaboradas para cada tema do módulo, versa trabalhar várias competências simultaneamente, com ênfase nas destacadas, interagindo e pactuando responsabilidades de forma colaborativa com o grupo, desenvolvendo afetividade e espírito de companheirismo em todos os envolvidos como representado no referido programa que será apresentado a diante.

² Geralmente usada para designar a capacidade de realizar atos cognitivos e/ou práticos de alta complexidade como raciocínio clínico, realizar exame físico e punção venosa profunda, dentre outros.

³ Conhecimento que o indivíduo adquiriu ao longo da vida. Difícil de ser formalizado ou explicado, pois é subjetivo e inerente as habilidades de uma pessoa como o “know-how”. Palavra originária do latim Tacitus que significa “não expresso em palavras”.

⁴ Conhecimento formal, claro, regado, fácil de ser comunicado. Pode ser formalizado em textos, desenhos, diagramas, etc, assim como guardados em bases de dados ou publicações. Palavra originária do latim Explicitus que significa “formal, explicado, declarado”. Geralmente está registrado em artigos, revistas, livros e documentos.

Essa atividade é realizada no 2º semestre do 1º ano no módulo BSP, sistema imune, problema integrador AIDS, abordando a inter-relação anatômica, genética, fisiológica, patológica, farmacológica, histológica, imunológica, relação parasito-hospedeiro com a história natural da doença, estratégias de prevenção, promoção da saúde, articulação intersetorial com o 1º semestre do 1º ano problema integrador morte e com o 1º semestre do 2º ano problema integrador estresse.

Para a logística serão necessários 5 períodos no turno da manhã (8:00 às 12:00 h) totalizando 5 semanas para a abordagem dos temas. Para uma turma de 20 alunos, a presença de um tutor, um preceptor (auxiliar) quando possível, uma sala de aula ou um ambiente seguro para tornar possível a divisão dos alunos em pequenos grupos de aproximadamente 5 alunos (4 grupos de 5 alunos), recursos audiovisuais (*datashow*, computador, *wi-fi*, quadro branco, *flipchart*, pincéis para quadro branco, fitas adesivas, revistas e jornais (para produção criativa da síntese coletiva), café, água, condições essas para tornar o ambiente convidativo e prazeroso.

A elaboração um roteiro individual de atividades temáticas deve ser desenvolvido pela equipe como mostra o exemplo, como mostraremos adiante. São atividades a serem abordadas de forma lúdica e tornar a convivência agradável, prazerosa e divertida integrando todos os alunos a conscientização que o grupo (união) ao formarem laços afetivos entre os pares, torna-os responsáveis por todos, e assim, o comprometimento com o desenvolvimento intelectual do grupo.

A título de exemplo pormenorizado da 1ª Aula, vejamos o planejamento a seguir:

Tema – “História Natural do HIV: Definição, epidemiologia, panorama sócio-cultural nacional e internacional e transmissão”, abaixo descrito, por exemplo:

Competências de destaque: colaborativa e comunicadora.

Desenvolvimento: a partir de perguntas norteadoras.

Avaliação: Feedback por síntese.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



PROGRAMAÇÃO DO 1º DIA DE AULA: XXXX de XXXXXX de XXXXX.

Tema: História Natural do HIV: Definição, epidemiologia, panorama sócio-cultural nacional e internacional e transmissão.

Equipe: organização do espaço de trabalho, verificação do multimídia, banner do panorama sobe e desce, testagem das canetas pincel quadro branco, fita adesiva, cartolinas, posicionamento do *flipchart*. Verificação do funcionamento do *wi-fi* PUC.

8:00 às 8:30 min: recepção dos alunos com distribuição do material didático a ser utilizado.

Objetivo do dia: aplicação do panorama sobe e desce, conhecimento e integração do grupo; compreensão da proposta de trabalho; definição de um contrato de convivência, identificação do tema no contexto regional e nacional e local de inserção do projeto do ciclo 1, segundo semestre e construção do perfil do egresso de medicina que se quer formar.



Conceitos chaves: construção de pactos e consenso, exercício da linguagem verbal e não verbal, socialização no grupo: do individual para o coletivo, identificação de motivação intrínseca e extrínseca de cada aluno, articulação entre tempo, atividade e espaço físico, construção da rotina pedagógica do módulo BSP e BSC imune, problema integrador AIDS, diagnóstico situacional dos aspectos negativos e positivos sobre a doença (AIDS), identificação do perfil de competências essenciais do futuro egresso de medicina e do preceptor/tutor que se responsabiliza pela formação, dinâmica grupal diversificada, avaliação de conhecimentos, habilidades, atitudes e sentimentos mobilizados.

Estratégias didáticas: panorama SOBE E DESCE⁵ (MENDONÇA, 2015), como na figura 3 e WORDLE⁶; pactuação de responsabilidades; compartilhamento de objetivos de aprendizagem, construção colaborativa – todos produzindo para o grupo o contrato de convivência (regras a serem seguidas ditadas pelos alunos); hierarquizações e consenso de prioridades; tradução criativa de informações: grupo em processo de

⁵ Instrumento de coleta de dados: diagnostica fatores motivadores representado pelo SOBE e desmotivadores representado pelo DESCE, de participação/atuação em algum curso, cenário de trabalho, dentre outros. Útil para comparação e avaliação de processos de ensinagem, ao dar parâmetros avaliativos iniciais e finais.

⁶ É um aplicativo capaz de gerar nuvens de palavras. Nuvem de palavras é uma ferramenta virtual que dá maior destaque a palavras que aparecem mais vezes no texto. Com este programa, você ainda pode destacar somente letras, em vez de palavras.

reflexão produzindo para compartilhar e construir a identidade do grupo; desenho conceitual da história natural do HIV – grupos em processo de busca prévia de conhecimentos produzidos para compartilhar – **O que sabemos sobre...**valorização do conhecimento prévio individual e coletivo; construção em pequenos grupos e compartilhada em grande grupo; **avaliação por síntese.**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
 ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO DOCENTE EM MEDICINA
 E CIÊNCIAS DA SAÚDE: NOVAS METODOLOGIAS

Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para a Prática da Preceptoría na Graduação em Medicina

PANORAMA SOBE E DESCE

Considerando sua graduação em medicina identifique, no momento atual, fatores de motivação ou conhecimento (SOBE) e de desmotivação ou dúvida (DESCE).

SOBE...	DESCE...
↑	↓
↑	↓
↑	↓
↑	↓
↑	↓

Figura 3 – *Banner* da atividade para desenvolvimento de Competências: PANORAMA SOBE E DESCE.

Planejamento da atividade do dia:

Tempo/espço	Atividade	Objetivo	Desenvolvimento	Estratégias didáticas	Materiais necessários	Orientações para o tutor/preceptor
8:30 às 8:45 min Em sala de aula	Panorama Sobe e Desce. Tutor orienta, observa, apoia e fotografa a turma (para posterior <i>feedback</i>). Criação de uma personalidade da turma com a votação de um nome para caracterizar a turma.	Identificar fatores de motivação e desmotivação para iniciar o tema abordado	Apresentação do recurso didático do Panorama Sobe e Desce (contexto interferindo no processo de aprendizagem). “Considerando sua decisão de estar aqui hoje cursando mais um período, no <i>post it</i> de cor <i>xxx</i> escreva os fatores que o motivam sobre o assunto e no de cor <i>yyy</i> aqueles que o desmotivam de estudar o assunto e sua relação com o período anterior– NÃO precisa se identificar” Fazer link com expectativas dos alunos para o conhecimento do assunto e sua importância no contexto (do grupo, institucional, panorama nacional e internacional) para um planejamento das atividades.	Utilização de <i>banner</i> para o diagnóstico situacional	<i>Banner</i> e <i>post it</i> com 2 cores diferentes.	* Utilizar sempre como 1ª atividade do módulo. * Deixar colado na cadeira 1 <i>post it</i> de cada cor para cada aluno. * Esclarecer que o preenchimento é voluntário e não há a obrigatoriedade de ambos. * O próprio aluno coloca o <i>post it</i> no <i>banner</i> (método ativo). Não há comentários; será trabalhado próxima aula/encontro * Fotografar panorama montado.
8:45 às 9:15 min	Contrato de convivência. Tutor acompanha o movimento do grupo e fotografa a turma (para posterior <i>feedback</i>).	Construir com o grupo as regras de convivência durante as atividades presenciais	Os alunos, <u>voluntariamente</u> , respondem em voz alta a seguinte comando: “O que precisamos fazer para conviver em harmonia nesse módulo a ser estudado, de forma a construir um ambiente seguro para aprender? “ “E quem não falou está concordando? “ “Quem pode ler para nós? “ Finalizamos o contrato lembrando da importância de ser compartilhado com todos os que chegarem eventualmente atrasados, para se integrar à proposta. Fazer link com a pactuação necessária para implicação de todos no aprendizado.	Consenso a partir da construção coletiva	<i>Flipchart</i> ou <i>craft</i> , pincel para quadro branco e fita crepe.	* Estimular a participação do maior nº de alunos. * Registrar contribuições no <i>flipchart</i> com letra legível. * Evitar repetições. * Fixar as regras de convivência. * Afixar o produto final em local visível a todos. * Consultá-lo sempre que necessário.
9:15 às 9:20 min	Apontar os objetivos da manhã.	Explicar o que se espera alcançar com as	Tutor ou aluno faz a leitura dos objetivos da manhã projetada no ppt, de acordo com o planejamento da manhã. Fazer link com a necessidade de explicitar a intencionalidade dos objetivos de aprendizagem específicos a serem alcançados na atividade do módulo.	Definindo objetivos de aprendizagem	Planejamento da manhã. Multimídia e ppt. ppt impresso.	* Leitura pausada e sintética dos objetivos das atividades que integram o planejamento pedagógico.

		atividades propostas				* Certificar-se da compreensão do grupo.
9:20 às 9:30 min	Pausa para ir ao banheiro e beber água.	Relaxar, atender as necessidades específicas, interagir socialmente		Momento de organização para início das atividades		* Tutor também relaxa, bebe água, interagir com o grupo de alunos. * Buscar identificar as necessidades imediatas de correção de rumo. * Verificar se está tudo certo para início das atividades.
9:30 às 11:00 min	Tutor separa aleatoriamente os alunos em grupos pequenos. Solicita nomeação do relator, do coordenador e do controlador do tempo para a atividade. Circula entre os grupos. Controla o tempo geral da atividade.	Integração dos alunos. Seleção entre pares que assumirão as responsabilidades. <i>Brainstorm</i> de conhecimentos. Controle do tempo. Coordenação do grupo. Identificação da liderança do grupo. Analisar a capacidade de síntese do grupo.	Apresentação do tema: História Natural do HIV. Perguntas norteadoras: “O que vocês conhecem sobre a origem do HIV? “ “Como foi observado” “Em que região/País houve o conhecimento da sua existência? “ “Como referiam o comportamento desse vírus? “ “Quais os agentes envolvidos? “ O tutor caminha entre os grupos observando sem interferir, sem ajudar, sem criticar o desenvolvimento do grupo. 9:30 – 9:40 – 10 min: separar grupos 9:40 – 10:10 min: 30 min de brainstorm. 10:10 – 10:25 min: 15 min para o relator sintetizar com o grupo as respostas das perguntas no flipchart ou ppt. 10:25 – 10:45 min: 20 min totais de apresentação das sínteses dos grupos para o grande grupo. 10:45 -10:55 min: 10 min finais de feedback da atividade com o tutor. O tutor através do feedback faz a avaliação dos alunos. 10:55 – 11:00 – Avaliação individual de desempenho.	Conhecimento, reconhecimento, interação, integração e tradução criativa da informação. Possíveis formas de apresentação.	Multimídia, <i>wifi</i> , <i>flipchart</i> , <i>pilot</i> coloridas, revistas, cola, barbante, outros materiais acessíveis.	* FEEDBACK DA ATIVIDADE: o tutor em um outro <i>flipchart</i> ou ppt registra em uma nova síntese a síntese dos grupos. Lista concomitantemente sugestões, indica e destaca a necessidade de escolha de prioridades, aprofundamento de alguns pontos que se fizerem necessários, observa a linguagem verbal e não verbal individual assim como o comportamento do grupo. Ajuda o(s) grupo(s) que por ventura tenham dificuldade na consensualização.
11:00 às 11:20 min	Pausa para ir ao banheiro e beber água.	Relaxar, atender as necessidades específicas, interagir, feedback		Momento de organização do planejamento para fechamento das atividades e organização		* O tutor sistematiza as informações do panorama sobe e desce no Wordle. * planeja a reafirmação do contrato de convivência.

		das atividades socialmente		para o próximo encontro.		
11:20 às 12:00 h	O tutor fotografa o grupo. Reinicia as atividades. Revisita o contrato de convivência. Releitura dos objetivos do dia e se foram alcançados. Preparos para o fechamento da manhã.	Fechamento do que se esperava alcançar com as atividades. Objetivo de trabalho: trabalhar a competência técnica, comunicadora, estudiosa, ética e moral, colaborativa.	Fazer o link com a pactuação e se necessário, repactuação do contrato de convivência para o bom desempenho das atividades propostas. Fazer o link com a necessidade de explicitar a intencionalidade dos objetivos de aprendizagem específicos a serem alcançados em módulos/etapas/atividades dos alunos. Apresentação do wordle.	Consenso a partir da construção coletiva.	Ppt e wi-fi.	* O tutor mostra as palavras que se sobressaem e questiona o grupo. Incentiva a participação de todos. Identifica se há alguma dúvida entre os alunos. Organiza o próximo encontro, iniciando com as fotos e os materiais produzidos pelos alunos nessa fase. Salvar os arquivos, fotos, relatórios produzidos da manhã.

Referências sugeridas pelo tutor e construídas pelos alunos;

1- Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina 2014.

2- Livros a escolher.

3- Artigos a selecionar.

Em todas as abordagens das aulas deverão ser trabalhadas atividades diversas para estimular a função cognitiva e com isso o desenvolvimento da aprendizagem.

2ª Aula: Agente etiológico/virologia, ciclo biológico, sítios de atuação farmacológica.

Competências de destaque: comunicadora e estudiosa.

Desenvolvimento do método: a partir de filmes.

No youtube assista: pathophysiology and natural of history of HIV, acessado em 15/10/2015, disponível no link <https://youtu.be/no1fwNCth1w> (trecho compreendido entre 19:08 e 24:16).

www.youtube.com/watch?v=OPynH89ybPc

Avaliação: Feedback positivo e feedback por síntese individual, síntese em pequenos grupos e síntese em plenária.

Abaixo encontra-se o planejamento pormenorizado da atividade do segundo encontro:



PROGRAMAÇÃO DO 2º DIA DE AULA: XXXX de XXXXXX de XXXXX.

Tema: Agente etiológico/virologia, ciclo biológico, sitios de atuação farmacológica.

Equipe: organização do espaço de trabalho, verificação do multimídia, caixas de som, localização de 1 *flipchart*. Verificação do funcionamento do *wi-fi* PUC. Manter o contrato de convivência afixado e bem visível, objetivos da manhã impressos, organização das cadeiras, mesa de suporte com água e café, biblioteca itinerante (revistas, livros, artigos – acompanhar o interesse pela consulta sobre o tema abordado).

8:00 às 8:30 min: recepção dos alunos com distribuição do material didático a ser utilizado.

Objetivo do dia: integração do grupo; apresentação do wordle da semana anterior como ferramenta para análise rápida de textos, tarefas e construção do conhecimento, apresentação audiovisual sobre o assunto a ser abordado e sistematização das informações, exercitar a metodologia por meio de reconhecimento e hierarquização do assunto.

Conceitos-chave: análise qualitativa do processo de trabalho, educação de adultos, intencionalidade do ato educativo, reconhecimento dos pontos importantes, sistematização e hierarquização da informação, reflexão e síntese individual, dinâmica grupal para síntese geral do assunto e alcance dos objetivos propostos.

Estratégias didáticas: feedback com ferramenta wordle, aprendizagem mediada por filmes, construção colaborativa, hierarquização e consenso de prioridades, avaliação por síntese individual e coletiva.

Atenção ao respeito do horário de início firmado no contrato de convivência.

Planejamento do segundo dia de atividade:

Tempo/espço	Atividade	Objetivo	Desenvolvimento	Estratégias didáticas	Materiais necessários	Orientações para o tutor/preceptor
8:30 às 8:45 min Em sala de aula	Demonstração do Wordle da semana anterior, apresenta as fotos da turma feedback). Tutor orienta, observa, apoia e novamente fotografa a turma	Identificar fatores de motivação e desmotivação para prosseguir com as atividades	Apresentação do Wordle como ferramenta de feedback. <i>Fazer link com expectativas dos alunos para o conhecimento do assunto e sua importância no contexto (do grupo, institucional, panorama nacional e internacional). Introdução do novo tema.</i>	Utilização do Wordle para identificação das motivações e desmotivações sobre o tema.	Computador, <i>Datashow</i> .	* Utilizar sempre como a 1ª atividade do módulo após o 1º encontro.
8:45 às 9:15 min	Reafirmação do contrato de convivência. Tutor acompanha o movimento do grupo e fotografa a turma (para posterior feedback).	Compactuar responsabilidades.	Os alunos, <i>voluntariamente</i> , respondem em voz alta a seguinte comando: “ <i>Precisamos repactuar? Algo a acrescentar? Ou algo a retirar?</i> ” “ <i>E quem não falou está concordando? Ou discordando?</i> ” “ <i>Quem pode ler e quem pode corrigir o contrato para nós?</i> ” Finalizamos o contrato lembrando da importância de ser compartilhado com todos os que chegarem eventualmente atrasados, para se integrar à proposta. <i>Fazer link com a pactuação necessária para implicação de todos no aprendizado.</i>	Consenso a partir da construção coletiva	<i>Flipchart</i> ou <i>pilot</i> para quadro branco e fita crepe.	* Estimular a participação do maior nº de alunos. * Registrar contribuições no flipchart com letra legível. * Evitar repetições. * Fixar as regras de convivência. * Afixar o produto final em local visível a todos. * Consultá-lo sempre que necessário.
9:15 às 9:20 min	Apontar os objetivos da manhã.	Explicar o que se espera alcançar com as atividades propostas	Tutor entrega impresso os objetivos da manhã e solicita que algum aluno se candidate para a leitura a frente da turma. Logo após, a turma realiza feedback positivo sobre a apresentação do aluno e em seguida o que poderia melhorar. <i>Fazer link com a necessidade de explicitar a intencionalidade dos objetivos de aprendizagem específicos a serem alcançados na atividade do módulo, trabalhar a competência promotora individual.</i>	Definindo objetivos de aprendizagem	Planejamento da manhã. Multimídia, áudiovisual e material impresso.	* Leitura dos objetivos das atividades que integram o planejamento pedagógico da manhã. * Certificar-se da compreensão do grupo.
9:20 às 9:30 min	Pausa para ir ao banheiro e beber água.	Relaxar, atender as		Momento de organização para		* Tutor também relaxa, bebe água, interagir com o grupo de alunos.

		necessidades específicas, interagir socialmente		início das atividades		* Buscar identificar as necessidades imediatas de correção de rumo. * Verificar se está tudo certo para início das atividades.
9:30 às 11:00 min	Tutor organiza para que todos os alunos tenham visibilidade total da tela do para o <i>datashow</i> . Orienta como será realizada as sínteses individual e em grupo.	Todos em silêncio e de posse dos objetivos assistem aos vídeos propostos para a atividade.	Apresentação do tema: Agente etiológico/virologia, ciclo biológico, sítios de atuação farmacológico. O tutor se posiciona próximo ao computador e direciona os vídeos. 9:30 – 9:45 – 15 min: 1º filme. 9:45 – 10:15 min: 30 min de síntese individual do 1º vídeo - responder aos objetivos apresentados – permissão a visita da biblioteca itinerante. 10:15 – 10:30 min: 15 min: 2º filme. 10:30 – 11:00 h: 30 min de síntese individual do 2º vídeo - responder, completar ou ratificar os objetivos apresentados – permissão a visita da biblioteca itinerante. 11:00 – 11:05 min: recolhimento das sínteses individuais.	Trabalho individual e em grupo mediado por filme: Cenas: Infecção da célula hospedeira pelo HIV, modificações celulares ocorridas, destaque nas posições de bloqueio viral. Reflexão individual.	Multimídia, Datashow, áudio-visual e <i>wi-fi</i> .	* Os tutores sinalizam que o trabalho será individual no 1º momento. * Dão a comanda geral e inicia os vídeos. * Esclarecem possíveis dúvidas. * Orienta sobre a projeção do filme. * Caso perguntem se podem ver novamente o filme, somente se houver tempo (gestão do tempo). * O tutor acompanha sem interferir e registra o que lhe chamar a atenção para posterior feedback se necessário. * O tutor recolhe as sínteses individuais.
11:05 às 11:20 min	Pausa para ir ao banheiro e beber água.	Relaxar, atender as necessidades específicas, interagir, feedback das atividades socialmente		Momento de organização do planejamento para fechamento das atividades e organização da sala para a subdivisão em pequenos grupos.		* O tutor lê as sínteses e sistematiza de maneira geral as informações pertinentes.
11:20 às 11:25 min	Reinicia as atividades. Releitura dos objetivos. Separa os grupos.	Divisão em pequenos grupos. Explicar como será a síntese em	<i>“Vocês serão divididos em grupos de 5 alunos e farão uma síntese do grupo a partir dos vídeos e objetivos”.</i> <i>“Preciso de 1 candidato que após o término das apresentações redija a síntese de todos os grupos”</i>	Consenso a partir da construção coletiva. Roda de conversa entre o grupo.	Separa um flipchart para síntese do grande grupo	* O tutor divide os pequenos grupos, orienta para o gerenciador de tempo, o relator e o coordenador da atividade.

		pequeno e grande grupo.	Fazer o link com a necessidade de explicitar a intencionalidade dos objetivos de aprendizagem específicos a serem alcançados em módulos/etapas/atividades dos alunos. Determinar o regulador do tempo, o coordenador e o relator.			Solicita e define a colaboração de 1 aluno para fazer a síntese geral.
11:25 às 11:40 min	Inicia a síntese dos pequenos grupos – reconhecendo o modelo educacional.	Identificar, a partir da prática docente, as diferentes formas de ensinar e suas respectivas consequências no aprendizado. Utilização dos vocábulos médicos.	Fazer o link com a necessidade de explicitar a intencionalidade de promover a pesquisa e a seleção dos conteúdos para alcançar os objetivos de aprendizagem específicos a serem alcançados, estando liberado a biblioteca itinerante e a internet. O tutor caminha entre os grupos observando sem interferir, sem ajudar, sem criticar o desenvolvimento do grupo. Lembra aos grupos que deverão ter ingerência quanto ao tempo.	Roda de conversa e pesquisa.	Sistematizar as informações. Reflexão, construção e aprofundamento dos conhecimentos pelo compartilhamento. Surgimento de perguntas a ser pesquisada pelos alunos. Utilização dos vocábulos médicos.	
11:40 às 11:50 min	Tutor convoca os relatores do grupo para explanação dos objetivos em plenária. Convoca o relator da síntese geral.	Identificar as lideranças do grupo.	Cada relator de cada grupo se levanta, se posiciona a frente, e compartilha as informações geradas pelo grupo. O relator geral se levanta e se posiciona com o flipchart anotando as informações fornecidas pelos grupos e sintetiza para a síntese geral.	Flipchat ou word no computador	Cada relator de cada grupo compartilha a informação gerada. O relator do grande grupo anota as informações de cada grupo para realizar a síntese geral.	* O tutor controla o tempo final. *Analisa os problemas listados. *Analisa os comportamentos e fotografa para posterior feedback. *Coordena o tempo para cada relator do grupo. *Orienta o relator da síntese geral.
11:50 às 12:00 h	Avaliação por feedback positivo.	Observar e registrar a capacidade de organização das	Avaliação por feedback positivo para os relatores. <i>E o que poderia melhorar?</i> Feedback geral das sínteses individuais, pontuando assuntos a ser abordado e aprofundado. Reforçar a intencionalidade das atividades.	Leitura em voz alta das sínteses.		*O tutor relembra o tema. *Coordena o tempo individual dos relatores.

	Avaliação por síntese individual, em pequeno grupo e em plenária.	ideias, do ser crítico e reflexivo e solucionador dos problemas.				*Solicita e coordena o feedback positivo. *Recolhe o flipchart e registra com fotografia e em texto (word) as sínteses para disponibilizar o material (o produto) para todos.
--	---	--	--	--	--	--

Referências sugeridas pelo tutor e construídas pelos alunos;

1- Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina 2014.

2- Livros a escolher.

3- Artigos a selecionar.

Planejando todas as atividades nos mesmos moldes acima referidos, qualquer profissional poderá aplicar a metodologia. Para as seguintes projeções, será informado de maneira mais genérica o objetivo da atividade para que se possa organizar o planejamento do dia pautados nos detalhes de como poderá ser feito.

Para o terceiro dia de encontro, o tema a ser abordado será: anatomia e histologia do sistema linfático e órgãos linfoides, fisiopatologia e quadro clínico topográfico. Iniciaremos as atividades sempre acolhendo o estudante e explicando o que será realizado no dia. Utilizaremos como **método a mesa anatômica** para a demonstração topográfica dos órgãos linfáticos e órgãos alvo de acometimento do HIV. Relacionaremos cada órgão com sua respectiva histologia e a importância do entendimento de cada órgão para o desenvolvimento da doença. O método avaliativo utilizado será a **avaliação por reconhecimento das estruturas assinaladas na mesa anatômica**. Dessa maneira as competências atribuídas para o desenvolvimento da atividade será a **competência estudiosa**. Ao término da atividade o tutor designa que seja separado 2 grandes grupos para desenvolverem cada qual de maneira criativa, um produto em que todos participassem, sobre o próximo assunto da semana seguinte.

A quarta semana de atividade será abordado o papel da genética, fases da doença, diagnóstico laboratorial, doenças definidoras da AIDS, abordagem ao paciente HIV+ e imunizações. Para esses temas fora solicitado no encontro anterior, que os alunos se dividissem em dois grandes grupos e criassem um produto criativo sobre os temas para ser apresentado por todos. As competências desenvolvidas pautou-se na resolução do problema de maneira criativa e portanto, a **competência estudiosa e a comunicadora**. Será realizada a **avaliação da ciranda por pares**. Todos os alunos ao início da atividade, receberão uma folha avaliativa que deverá ser preenchida avaliando o outro grupo a que não pertence, e ao término da apresentação dos dois grupos, essa folha deve ser entregue ao tutor. Após a apresentação de cada grupo, é aberto uma plenária para a realização inicial de um feedback positivo e um feedback para melhorias. O instrumento avaliativo elaborado encontra-se a seguir:



AVALIAÇÃO DA CIRANDA: POR PARES.



Nome do grupo: _____

Avaliador: _____

APRESENTAÇÃO – Forma/layout	A	AP	NA
Contraste de cores da letra com o fundo do trabalho/slide			
Tamanho da fonte/letra			
Imagens/gráficos			
Quantidade de informação em cada slide/apresentação			
Recursos utilizados			
Criatividade			
CONTEÚDO	A	AP	NA
Problema			
Questão de aprendizado			
Principais itens da resposta construída			
Correlação com o dia de atividade anterior			
Processo de estudo e aprendizagem			
Identificação dos membros do grupo			
Reflexões sobre a prática realizada			
Referências teóricas do trabalho			
Citação de outros autores com referência			
DESENVOLVIMENTO	A	AP	NA
Domínio do assunto			
Gestão do tempo			
Integração do grupo com participação de todos			
Voz: altura, entonação, ritmo			
Postura do(s) apresentador(es)			
Posição do(s) apresentador(es) na sala: voltado ao público sem interferir no desenvolvimento da exposição			
Interação com o público (outros alunos que assistem)			
Orientação e coordenação das perguntas e respostas do público			
SISTEMATIZAÇÃO	A	AP	NA
Gestão adequada do tempo			
Letra legível com tamanho adequado para a apresentação			
Síntese reflexiva e coerente com a apresentação do produto			

LEGENDA: A – Atendeu AP – Atendeu parcialmente NA – Não atendeu

O desenvolvimento para a última semana versa sobre o tema medicina preventiva individual e coletiva e abordagem farmacológica: TARV e quimioprofilaxias. A abordagem do tema será realizada pelo **método Fishbowl fechado e aberto** como referido por Melo 2013, no qual são designadas algumas perguntas sobre o tema para a discussão, referidas abaixo:

1. Quais as características da situação de saúde-doença AIDS e o perfil do sistema de Atenção Básica no Brasil?
2. Quais os mecanismos de transmissão individuais e coletivos?
3. Como se estrutura o Sistema Único de Saúde?
4. Quais as políticas governamentais de controle da doença?

Na sala de aula é formado dois círculos concêntricos, sendo o círculo interno composto por 6 cadeiras e o externo por 14 cadeiras. O tutor solicita 6 candidatos para compor o círculo interno. A partir das perguntas, o grupo do círculo interno terá aproximadamente 30 minutos para discutir as quatro perguntas enquanto o círculo externo somente observa. O tutor solicita um aluno para ser relator da síntese e que se posicionará no canto da sala de aula elaborando uma síntese com o que é discutido entre os seis alunos. Outro aluno é solicitado para controlar o tempo com placas dos minutos. Esses alunos caso, queiram participar, deverão passar o que estão fazendo a outros alunos que se encontrem no círculo externo. O tutor se posicionará estrategicamente para **avaliar pelo método da observação** como refere Depresbiteres no capítulo IV.

Ao término os alunos do círculo interno retornam aos seus lugares e o tutor solicita que cinco novos alunos se sentem nas cadeiras do círculo interno, só que desta vez, uma cadeira irá ficar sobrando. O tutor explica que a cadeira vazia será para ser preenchida por qualquer aluno que queira participar durante a discussão e quando essa cadeira vazia for preenchida, um dos alunos do círculo interno precisará sair para que sempre fique uma cadeira vazia e dê oportunidade a outros alunos do círculo externo possa participar.

São designadas outras quatro perguntas, referidas abaixo, e mais uma vez se inicia a discussão dessas perguntas e somente o círculo interno discute enquanto o externo ouve. Será disponibilizado mais 30 minutos para essa atividade e mais uma vez o tutor solicita outro aluno para fazer a síntese da discussão enquanto um outro aluno se candidata para receber as placas com os tempos em minutos, para controlar o tempo da discussão. Da mesma maneira, caso esses alunos queiram participar, deverão passar o que estão fazendo a outros alunos

que se encontram no círculo externo. Ao término do tempo o tutor se posicionará estrategicamente para **avaliar pelo método da observação** como refere Depresbiteres no capítulo IV.

1. Como é estruturado o Programa da Saúde da Família e qual a importância dos Agentes Comunitários para a doença em questão?
2. Qual a importância do trabalho multiprofissional no impacto da promoção da saúde?
3. Como estimular a percepção do sentido humanístico na prática médica?
4. Quais os aspectos sócio-antropológicos do cuidado da saúde relevante para os portadores do HIV para o desenvolvimento de um cuidado adequado às necessidades desse grupo, classe social, gênero, raça, religião e valores?

Ao término das discussões o tutor solicita que os relatores da síntese leiam o que escreveram para toda a turma. São trabalhadas as **competências gestora e ética**. O tutor permanece observando e avaliando através do instrumento abaixo:



ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DA OBSERVAÇÃO



Nome: _____

Período de observação: _____

DESENVOLVIMENTO	A	AP	NA
Usa ideias próprias ou reformula de modo original as ideias de outros			
Se comunica de forma clara			
Discute com seus pares com argumentações embasadas			
Usa linguagem adequada			
Responde às perguntas de modo cronológico e coerente			
Assume comportamento colaborativo			
Respeita a opinião do outro			
Respeita a vez do outro			
LEGENDA: A – Atendeu AP – Atendeu parcialmente NA – Não atendeu			

3. PROPOSTA DE UM PROJETO PEDAGÓGICO PARA A UNIDADE PEDAGÓGICA DO CICLO 2: DEMANDA: DOR DE CABEÇA - GRANDE TEMA: CEFALÉIA – DOENÇA: DOR OROFACIAL E SINUSOPATIAS.

3.1. Contextualização.

De posse dos conhecimentos fundamentais sobre o assunto, abordado no ciclo 1, e habituado ao desenvolvimento de atividades em grupo, o estudante irá mesclar seu aprendizado em um ambiente seguro de simulação, trabalhos em grupo, e repetição da prática no atendimento graduando-paciente, para desenvolver as habilidades e atitudes compatíveis e esperáveis com que se deseja alcançar para um graduando interno em medicina que atenda às necessidades do SUS como um profissional crítico e reflexivo, autônomo em seu aprendizado, humano no atendimento e integral na resolução do binômio saúde-doença e dessa maneira, baseamos essa UP nos fundamentos de desenvolvimento de competências profissionais em 4 pilares: Função cognitiva⁷, função integrativa⁸, função de relacionamento⁹ e função afetiva e moral¹⁰.

Partindo do pressuposto que competência depende de curiosidade, cordialidade, disponibilidade para reconhecer e corrigir erros, entre outros; faz-se destacar que a competência profissional deve ser desenvolvida continuamente, de forma autônoma, sendo contexto-dependente, ou seja, dependente das necessidades da comunidade em que esse indivíduo se inclua socialmente.

Segundo o documento *Outcome Project da Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* de 2006, deixa claro as competências que se espera do aprendiz e deve ser descrito em termos de objetivos de aprendizagem específicos. Cada objetivo deve estar relacionado com um plano que descreva: “Como os objetivos serão alcançados?” e “Como essas aquisições de conhecimentos serão avaliadas?”. Para tanto, não só é relevante a construção do processo de aprendizagem, mas também o produto final resultante dessa construção.

⁷ Aquisição e utilização do conhecimento para resolver problemas da vida real.

⁸ Utilização de dados biomédicos e psicossociais para a elaboração do raciocínio clínico.

⁹ Efetiva comunicação com pacientes, familiares e membros da equipe de saúde.

¹⁰ Disponibilidade, paciência, tolerância, respeito e a capacidade de utilizar esses atributos de forma criteriosa e humana.

Seguindo o pressuposto teórico acima, foi elaborado um roteiro individual para cada demanda em diversos níveis de atenção à saúde com atividades temáticas a serem abordadas de forma lúdica e tornar a convivência agradável, abordando temas correlatos. Isso se justifica pela alta prevalência dessa queixa e enfermidades (dor orofacial e rinossinusites) e, a necessidade do controle epidemiológico.

No que tange à prevenção, esta pode ser incrementada através midiatisação da informação e de esclarecimento à população por meio de campanhas governamentais.

3.2. Objetivo específico da UP2.

Desenvolver atividades em grupo.

Desenvolver o aprendizado em ambiente seguro de simulação

Desenvolver e treinar a prática no atendimento graduando-paciente como objeto de desenvolvimento das habilidades e atitudes.

Despertar e desenvolver um futuro profissional crítico e reflexivo, autônomo em seu aprendizado, humano no atendimento e integral na resolução do binômio saúde-doença e gestor do conhecimento.

3.3 Plano de execução da UP 2 demanda: dor de cabeça – cefaleia – dor orofacial e sinusopatias.

A proposta dessa unidade do 2º ciclo estruturado em demandas, é abordar o assunto pertinente a 38ª semana.

Demanda dor de cabeça - grande problema cefaleia - doença dor orofacial e sinusopatias em adultos. Aborda-se a inter-relação anatômica, genética, fisiológica, patológica, farmacológica, histológica, imunológica, relação parasito-hospedeiro, estratégias de tratamento e prevenção, promoção da saúde, treinamento semiológico em ambiente simulado e atendimento graduando-paciente ambulatorial, para o treinamento do profissionalismo, juízo crítico, habilidade comunicativa, organização e eficiência, as quais serão necessárias para o tornar o graduando interno hábil na correlação da história clínica ao exame físico proposto direcionado, interpretar laboratorialmente e clinicamente os exames realizados e sendo um gestor ao indicar de maneira lógica e coerente exames de maior complexidade e de alto custo financeiro, tanto ao que tange ao paciente quanto ao SUS.

Para a logística serão necessários 5 períodos no turno da manhã (8:00 às 12:00 h) totalizando 5 semanas para a abordagem dos temas e treinamento. Para uma turma de 20 alunos, a presença de um tutor, um preceptor (auxiliar) e de um aluno do internato, uma sala de aula, papéis brancos, fita adesiva, cartolina, um ambiente de simulação com manequins de cabeça e pescoço, manequins cabeça e tronco, manequins que apresentem a cavidade nasal para treinamento do exame físico, espéculos nasais, nasofibroscopia rígida e flexível com televisão ou computador acoplado (que será utilizado também nos pacientes), mesa anatômica, acesso ao ambulatório de ORL, recursos audiovisuais (*datashow*, computador, *wi-fi*), impressos para a avaliação, ambiente externo com café, água, condições essas para tornar o ambiente convidativo e prazeroso.

Todas as atividades devem ser elaboradas em conjunto com a equipe de profissionais envolvidos para que o processo de construção do conhecimento tenha o mesmo objetivo comum e final. Essas atividades devem ser pormenorizadas como já demonstrada nesse trabalho referente ao ciclo 1.

As competências, habilidades e atitudes devem ser adquiridas gradativamente no transcorrer de todas as atividades e avaliadas individualmente e em conjunto pelos pares, tutores, preceptores, aluno preceptor do internato e profissionais da instituição envolvidos que tornaram possível a realização dos trabalhos (seguranças, auxiliares de serviços gerais, administradores, etc.).

3.3.1. Dor orofacial.

Desenvolvimento da 1ª semana da UP2 refere-se a dor orofacial. Essa atividade será iniciada com o **método baseado em perguntas**. Será realizada em sala de aula onde estará disponibilizada várias perguntas em cartolina (ou similar) espalhados pela sala de aula (presos a parede), com espaço para ser fixado com fita adesiva às respostas que forem sendo construídas.

As perguntas escolhidas são as seguintes:

1. O que se entende por dor orofacial?
2. Qual a relação entre a dor orofacial e as cefaleias?
3. Quais as cefaleias de origem orofacial que você conhece?
4. Como explicar a grande representação cerebral da boca?
5. Você já ouviu falar sobre bruxismo? Do que se trata?

6. Você já ouviu falar sobre a função sensitiva e motora do nervo trigêmeo (V par craniano) e o que é neuralgia do trigêmeo? Qual o seu impacto para a saúde pública?
7. Porque ocorre extrações dentárias equivocadas na neuralgia do trigêmeo?
8. Onde se encaixa a dor miofacial X fibromialgia?

Horário de 8:00 – 8:15 min. São os 15 minutos iniciais de acolhimento e apresentações, solicita que preencham (opcional) os *post it* coloridos com as expectativas positivas e negativas (*post it* de 2 cores diferentes) e os cole no panorama sobe e desce.

8:15 – 8:30 min – O tutor dividirá (ou deixará a critério dos alunos) a subdivisão em pequenos grupos de 5 alunos (turma com 20 alunos) e explicará como serão as atividades da manhã e inicia os comandos da atividade, solicita a escolha de um relator (o que irá escrever no papel as respostas), um controlador do tempo e um coordenador (que controla a dispersão do grupo), em seguida, explica e mostra que existe várias perguntas dispersas pela sala sobre o assunto que será abordado e que cada grupo deverá percorrer a cada pergunta (como uma gincana) para a familiarização dos objetivos do tema e que devem retornar aos seus lugares para responderem em grupo cada pergunta e que ao término um aluno de cada grupo se levantará para fixar as respostas em suas respectivas perguntas.

8:30 – 9:30 min – Cada grupo responderá a cada pergunta em uma folha branca para que ao término fixem as respostas às perguntas correspondentes. Nesse momento não há interferência do tutor que somente controlará o barulho excessivo produzido.

9:30 – 9:45 min – Momento coffee break.

9:45 – 11:15 min – Cada relator do grupo se levanta e cola as respostas em suas respectivas perguntas (as que acharem que correspondam), em seguida faz a leitura das respostas do seu respectivo grupo. Enquanto isso os demais fazem apontamentos individuais sobre complementações ou sobre o que não entenderam. O tutor apenas observa e controla o tempo.

11:15 – 11:45 min – É aberto em plenária para as dúvidas ou complementos a ser realizadas pelos alunos. O tutor apenas observa.

11:45 – 12:00 h – O tutor faz o feedback final, relatando se os objetivos foram cumpridos, e distribui uma **avaliação por desempenho¹¹ individual e do pequeno grupo** a ser preenchida e ao término entregues ao tutor, como o instrumento elaborado a seguir:

¹¹ Método de avaliação por desempenho que tende a promover a melhoria do desempenho através do incentivo e ao aperfeiçoamento em detrimento do castigo e as penalidades.

Avaliador: _____ Nota final: _____

Competência avaliada: COLABORADORA E ESTUDIOSA.



Desempenho individual Nota: _____

	A	AP+	AP	AP-	NA	LEGENDA
1- Como foi sua participação no grupo.						A - Atendeu (1,0)
2- Sua interação com o grupo foi satisfatória.						AP+ - Atendeu parcialmente para mais (0,75)
3- Houve acréscimo de informação aos seus conceitos anteriores.						AP - Atendeu parcialmente (0,5)
4- O tema abordado é relevante para o generalista.						AP- - Atendeu parcialmente para menos (0,25)
5- Você estimulou, formulou perguntas complementares.						NA - Não atendeu (0,0)
6- Você respondeu todas as perguntas designadas.						
7- Houve comprometimento com a aprendizagem.						Os conceitos AP- e NA devem ser justificados
8- Apresentou capacidade de argumentação.						
9- Relacionou seus conhecimentos nos conceitos da integralidade, acesso, hierarquização, referência/co-referência e controle social.						
10- A partir da construção do conhecimento, você estaria apto a realizar uma avaliação normativa.						

Desempenho grupal Nota: _____

	A	AP+	AP	AP-	NA	LEGENDA
1- Participação coletiva.						A - Atendeu (1,0)
2- Estruturação, hierarquização, referência/co-referência das respostas no contexto social.						AP+ - Atendeu parcialmente para mais (0,75)
3- Alcançado os objetivos propostos.						AP - Atendeu parcialmente (0,5)
4- Houve identificação de liderança.						AP- - Atendeu parcialmente para menos (0,25)
5- Trabalho em equipe, trabalho colaborativo.						NA - Não atendeu (0,0)
6- Houve construção múltiplo do conhecimento.						
7- Houve percepção do grupo quanto ao interprofissionalismo.						Os conceitos AP- e NA devem ser justificados
8- O conhecimento do grupo alcançou os objetivos propostos.						
9- Controle gerencial do grupo: tempo, organização, sistematização.						
10- Todos, sem exceções, participaram da construção do conhecimento.						





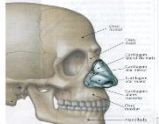
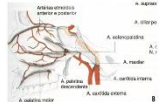

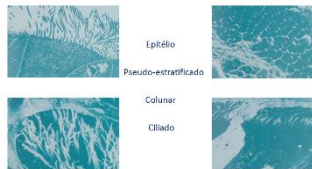
Após a saída dos alunos da sala de aula, o tutor recolhe as perguntas e respostas para analisar o conteúdo abordado e conferir se todos os objetivos propostos foram realmente alcançados, fazendo uma avaliação do material produzido coletivamente.


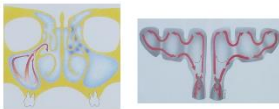


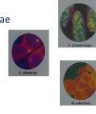





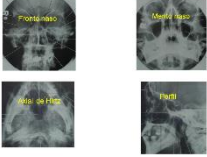
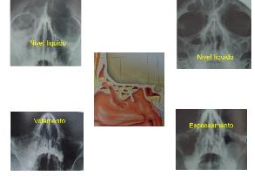
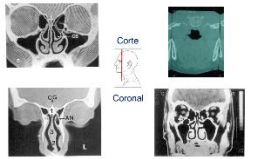
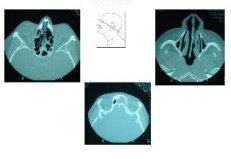
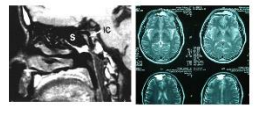

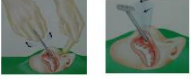
3.3.2. Sinusopatias agudas.

O desenvolvimento da 2ª semana versa sobre o tema sinusopatias agudas e abrangerá a anatomia e histologia da face, das estruturas do nariz e cavidades paranasais e retrofaríngea; a definição, fisiopatologia, classificação quanto ao tempo e quanto à forma clínica, agentes etiológicos, fatores predisponentes anômicos e funcionais, anamnese e exame físico dirigido, estudo por imagem, tratamento clínico e cirúrgico e complicações e a semiologia e exame físico da cabeça e pescoço direcionada, sendo utilizado o **método de uma aula** no formato powerpoint (ppt) com inserções que curtos vídeos de endoscopia nasal, para identificação dos principais pontos a ser conhecido. Segue-se a utilização da mesa anatômica para visualização topográfica e realizar as devidas correlações mentais. Em um segundo momento serão promovidas atividades práticas simuladas. O roteiro de intervenção está disposto a seguir:

8:00 – 8:15 min – Acolhimento e explicação das atividades da manhã.

8:15 – 9:15 min – Aula no formato ppt.

 <p>PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO</p> <p>RINOSSINUSITES AGUDAS</p> <p>Alexandra Portela, MSc</p>	<p>Endoscopia Nasal Esquerda Normal</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=2bN8xHfVdU</p> 	<p>NARIZ - FUNÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • OLFATO • AQUECIMENTO DO AR • UMIDIFICAÇÃO • FILTRAGEM  
<p>ANATOMIA</p> <p>NARIZ EXTERNO OU PIRÂMIDE NASAL</p> <p>CARTILAGENS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Alares Maiores ➢ Alares Menores ➢ Acessórias <p>OSSOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Próprio do Nariz ou Nasal ➢ Frontal da Maxila ➢ Frontal 	<p>VASCULARIZAÇÃO</p> <p>CARÓTIDA INTERNA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ETMOIDAL ANTERIOR ➢ ETMOIDAL POSTERIOR <p>CARÓTIDA EXTERNA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ SEPTAL ➢ NASAL LATERAL POSTERIOR ➢ ESFENOPALATINA  	<p>HISTOLOGIA</p>  <p>Epitélio</p> <p>Pseudo-estratificado</p> <p>Colunar</p> <p>Ciliado</p>

<p>FISIOLOGIA</p>  <p>Epitélio Pseudo-estratificado Colunar Ciliado 50 a 300 cílios/8 a 20 bps 33 graus pH=7 e 8</p> <p>Muco Canalado sol Cinrada gel Movimento-se 6mm/min Trocado 2 a 3 vezes/h</p>	<p>FISIOLOGIA</p> <p>MOVIMENTO MUCO-CILIAR</p> 	<p>Cavidades ou Seios Paranasais</p> <p>Frontal</p> <p>Maxilar</p> <p>Células Etmoidais anteriores e posteriores</p> <p>Esfenoidal</p> 
<p>RINOSSINUSITE AGUDA</p> <p>Definição</p> <p>Processo inflamatório da mucosa de revestimento das cavidades nasais e para-nasais</p>	<p>Classificação por Evolução</p> <p>Aguda • até 12 semanas.</p> <p>Aguda viral ou resfriado comum: < 10 dias.</p> <p>Aguda não viral ou bacteriana: aumento dos sintomas a partir de 5 dias ou prolongamento dos mesmos >10 dias e < 12 semanas.</p> <p>Crônica • > 12 semanas</p> <p>Recorrente • 4 ou + / ano</p> <p><small>Diagnostico Basilar de 93 - 2000 / Consenso Especial de 93 - 2000</small></p>	<p>Aguda – Viral ou Resfriado Comum</p> <ul style="list-style-type: none"> Alta incidência Autolimitada Obstrução nasal Irrinos Coriza hialina Secreção mucóide <p>Aguda – Não viral ou Bacteriana</p> <ul style="list-style-type: none"> Precedida pela viral – início após o 5º dia Dor facial (colateral) Febre alta Rinorreia purulenta bilateral 
<p>Principais agentes etiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae Moraxella catarrhalis <p><small>Outros agentes etiológicos:</small></p> <ul style="list-style-type: none"> Staphylococcus Bacterias anaeróbicas Staphylococcus aureus Fungos 	<p>Fatores predisponentes anatômicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Alterações do meato médio Desvio septal Hipertrofia adenoideana Hipertrofia dos cornetos Corpo estranho Atresia coanal Tumores Trauma facial 	<p>Fatores Predisponentes Funcionais</p> <ul style="list-style-type: none"> Irras Alérgia alérgica Irritantes ambientais Fibrose cística Disfunção ciliar Imunodeficiências Doença do refluxo gastro-esofágico 
<p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> Quadro clínico - ANAMNESE e EXAME FÍSICO Exame físico – Rinoscopia anterior e endoscópica Estudo radiológico simples Estudo tomográfico e Ressonância magnética para casos complicados ou pré operatório. 	<p>Diagnóstico – Quadro clínico</p> <p>Maiores</p> <ul style="list-style-type: none"> Obstrução ou Congestão nasal Descarga (gotejamento) nasal e retro nasal purulenta Hiposmia/Anosmia Dor/pressão facial Tosse Febre alta <p>Menores</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefaleia Dor na arcada dentária superior Halirose Otalgia ou pressão nas orelhas <p>Diagnóstico presuntivo: presença de 2 ou mais fatores maiores ou 1 fator maior e 2 menores</p>	<p>Diagnóstico – Exame Físico</p> <p>Rinoscopia Anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> Edema do corneto Alterações anatómicas Secreções purulentas 
<p>Rinoscopia Endoscópica</p> <ul style="list-style-type: none"> Secreção purulenta no meato médio, superior e recesso esfenotmoidal Alterações no meato médio Polipo nasal 	<p>EXAME FÍSICO: PALPAÇÃO</p> 	<p>Diagnóstico – Estudo radiológico</p> 
	<p>Diagnóstico – Estudo Tomográfico</p> 	<p>Corte Axial</p> 
<p>Diagnóstico – Ressonância nuclear magnética</p> <p>Corte Sagital</p> <p>Corte axial</p> 	<p>Tratamento Clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> Restabelecer a função mucociliar Controle da infecção Redução do edema Facilitação da drenagem 	<p>Tratamento Clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> Solução salina isotônica ou hipertônica Mucosolíticos Corticosteróides tópicos Corticosteróides sistêmicos Analgésicos Anticoagulantes nasais Antibiototópicos 
<p>Tratamento clínico</p> <p>As formas agudas - 80% evoluem para cura espontânea</p> <p>Antibiototerapia com penicilina e cefalosporinas - dose dependente - 10, 14 ou 21 dias</p> <p>Antibiototerapia com macrolídeos é tempo dependente - 10 dias</p> <p><u>Quelques de antibióticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina Amoxicilina com B-lactamase Cefpodoxime Cefuroxime Eritromicina/Clarithromicina Levo/Mau/Gatifloxacina Cefixoxime Outros. 	<p>Tratamento Cirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> Nos quadros recorrentes e crônicos Nas alterações anatómicas que bloqueiam as secreções e a ventilação Não deve remover a mucosa Na aguda - drenagem ou punção Complicações 	<p>Tratamento cirúrgico - Punção</p> 



Modelo de aula sobre rinossinusites baseado na aula da Profa. Maria Helena de A. Melo. MD, PhD.


9:15 – 10:00 h - Demonstração na mesa anatômica das estruturas abordadas, as suas correlações topográficas clínicas e cirúrgicas, revisão do conteúdo abordado no ppt, com o intuito de melhor compreensão e entendimento das estruturas abordadas.

10:00 – 10:15 min - Coffee break.

10:15 – 12:00 h – Treinamento prático simulado em ambiente seguro para treinamento e desenvolvimento da autoconfiança, segurança e habilidades manuais. Serão necessárias pelo menos 6 cabeças, 6 cabeças com pescoço (ou 12) e/ou 6 cabeças com tronco. Os alunos serão divididos em 3 grupos de 6 alunos cada (em média), e utilizarão os manequins de maneira em gincana, cada grupo ficará responsável por 6 partes iguais do manequim, e ao término da atividade, o grupo irá trocar de manequim. O tutor observará e acompanhará a desenvoltura dos alunos e fará as devidas intervenções demonstrando as correções de posição que se fizerem necessárias.

O grupo responsável pela cabeça deverá treinar a utilização dos espéculos nasais para treinamento da rinoscopia anterior, posteriormente da nasofibrosopia com ótica rígida e por último com a fibra ótica flexível. O grupo responsável pela cabeça e pescoço ou cabeça e tronco, deverão realizar a palpação da face, das cavidades paranasais, da mastoide e das cadeias ganglionares da cabeça e do pescoço, assim como treinar o posicionamento para ausculta de sopros cervicais. Durante todo o treinamento o tutor observa os grupos de alunos, com uma ficha individualizada de cada um, para avaliar o trabalho em equipe. Para isso utiliza o

instrumento de **avaliação de grupo, o *Teamwork Mini-Clinical valuation Exercise (T-MEX)***¹² modificado para ambiente simulado (OLUPELIYAWA, 2014), como elaborado a seguir:

T-MEX para avaliação do TREINAMENTO SIMULADO em RINOLOGIA e CABEÇA e PESCOÇO								
Avaliador: _____			Data: _____					
Discente: _____			Período: _____					
Contexto: _____			Equipe reunida: _____					
Idade: _____		Sexo: _____	1ª consulta ()		Acompanhamento ()			
Complexidade do treinamento: Alta () Moderada () Baixa ()								
Área da otorrinolaringologia à ser analisada: RINOLOGIA E EXAME FÍSICO DA CABEÇA E PESCOÇO.								
Avaliação: 1° () 2° () 3° () 4° ()								
Duração da avaliação: _____			Duração do feedback: _____					
Habilidades no comportamento colaborativo:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		
Assume a responsabilidade no grupo pela conclusão das tarefas dentro do próprio papel:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		
Comunica e interage com as necessidades e preocupações manifestadas pelos colegas:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		
Manifesta a sua preocupação e dificuldade adequado para a situação:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		
Reconhece as próprias limitações na situação simulada:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		
Inclui os outros colegas de forma adequada no contexto simulado:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		
Demonstra comportamentos colaborativos apropriados para garantir a segurança dos colegas:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		
Demonstra comportamento adequado para garantir a segurança do paciente:								
SIM			NÃO			NÃO SE APLICA		

Feedback para o aluno:				
Os melhores aspectos da colaboração:		Aspectos específicos de colaboração precisando de desenvolvimento:		
Outras sugestões para o desenvolvimento (assinalar):				
Desenvolva a sua compreensão no papel de estagiário		()		
Considere questões mais amplas do paciente e da equipe		()		
Pratique se comunicando com uma melhor estrutura		()		
Pratique o T- MEX em situações mais complexas		()		
T- MEX foi útil para dar feedback aos alunos sobre as competências de colaboração para futuros estágios na prática real:				
Discordo plenamente	Discordo	Incerto	Concordo	Concordo plenamente

¹² Ferramenta de avaliação e feedback, baseada na observação de competências de trabalho em equipes no local de trabalho clínico que também pode ser utilizada para ambiente de simulação.

T- MEX é prático para avaliar condutas simuladas e projetadas para o ambiente clínico futuro:				
Discordo plenamente	Discordo	Incerto	Concordo	Concordo plenamente
O papel do avaliador/tutor na equipe:				
Especialista	Residente	Aluno	Preceptor	Outro profissional da área da saúde

Avaliação do estudante para o avaliador/tutor da equipe:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		

Assinatura do tutor: _____

Assinatura do estudante: _____

O desenvolvimento da 3ª semana versa sobre o tema sinusopatias crônicas incluindo as sinusopatias do paciente HIV/AIDS que abrangerá a definição, fisiopatologia, classificação quanto ao tempo e quanto à forma clínica, agentes etiológicos, fatores predisponentes anatômicos e funcionais, anamnese e exame físico dirigido, estudo por imagem, tratamento clínico e cirúrgico e complicações, assim como a semiologia e exame físico de cabeça e pescoço nas infecções crônicas incluindo a multiplicidade encontrada no paciente HIV/AIDS. A atividade proposta e embasada por Bastos 2014, será pelo **método estudo de casos clínicos**, no qual serão distribuídos 2 casos clínicos diferentes para o desenvolvimento Heurístico do pensamento.

8:00 – 8:15 min – Acolhimento dos alunos e explicação das atividades da manhã pelo tutor.

8:15 – 8:30 min – Distribuem-se 2 casos clínicos diferentes para cada aluno. O tutor solicita que 2 alunos se candidatem para a leitura em voz alta dos casos clínicos. Abre-se uma plenária para dúvidas sobre os casos.

8:30 – 9:30 min - Inicia-se a leitura individual e a resolução dos casos individualmente.

9:30 – 9:45 min – Formam-se duplas, trocam experiências e cada um complementa seu caso clínico caso haja necessidade.

9:45 – 10:00 h – *Coffee break* – momento de interação de outros alunos e de troca de informações sobre o caso clínico de maneira informal.

10:00 – 11:10 min – O tutor solicita que 4 pares de duplas se candidatem para a leitura dos diagnósticos heurísticos e que expliquem quais foram os processos de estruturação do pensamento que utilizaram para seus raciocínios diagnósticos, assim como convoca dois relatores para confeccionar uma síntese ou no ppt ou no *flipchart* durante a apresentação. É aberto em plenária a discussão e complementação da resolução dos casos clínicos.

11:10 – 11:30 min – Os dois relatores, um por vez, lê a síntese construída.

11:30 – 12:00 min – O tutor recolhe os casos clínicos distribuídos no início das atividades para a **avaliação *Extended Matching Items (EMI)***, composta de: tema, lista de possíveis respostas, provável diagnóstico e a identificação e resposta dos problemas.

A seguir são descritos os casos clínicos a serem aplicados com seus respectivos problemas:

CASO 01

Mulher negra, do sexo feminino, com 68 anos de idade, professora primária aposentada, residente no Rio de Janeiro, procurou atendimento otorrinolaringológico em janeiro de 2015, com queixas de obstrução nasal unilateral esquerda, acompanhada de secreção nasal, com início havia quatro meses concomitante a perda de peso ponderal e sudorese profusa noturna. O exame endoscópico revelou secreção mucóide retronasal, palidez e hipertrófia dos cornetos inferior e médio, notadamente à esquerda, e desvio septal para o mesmo lado. O estudo radiológico simples evidenciou velamento difuso das cavidades frontal, etmoidal e maxilar à esquerda e hipotransparência dos seios esfenoidais. Foi medicada com descongestionante nasal sistêmico, lavagens nasais com solução salina, corticosteróide tópico, sulfametoxazol com trimetoprim e mucolítico por 14 dias sem obter melhora. A senhora então pergunta: “Isso me isenta do imposto de renda?”

Pergunta-se:

1. O que você responderia ao questionamento da paciente?
2. Quais os possíveis problemas listados?
3. Quais as possíveis hipóteses diagnósticas para seus problemas listados?
4. O médico faz um resumo da situação ao paciente e ambos concordam em realizar alguns exames. Quais seriam imprescindíveis nesse primeiro momento?

5. Caso você não soubesse conduzir o caso, para quem e como você redigiria a referência?

CASO 02

Um senhor de 69 anos consulta, trazido pela filha e esposa. Todos muito educados. A filha se apresenta como enfermeira de um grande hospital, e diz que o médico lhes foi recomendado por colegas daquele hospital.

O médico sabe que, ao conversar com alguém, na verdade conversa com uma pessoa que traz consigo um conjunto de crenças e experiências que, certamente neste caso, terão um componente do ambiente hospitalar. Sabe, ainda, que ela conhece muitos médicos. Por que ele? E por que agora?

Há 3 meses evoluindo com obstrução nasal, rinorreia posterior, pressão facial e hiposmia. Não apresenta febre.

Pergunta-se:

1. Em que cenário o paciente se encontra.
2. Lista de problemas identificados: físicos e psicológicos.
3. Qual a provável hipótese diagnóstica.
4. Construa uma história clínica detalhada sobre sua hipótese clínica.
5. Construa o exame físico dirigido para a sua provável hipótese.
6. Existem fatores predisponentes que podem ser investigados ou questionados. Utilizando-se do aprendizado desde o início da sua formação e relacionando com o diagnóstico topográfico, cite esses fatores predisponentes ou associados.
7. Mediante a prevalência da doença em questão, o pensamento da integralidade deve permear todo o processo de desenvolvimento da hipótese diagnóstica ao tratamento mais adaptável para o paciente. Baseando-se no conceito da integralidade, como seria a sua conduta terapêutica.

Para o desenvolvimento da 4^o e 5^a semanas abrangerá **treinamento prático** em cenário real no ambulatório de ORL, para que os alunos interajam com os pacientes, colham a anamnese e realizem o exame físico. Serão 2 períodos de desenvolvimento de habilidades e atitudes que serão avaliados cada qual com o

instrumento de **avaliação *Miniclinical Examination (Mini-CEX)***¹³. A exceção do habitual em que o aluno solicita a realização do Mini-CEX, nesse período será o tutor a determinar as avaliações. Cada aluno terá acesso ao instrumento na semana anterior a prática e pautará seus estudos para a realização das tarefas listadas. Durante todo o período de aplicação do Mini-CEX, o tutor não mantém contato verbal com o aluno, apenas o avalia pela observação e pela checagem do instrumento. Foi elaborado um Mini-CEX específico para a avaliação da prática no ambulatório de ORL que se segue a seguir.

MINI-CEX em RINOLOGIA para avaliação PRÁTICA no ambulatório de otorrinolaringologia									
Avaliador: _____					Data: _____				
Discente: _____					Período: _____				
Dados do paciente: Queixa do paciente/diagnóstico: _____									
Idade: _____		Sexo: _____		1ª consulta ()		Acompanhamento ()			
Complexidade da consulta: Alta () Moderada () Baixa ()									
Área da otorrinolaringologia à ser analisada: RINOLOGIA									
Avaliação: 1° () 2° () 3° () 4° ()									
Duração da avaliação: _____					Duração do feedback: _____				
Habilidades de entrevista clínica*:									
A. O aluno coletou a história clínica de forma satisfatória, direcionando a anamnese à queixa do paciente?									
a.1) HDA									
Questionar e caracterizar: Obstrução nasal, Secreção nasal, Espirros, Cefaléia, Epistaxe, Perda do olfato (cacosmia), Prurido, Sintomas oculares.									
a.2) HPP									
Questionar: trauma nasal, antecedentes alérgicos, uso de medicamentos (tópicos e orais), cirurgias nasais anteriores, hipertensão e outros.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente			
Exploração física*:									
A. Exame rinológico:									
a.1) Inspeção externa:									
Visualização externa da pirâmide nasal, narinas e vestíbulo ()									
a.2) Rinoscopia anterior:									
Observação da anatomia dos cornetos, meatos, septo e assoalho nasal, e de alterações ()									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente			
Profissionalismo:									
O aluno explicou racionalmente os exames diagnósticos e o tratamento ao paciente?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente			
Juízo crítico:									
A. O aluno correlaciona a história clínica ao exame físico?									
B. O aluno consegue interpretar os exames complementares trazidos pelo paciente?									
C. Consegue indicar os testes diagnósticos estritamente necessários de forma lógica?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente			
Habilidades comunicativas:									
A. O aluno solicita ao paciente, permissão para examiná-lo?									

¹³ Instrumento utilizado para avaliação prática, sendo o ideal pelo menos 4 exames avaliativos para garantir a confiabilidade. A solicitação para a realização da avaliação é pelo aluno dentro do período estipulado. São observados a tomada de história, exame físico, planejamento do manejo e orientação do paciente. Duração do exame 15 min, com feedback imediato após a avaliação.

B. Fornece esclarecimentos sobre como será feito o exame e o que significa? C. Esclarece as dúvidas do paciente de forma clara? D. Explica claramente possíveis prescrições e pedidos de exames complementares?								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		
Organização:								
A. Ordem coerente do atendimento (entrevista, exame físico, exames complementares, diagnóstico/pedidos de exames, terapêutica)? B. Manejo e organização do prontuário.								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		
Eficiência:								
A. Aluno conseguiu chegar ao diagnóstico? B. Realizou o encaminhamento à especialidade correta quando necessário?								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		
Feedback para o aluno:								
Os melhores aspectos da colaboração:				Aspectos específicos de colaboração precisando de desenvolvimento:				
Avaliação do estudante para o avaliador/tutor da equipe:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfatório			Satisfatório			Excelente		

Assinatura do tutor: _____

Assinatura do estudante: _____

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propor reflexões sobre educação é tarefa árdua, pois é lidar com a realidade imediata do que acontece nas escolas médicas, e isso, por si só, gera expectativas de soluções para os problemas enfrentados no cotidiano.

Sabe-se que parte do fracasso escolar, ou até ele todo, passa pela prática avaliativa que muitas vezes está contemplada nos Projetos Políticos Pedagógicos, mas que não é coerente com a realidade da sala de aula. E como lembra Philippe Perrenoud “A avaliação inspira paixões”. E estando apaixonados pelo ensino e pelo tema avaliação, torna-se necessário ter esperança, investir no saber fazer, e se somar esforços para construir um novo projeto de ensino que atenda aos anseios da sociedade, tendo na escola e na educação os fundamentos para isso. Estamos diante de um desafio ético. A questão da ética é crucial em todas as situações da prática pedagógica e, evidentemente, das nossas vidas. Para Paulo Freire (2000), “as pessoas em relação umas com as outras e com o mundo, fazem-se seres éticos”. É preciso defender e preservar a ética como um dever, pois tanto

se pode agir de modo ético, quanto transgredi-la. O modo ético de ser é algo que deve ser exercitado o tempo todo. Parafraseando Henry Ford, no que disse em relação a qualidade, ser ético é fazer o certo mesmo quando ninguém está nos olhando. Os educadores se tornam seres éticos na medida que problematizam a sociedade, a educação, a escola, a própria atuação como sujeitos históricos em relação uns com os outros, na busca de um mundo melhor, cientes de que o construímos juntos, para uma existência humana mais digna, fraterna e justa.

4.1. Relações de interatividade entre as UP do ciclo 1.

Abordar a AIDS pode não ser simples, visto que discutir o assunto exige a abordagem de questões relacionadas ao casamento, à maternidade, à sexualidade, à relação de gênero e outros aspectos íntimos do ser humano, indissoluvelmente associadas à prevenção do HIV. O diagnóstico é sempre um choque, remetendo a uma situação de desespero, de proximidade da morte. Acarreta estresse e um trauma de natureza física, emocional e social. A reação individual dependerá das mudanças geradas decorrente da doença e que dependerá de diversos fatores, dentre eles os de sua personalidade e de seu contexto sócio-familiar.

4.2. Relações da demanda dor de cabeça com outras demandas.

Dor de cabeça é a dor em qualquer região da cabeça. As dores de cabeça podem ocorrer em um ou em ambos os lados da cabeça, serem isoladas em determinada localização, irradiarem pela cabeça de um ponto ou a outro, serem latejantes ou uma sensação de dor surda. As dores de cabeça podem aparecer gradualmente ou de repente, e podem durar menos de uma hora ou durante vários dias. Existem mais de 200 tipos de dor de cabeça, e suas características podem determinar a causa e o tratamento adequado. A maioria das dores de cabeça não é resultado de uma doença grave, mas algumas podem resultar de uma condição com risco de vida que requer cuidados de emergência.

São geralmente classificados por causas, e a partir dessas causais as correlações com as outras demandas dessa UP se tornam ligadas, como as seguintes demandas: cefaleia associada à tosse, associada ao exercício, associada ao sexo, associada a pressão subindo, associada a febre e dor no corpo, a dor na orelha, bateu com a cabeça, tristeza, prisão de ventre, dor na junta da articulação temporomandibular (ATM), exame de vista alterado, ele ronca muito não consigo dormir direito, fraqueza e cansaço e mergulhador com dispneia súbita.

4.3. Qual o perfil de competências desenvolvidos no aluno ao alcançar o internato.

Segundo a nova DCN de 2014, detalham no seu artigo 7º que a formação do médico tem por objetivo preparar o profissional para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

1. **Atenção à saúde:** aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.
2. **Tomadas de decisões:** visa o uso apropriado, a eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas para decidir as condutas mais adequadas.
3. **Comunicação:** verbal e não verbal, habilidades de escrita e leitura; com o domínio de pelo menos uma língua estrangeira, assim como o conhecimento de tecnologias de comunicação e informação.
4. **Liderança:** trabalho em equipe multiprofissional.
5. **Administração e gerenciamento:** tomada de iniciativas gerenciais de força de trabalho, recursos físicos e materiais e de informação. Ser empreendedor.
6. **Educação permanente:** aprender continuamente, aprender a aprender, e ter responsabilidade e compromisso com sua educação.
7. **Mobilidade acadêmica:** ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis, viabilizando a identificação de novos desafios da área, estabelecendo compromissos de corresponsabilidade com o cuidado com a vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades, direcionado às necessidades do SUS.

4.4. Projeção da continuidade das atividades e avaliações para o internato e futuro egresso de medicina.

Os objetivos estabelecidos que norteiam a avaliação, servem para constatar se o aluno aprendeu e atingiu os objetivos propostos, de acordo com o programa que deve ter sido seguido adequadamente até o seu final. Para isso, considera-se que o aluno progride num ritmo próprio, aos poucos, e sem errar. Nesta

abordagem a avaliação já surge como parte integrante do processo de aprendizagem, fornecendo dados para o “arranjo de contingências de reforços para os próximos comportamentos a serem modelados” (MIZUKAMI, 1986). A ênfase, porém, tanto quanto na abordagem tradicional, é no produto obtido, no que se pode transmitir culturalmente, pela influência do meio, pelo diretivismo, que determina o que será aprendido e o que deverá ser transmitido às novas gerações. O que muda significativamente é a direção mais eficiente do ensino fornecida pela programação, deixando evidente que o que não é programado não é desejado.

Ainda de acordo com MIZUKAMI, a ênfase na abordagem humanista é a auto-avaliação, por considerar que somente o próprio indivíduo pode conhecer realmente a sua experiência e que somente ele tem condições de julgar a si próprio, a partir de critérios internos do organismo, pois os externos podem causar desajustamentos. Portanto, o aluno assume a responsabilidade do controle de sua própria aprendizagem.

Ao apresentar a abordagem cognitivista, MIZUKAMI explica, citando Piaget, ao afirmar que o conhecimento se inicia a partir do momento em que ele é comunicável e controlável e que não é mensurável (os conhecimentos são qualitativos). Esse posicionamento de abordagem cognitivista é resultado de investigação teórico-experimentais. A avaliação deve ser realizada a partir de parâmetros extraídos da própria teoria e implicará em se verificar se o aluno já adquiriu o conhecimento necessário. O que se deve avaliar é se houve aproximação a uma norma qualitativa pretendida. O aproveitamento deve ser aferido através de múltiplos critérios, considerando-se principalmente a assimilação e a aplicação desses conhecimentos em situações variadas, sem deixar de se considerar o erro, soluções incompletas ou distorcidas pelos alunos, pois a interpretação do mundo, dos fatos, da causalidade, é diferente nos diferentes estágios de desenvolvimento do ser humano, acontecendo sempre qualitativamente. Assim, não se pressionará o aluno e nem se irá impor desempenhos padronizados durante o seu desenvolvimento cognitivo.

Sobre a abordagem sócio-cultural, a educação tem um caráter amplo, não se restringindo às situações formais de ensino-aprendizagem “A avaliação é da prática educativa, e não de um pedaço dela”. (FREIRE, 1982).

Seguindo os pressupostos acima, a avaliação contínua procura mediar os processos de ensino e aprendizagem, e fazer com que as providências em relação aos resultados da avaliação sejam tomadas imediatamente.

O escopo desse trabalho versa sobre o acompanhamento do desenvolvimento da aprendizagem pela avaliação contínua e diversificada (DEPRESBITES, 2009) considerando o modo contínuo de avaliação também como um método de avaliação em si mesmo, onde o aluno tem avaliado por inteiro o seu desenvolvimento das competências, habilidades e atitudes. É preciso que o processo de construção das atividades sejam sinérgicos e contemplem o desenvolvimento das competências, habilidades e atitudes para que a avaliação se torne significativa para o desenvolvimento dos processos cognitivos de aprendizagem individual.

No cotidiano, nem todas as atividades que os alunos realizam ao longo de sua trajetória acadêmica são objeto de avaliação. Embora muito do que fazem pudesse (e devesse) ser, sem demasiado esforço, utilizados métodos de avaliação diversificados e adequados. Algumas das atividades correntemente realizadas pelos alunos, ao longo do seu desenvolvimento podem se articular a situações de aprendizagem, incrementando competências em desenvolvimento e demandando métodos de avaliação.

Nesse trabalho além das atividades propostas com suas respectivas avaliações e *feedbacks*, existem inúmeras outras opções de desenvolvimento do aprender e outras opções de avaliação, que serão citadas a seguir, a título de conhecimento e que não foram contemplados no escopo desse trabalho, como:

- Trabalhos escritos: fichas, testes, relatórios, produção de textos criativos e projetos
- Utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC) e de vários outros recursos materiais, como meio de criação de produtos.
- Atividades de pesquisa em campo: recolhimento de informações junto de vários especialistas.
- Provas escritas de avaliação da competência do conhecimento (Saber):
 - ✓ *Multiple Choice Question (MCQ).*
 - ✓ *Completion Questions.*
 - ✓ *Short Answer Question (SAQ).*
 - ✓ *Modified Essay Questions (MEQs).*
- Avaliações para ambientes simulados:
 - ✓ *Case based Discussion (CbD).*

- ✓ *Clinical Skills Assessment (CSA).*
- ✓ *Objective Structured Clinical Examination (OSCE).*
- ✓ *Practical Assessment of Clinical Examination skills (PACES).*
- ✓ *Viva Voice.*
- *Avaliação em local de trabalho:*
 - ✓ *Global Rating (Tutors Report, Rating Scale).*
 - ✓ *Logbook.*
 - ✓ *Long case (LC).*
 - ✓ *Mini-peer Assessment Tool (Mini-PAT).*
 - ✓ *Objective Structured Long Examination Record (OSLER).*
 - ✓ *Professionalism in Medical Education Examination (P-MEX).*
 - ✓ *Portfólio.*
 - ✓ *Patient Survey (PS).*
 - ✓ *Short Case (SC).*
 - ✓ *Acute Care Assessment Tool (ACAT).*
 - ✓ *Efficient Professional Activities field notes (EPA field notes).*
 - ✓ *Incognito Standardized patient.*
- *Avaliação por procedimentos:*
 - ✓ *Direct Observation of Procedural Skills (DOPS).*
 - ✓ *Task Oriented Assessment of Clinical Skills (TOACS).*
 - ✓ *Objective structure assessment of technical Skills (OSATS).*
- *Avaliação do grupo:*
 - ✓ *Group Objective Structure Clinical Examination (GOSCE).*
 - ✓ *Team Objective Structure Bedside Assessment (TOSBA).*
 - ✓ *Team Observed Structure Clinical Encounter (TOSCE).*

Este trabalho não pretende idealizar qualquer tipo de avaliação e nem pretensiosamente esgotar aquilo sobre o que se precisa refletir e discutir sobre o assunto. A intenção é abordar a avaliação partindo da realidade contextual dos atores envolvidos no processo de aprendizagem tornando-se um valioso instrumento que permita o permeio do binômio “professor-aluno”, de maneira a permitir um aprendizado prazeroso, construtivista, responsável e autônomo.

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação de medicina*. Brasília; 2014, seção 1. p. 8-11.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. ALMEIDA JRS e ALMEIDA MB. www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1516-8.pdf. Acessado em 12/10/2015.

BASTOS RR. **O Método Clínico**. *Coleção céu pedrento*. (Juiz de Fora, MG). 2014, vol.1, 383 p.

CHAUÍ M. **Ventos do progresso: a universidade administrada**. In: PRADO Jr B. **Descaminhos da educação pós 68**. *Cadernos de Debate*. 1980, n.8: 31-56.

DEPRESBITERES L, TAVARES MR. **Diversificar é preciso...instrumentos e técnicas de avaliação de aprendizagem**. São Paulo: Editora Senac São Paulo. 2009, 192 p.

EPSTEIN RM, HUNDERT EM. **Defining and Assessing Professional Competence**. *JAMA*. 2002, vol.9, 287(2): 226-35.

FERRAZ APCM, BELHOT RV. **Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais**. *Gest. Prod. (São Carlos)*. 2010, vol.17, n.2, pp. 421-31.

FLENER A. **A Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foudation for the Advancements of teaching**. Bull 4. New York: The Carnegie Foudation. Disponível em: http://www.carnegiefoudation.org/eLibrary/docs/flexner_reportpdf. Acesso em: 16/10/2015.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. p.94.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**. São Paulo: UNESP, 2000.

LEÃO DMM. **Paradigmas Contemporâneos de Educação: escola tradicional e escola construtivista**. *Cadernos de Pesquisa*. 1999, n.107: 187-206.

MATTOS R. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO R, MATTOS R. **Os sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. 2003.

MELO RC. **Tópicos de aprendizagem colaborativa aplicáveis ao ensino tecnológico.** *VIII Workshop de pós-graduação e pesquisa do centro Paula Souza.* (São Paulo). 2013, pp. 1-13.

MENDONÇA ET, COTTA RMM, LELIS VP, CARVALHO JR. **Paradigmas e tendências do ensino universitário: a metodologia da pesquisa-ação como estratégia de formação docente.** *Interface (Botucatu).* 2015, vol.19, n.53, pp. 373-86.

MIZUKAMI MGN. **Ensino: As Abordagens do Processo.** 9. ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1996. vol.1. 119 p.

OLUPELIYAWA AM, O'SULLIVAN AJ, HUGHES C e BALASORIYA CD. **The Teamwork Mini-Clinical Evaluation Exercise (T-MEX): a workplace-based assessment focusing on collaborative competencies in health care.** *Acad Med.* 2014, 89(2): 359-65.

PINHEIRO R, SILVA JR, GOMES A. **Integrality in the population's health care programs.** *Ciênc. saúde coletiva.* 2007, vol.12, n.2, pp. 343-9.

ROMANO, Valéria Ferreira. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas.** *Trab. educ. saúde.* 2005, vol.3, n.1, pp. 244-6.

SUSAN R. SWING. **The ACGME outcome project: retrospective and prospective.** *Medical Teacher.* 2007, 29: 648-54.

TOMAZ C, GIUGLIANO LG. **A razão das emoções: um ensaio sobre “O erro de Descartes”.** *Estudos de Psicologia.* 1997, 2(2), 407-11.