O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratizacão mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano VII | Volume 24 | Nº 72 | Boa Vista | 2025

http://www.ioles.com.br/boca

ISSN: 2675-1488

https://doi.org/10.5281/zenodo.18112410

BOLETIM DE CONJUNTURA

www.ioles.com.br/boca

INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DE COMPONENTE CURRICULAR DE ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

Flávia Christiane de Azevedo Machado[1]

Maria Letice Bezerra de Lima[2]

Débora Goldbarg[3]

Resumo

Avaliar a integração ensino-serviço-comunidade (IESC) é essencial, sendo, matrizes de avaliação profícuas a este fim. Diante disso, objetivou-se propor e validar uma matriz de julgamento para avaliar componentes de integração ensino-serviço-comunidade, tais como a Disciplina Saúde e Cidadania. Assim, fez-se estudo de avaliabilidade no ano de 2022 onde uma matriz de julgamento subsidiada por modelo lógico foi validada por especialista (docente há no mínimo 24 meses na IESC, doutor em saúde coletiva com expertise em modelagem) que atribuiu pontuação de zero (discordância total) a 10 (concordância total) para cada indicador proposto considerando validade, simplicidade, facilidade. Assim, indicadores com pontuação > 8,0 foram considerados válidos. Para esses, foram atribuídas pontuação máxima esperada, ponto de corte, valor observado, valor atribuído, julgamento de desempenho. Com isto, a matriz final foi composta pelos 27 indicadores originais, onde houve apenas seis ajustes (alterações nas fórmulas, nomenclatura dos indicadores e juízo de valor). Tal matriz possibilita um juízo de valor quanto ao desempenho de componentes de IESC em quatro estratos (desenvolvimento inadequado, desenvolvimento moderado, desenvolvimento adequado e desenvolvimento de excelência). Assim, pode melhorar estratégias pedagógicas, interação discente- docente, implantação e implementação do plano de intervenção no decorrer do componente curricular.

Palavras-chave: Aprendizagem Prática; Avaliação em Saúde; Educação Superior; Serviços de Integração Docente-Assistencial.

Abstract

Evaluating the integration of teaching-service-community (TSCI) is essential, and assessment matrices are useful for this purpose. Therefore, the objective was to propose and validate a judgment matrix to evaluate components of teaching-service-community integration, such as the Health and Citizenship Discipline. Thus, an evaluability study was conducted in 2022 where a judgment matrix supported by a logical model was validated by an expert (a professor with at least 24 months at the TSCI, a PhD in public health with expertise in modeling) who assigned a score from zero (total disagreement) to 10 (total agreement) for each proposed indicator, considering validity, simplicity, and ease of use. Therefore, indicators with a score > 8.0 were considered valid. For these, a maximum expected score, cutoff point, observed value, assigned value, and performance judgment were assigned. Thus, the final matrix was composed of the 27 original indicators, with only six adjustments (changes in formulas, indicator nomenclature, and value judgments). This matrix allows for a value judgment regarding the performance of TSCI components in four strata (inadequate development, moderate development, adequate development, and excellent development). Therefore, it can improve pedagogical strategies, student-teacher interaction, and the implementation of the intervention plan throughout the curricular component.

Keywords: Health Evaluation; Practical Learning; Teaching Care Integration Services; Universities.

[1] Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutora em Saúde Coletiva. E-mail: flavitamachado@yahoo.com.br

[2] Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: maria.letice.bezerra.016@ufrn.edu.br

[3] Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: goldbarg.debora@gmail.com

INTRODUÇÃO

Componentes de integraçaõ ensino-serviço comunidade são essenciais para processos formativos alinhados às demandas dos sistemas e serviços de saúde. Além disto, a obrigatoridade da curricularização da extensão enaltece não só a relevância, mas obrigatoriedade desses componentes na formação em saúde.

Contudo, componentes com caractetísticas de ação extensionista requerem critérios de avaliação de desempenho diferenciados em relação aos de ensino mais tradicionais onde o processo de ensino-aprendizagem ocorre dentro da estrutura física e logística das instituições de ensino.

A centralidade e a individualidade no processo de aprendizagem e na prática profissional fazem parte dos desafios existentes na formação acadêmica em saúde e no processo de trabalho em saúde. Desta forma, estratégias pedagógicas promotoras de competências (conhecimentos, habilidades, atitudes) convergentes ao trabalho em equipe, interprofissionalidade, inrersetorialidade e qualidade na gestão das dimensões da gestão do cuidado em saúde são essenciais. Neste ínterim, disciplinas de integração ensino-serviço-comunidade a exemplo da disciplina Saúde e Cidadania (SACI), foco deste estudo, são inovadoras por evidenciar formas de implementar o necessário. Com isto, pesquisas acadêmicas neste escopo são necessárias e, não obstante, crescem os preceitos da ciência da implementação em sua condução.

Essas questões foram motivadoras da condução da presente pesquisa que , por sua vez, teve a condução norteada pela pergunta: “Quais indicadores são válidos e importantes para avaliarem o desempenho de componentes de integração-ensino-serviço-comunidade?”

Diante disto, este estudo objetivou propor e validar uma matriz de julgamento para avaliar componentes de integração ensino-serviço-comunidade através de um estudo de avaliabilidade (EA) realizado no ano de 2022. Em específico, utilizou-se como benchmarking uma disciplina chamada Saúde e Cidadania cuja ementa e operacionalização são comuns a diversos componentes de integração de ensino-serviço de Instituições de Ensino Superior (IES).

Esta matriz intenciona subsidiar ciclos de melhoria contínua nesses componentes sendo esta a principal contribuição social do estudo. Com isto, auxilia no fortalecimento na integração ensino-serviço-comunidade ao viabilizar melhorias no território onde os componentes acontecem, dinamizar parcerias de crescimento mútuo serviços-instituições de ensino e contribuir com a formação de um egresso com as competências alinhadas às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) e sistemas de seguridade social de modo geral.

A pesquisa, em formato de artigo, é apresentada em quatro sessões: 1-revisão de literatura; 2-metodologia discorre sobre o tipo de estudo, amostragem, instrumento de coleta de dados, análise de dados e considerações éticas;3- resultados e discussão onde são apresentadas respostas aos objetivos do estudo

e as possíveis explicações para essas respostas com base na literatura nacional e internacional, destacando-se a nacional por ser o Brasil, o contexto da pesquisa; 4-considerações finais onde discorre-se sobre a resposta da pesquisa, suas implicações para as Instituições de ensino e perspectivas futuras de pesquisa.

Com isto, o artigo perpassa a justificativa, contribuições do estudo, contexto para ilustrar a pertinência e importância do seu objetivo.

REVISÃO DE LITERATURA

A formação universitária no Brasil, em especial, a pública, é pensada para atender às necessidades sócio-político-econômico-culturais vigentes no país. Na área da saúde, especificamente, essa formação tem grande relevância e impacto no Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de saúde brasileiro público e universal, caracterizado como um modelo de seguridade social. Neste sentido, o Ministério da Educação (MEC) publicou sucessivas edições das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de saúde a partir do ano 2000 para orientar as Instituições de Ensino Superior (IES) quanto ao perfil de egresso desejado e as respectivas competências. Então, preconizou-se o perfil profissional generalista, com formação humanista, incluindo o SUS como cenário de ensino-aprendizagem, instituição do modelo de vigilância à saúde e a especificação de competências para todos os cursos da saúde (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Desta forma, o processo de ensino-aprendizagem requer a parceria das Instituições de ensino com os serviços integrantes do sistema de saúde para que os estudantes em formação possam compreender os processos de trabalho como imbricados às necessidades de saúde da comunidade. Com isto, acontece a aprendizagem vivencial e a constituição de um ecossitema de aprendizagem. Um ecossistema de aprendizagem refere-se à cooperação sinérgica entre ambientes, sistemas e pessoas (espécies ecossistêmicas) para viabilização e sustentação de todos e do todo. No caso, os ambientes são as Instituições de ensino, serviços do sistemas de saúde e os territórios onde as comunidades habitam. Por sua vez, as pessoas são os professores, estudantes, profissionais atuantes nos serviços e a população em si. Os ecossistemas de aprendizagem englobam os preceitos da aprendizagem contínua ao longo da vida, da participação social, da aprendizagem transformadora e significativa e do contínuo entre aprendizagem formal e informal (OLSSON *et al*., 2022; REDMOND *et al*., 2024).

Assim, a integração ensino-serviço-comunidade (IESC) é a concretização desses preceitos. Isto porque os conhecimentos dos atores envolvidos (professores, estudantes, profissionais de saúde, comunidade), mobilizados no contexto do cotidiano dos serviços de saúde, são aplicados para viabilizar mudanças positivas em indicadores de morbimortalidade e de redução de iniquidades sociais do território

assistido. Assim, os profissionais atuantes nos serviços de saúde permanecem em processos longitudinais de ensinar-aprender, mediante a interação dialógica e orgânica com professores e estudantes; os professores concretizam a aplicação prática dos conhecimentos, habilidades e atitudes que buscam mobilizar, vivenciam uma aprendizagem contínua e os estudantes, ao encontrarem realidades diversas, por vezes, desconhecidas do seu universo de vida, apreendem a responsabilidade social em exercer práticas efetivas para melhoria da qualidade do cuidado. Isto em vista do contato com a realidade da comunidade e interação estudantes –equipe e usuários dos serviços- professores que suscitam empatia, compreensão do processo saúde-doença e mudanças comportamentais e éticas (OLSSON *et al*., 2022; VENDRUSCOLO *et al*., 2020; SILVEIRA *et al.*, 2020).

Não obstante, a IESC é profícua à efetivação de competências e habilidades requeridas nas DCN e no SUS, necessárias ao exercício do cuidado integral cujo processo de aprendizagem requer práticas orgânicas de ensino, pesquisa e extensão realizadas nos cenários do SUS e em seus territórios (NUNES; NORO; FERREIRA, 2024). A legitimidade da importância da IESC para o processo formativo de qualidade tem sido crescente e vem sendo potencializada pelo reconhecimento da extensão universitária como essencial ao cumprimento da missão social das instituições de ensino.

A Extensão Universitária é um processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável, para viabilizar relações transformadoras entre a universidade e a sociedade, a partir de um diálogo que envolva os diferentes saberes, permitindo novas criações, socializações e mudanças recíprocas, com o envolvimento e inserção de estudantes, professores e técnicos em experiências reais junto a diferentes grupos e populações que com elas interagem. Assim, o conceito de extensão evidencia a IESC como um conceito-ferramenta para viabilizar a contribuição da Universidade para transformar a sociedade em prol de condições de vida mais equânimes para todos os indivíduos (SILVA, 2020).

A Saúde e Cidadania (SACI), criada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) no segundo semestre do ano 2000, com carga horária de sessenta horas, de caráter multiprofissional e interdisciplinar integra, atualmente em 2025, o rol das disciplinas obrigatórias dos cursos de Enfermagem, Odontologia, Medicina e Saúde Coletiva. Constitui-se em disciplina de caráter extensionista em que os discentes são distribuídos em diferentes Unidades de Saúde da Família da cidade de Natal/RN e realizam ações de educação em saúde em equipamentos sociais adscritos no território de referência. A metodologia utilizada é a da problematização, especificamente, o arco de Maguerez que orienta estudantes, a partir das relações com professores-profissionais dos serviços de saúde-comunidade, a identificar e priorizar problemas de uma comunidade e agir sobre os mesmos para viabilizar melhorias na qualidade de vida do território (MACHADO *et al*., 2020).

Frise-se que a SACI tem características extensionistas comuns a componentes curriculares de outras instituições de ensino pautados na territorialização e compreensão do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017). Por conseguinte, meios de reduzir ou suplantar por completo os desafios são oportunos não apenas ao contexto da UFRN, mas de várias instituições de ensino superior do Brasil. Além disto, a curricularização da extensão, que consiste em assegurar no mínimo 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de extensão universitária, torna mais comuns componentes como a SACI nos processos formativos de instituições públicas e privadas de ensino (BRASIL, 2018). Por conseguinte, instrumentos para viabilizar uma avaliação adequada desses componentes para instituir melhorias contínuas são profícuos e necessários. Neste estudo, destacam-se as matrizes de avaliação (AKERMAN, 2022),

Matrizes de avaliação, de uma forma geral, são formas de expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, traduzindo como seus componentes contribuem na produção de efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor. Há três tipos de matrizes de avaliação: Matriz de descrição do programa, Matriz de monitoramento e Matriz de julgamento (matriz final de avaliação) (DIAS *et al*., 2022; KIDDER *et al*., 2024).

A matriz de descrição deve apresentar todos os critérios e indicadores relacionados ao objeto sob avaliação na perspectiva de estrutura, operação e efeitos. Por sua vez, a matriz de monitoramento, apresenta somente os critérios e indicadores essenciais ao acompanhamento regular da implantação do objeto sob estudo quanto à estrutura, operação e efeitos, viabilizando verificar se o objeto está sendo implantado conforme o previsto. Portanto, difere da matriz de descrição por não contemplar todos os indicadores e componentes da intervenção, destacando somente os aspectos relevantes para subsidiar a tomada de decisão. Por fim, a matriz de julgamento difere da matriz de monitoramento por incluir o *mérito*, além dos critérios, indicadores e padrões. Os elementos de uma matriz de julgamento para cada critério/indicador são: pontuação máxima esperada, descrição do valor ou ponto de corte, valor observado, valor atribuído, julgamento segundo o valor atribuído. O julgamento segundo o valor atribuído pode ser realizado em três ou quatro estratos (KIDDER *et al.*, 2024; SAMICO *et al.*, 2010).

Assim, a matriz de julgamento é definida após a configuração das matrizes de descrição e monitoramento, respectivamente. Usualmente, a matriz de descrição é substituída por um elemento chamado modelo lógico. Isto porque ao invés de apresentar todos os indicadores para avaliar elementos de estrutura, processo e resultado do objeto sob estudo, o modelo sintetiza através de uma ilustração como idealmente deveria ser o funcionamento deste objeto.

O modelo lógico pode ser estruturado com base em estratégia metodológica que viabilize fontes acuradas de informações para auxiliar a diagramação (organização em caixas e setas de interligação para

compor uma imagem ilustrativa de como estrutura, processo, resultados devem funcionar sob um dado contexto) (VOSS *et al*., 2025; AMARAL *et al*., 2024; MACHADO *et al*., 2021a; BROUSSELE *et al*., 2011; KELLOG FOUNDATION, 2004).

No processo de construção de um modelo lógico deve-se identificar o contexto, problemas que justificaram a criação do objeto sob estudo, atividades que devem ser desenvolvidas, recursos necessários para esta realização e resultados esperados a partir de objetivos formulados para atender demandas específicas do público-alvo. Assim, se propõe a explicar como uma cadeia de eventos de um dado objeto pode levar ao alcance de um objetivo final em meio às mudanças na sociedade (VOSS *et al*., 2025; AMARAL *et al*., 2024; MACHADO *et al*., 2021a; BROUSSELE *et al*., 2011;KELLOG FOUNDATION, 2004).

Um modelo lógico permite, a partir da instituição de um processo avaliativo, subsidiar um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas, de modo a facilitar o desenvolvimento de estratégias de melhoria de aspectos não satisfatórios. Essa viabilidade se dá em virtude de, a partir do modelo, desenvolver indicadores para, de fato, permitir uma mensuração do desempenho alcançado (MACHADO; GOLDBARG; LIMA, 2024; KELLOG FOUNDATION, 2004).

Portanto, a implementação de um processo avaliativo requer o desenho de uma matriz que apresente os critérios/indicadores e parâmetros que serão utilizados, bem como as respectivas fontes de informação a serem consideradas (KELLOG FOUNDATION, 2004).

No presente artigo, o modelo lógico de Machado, Goldbarg & Lima (2024) foi utilizado como norteador da matriz de monitoramento. Tal modelo é composto por 4 dimensões (diagnóstico da realidade, problematização da intervenção, desenvolvimento da intervenção e avaliação da intervenção) relacionadas às sete dimensões pautadas nas etapas do Arco de Maguerez. O modelo é aplicável a componentes de integração ensino-serviço, de caráter interdisciplinar, pautados em metodologia da problematização para mobilizar uma aprendizagem vivencial do processo de territorialização e de atividades de promoção à saúde.

Estudo de Rodrigues, Dalbello-Araújo & Lazarini (2024) conduzido com o objetivo de analisar a influência da participação de profissionais de saúde em iniciativas de integração ensino-serviço e seus reflexos nas práticas de saúde discorre sobre elementos da integração enis

ensino-serviço-comunidade que permitem a transposição dos desafios existentes na formação acadêmica em saúde e no processo de trabalho em saúde. De modo geral, os autores versam que a integração ensino-serviço-comunidade é uma ferramenta para aprendizagem significativa, constante e crítica, possibilitando um espaço de diálogo entre o trabalho e a educação, permitindo ao estudante perceber o cotidiano do cuidado e assim, refletir sobre a prática profissional. Com isto, há a ampliação

cognitiva sobre a complexidade do campo da Saúde, enaltecendo a organização do cuidado centrada no usuário. As vulnerabilidades socioambientais, as relações dos sujeitos com os territórios e a compreensão dos diferentes modos de vida dos usuários são apreendidas como fatores importantes ao processo saúde-doença-cuidado (RODRIGUES; DALBELLO-ARAÚJO; LAZARINI, 2024).

Após esta reflexão discorre-se em específico sobre a disciplina Saúde e Cidadania (SACI), selecionada como benchmarking deste estudo de avaliabilidade. Nesta perspectiva, aborda-se a SACI em seus pressupostos teóricos e operacionais gerais para, em seguida, discorrer brevemente sobre o uso de benchmarking em pesquisas avaliativas a exemplo de estudos de avaliabilidade e, por fim, a congruência deste estudo com os preceitos da ciência da implementação.

A SACI visa oferecer aos estudantes um ambiente propício à reflexão sobre os problemas de saúde da população e as ações de atenção à saúde na comunidade por meio de um processo de aprendizagem pautado na perspectiva cognitivo-construtivista (GUERRA; ANTONIO JUNIOR; COSTA, 2021). Nessa perspectiva, busca o estabelecimento da relação entre educação, saúde e cidadania para suscitar a apreensão do trabalho multiprofissional e interdisciplinar como essenciais ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde dos territórios e suas populações. Para tanto, grupos tutoriais compostos por professor, estudante e preceptor vivenciam o território adscrito a uma Unidade de Saúde da Família para identificar uma problemática passível de intervenção e desenvolvimento desta intervenção pautada na dimensão familiar do cuidado e da promoção da saúde (MACHADO *et al*, 2021a; MACHADO *et al*, 2020).

Sob tal contexto, os objetivos da SACI são: sensibilizar discentes e Unidades de Saúde da Família (USF) para a dimensão comunitária do cuidado em saúde; mobilizar nos estudantes um conjunto de conhecimentos e habilidades no campo das relações interpessoais que possibilitem trabalhar em equipe interdisciplinar e multiprofissional; compreender o conceito ampliado, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e sua relação com a cidadania; aprender a identificar, refletir e priorizar problemas de uma comunidade e a agir de forma estratégica sobre suas causas; refletir sobre os princípios e valores que orientam o aprimoramento ético e cidadão no relacionamento com colegas da própria equipe e com as pessoas da comunidade (NUNES; NORO; FERREIRA, 2024; UFRN, 2020).

Assim, a SACI rompe o referencial da educação bancária, típica da pedagogia da transmissão e, sobretudo, da formação uniprofissional (envolve estudantes de uma mesma profissão, que aprendem de forma isolada). Isto porque o método do Arco de Marguerez que orienta a logística de condução da disciplina é aplicado para que os estudantes reflitam ao final do componente se houve uma transformação de um trabalho em grupo para um trabalho em equipe (MACHADO *et al*., 2021).

O método do Arco envolve a participação ativa e o diálogo constante entre os atores da aprendizagem em um processo de descoberta para viabilizar a resolução de problemas da realidade por meio de tarefas que implicam raciocínio, reflexão e tomada de decisão. Possui cinco etapas aqui contextualizadas na SACI: Observação da realidade (viabilizada pelo passeio exploratório do território, conversas com a população e lideranças locais, roda de conversas com os profissionais atuantes na Unidade de Saúde); Pontos-chave (identificação e seleção dos nós críticos do problema alvo de intervenção por meio da atividade mural interativo); Teorização (explicação dos fenômenos observados com base nas discussões internas do grupo tutorial subsidiadas por textos de apoio); Hipóteses de solução (formulação de plano de ação para orientar a intervenção elaborado em parceria do grupo tutorial, lideranças locais do território e profissionais atuantes na Unidade de Saúde da Família) e Aplicação à realidade (execução da atividade de educação em saúde pelo grupo tutorial) (DIAS; SANTOS; LOPES, 2022; UFRN, 2020). Com isto, pretende-se a apreensão significativa da formação interprofissional (interação entre os estudantes e/ou profissionais de diferentes áreas, com o compartilhamento do aprendizado), da educação em saúde, da territorialização e da dimensão familiar do cuidado (PATEL *et al*, 2025; MENDONÇA; CARVALHO; PACHECO, 2024; MACHADO *et al*, 2021; MACHADO *et al*, 2020; GUERRA; ANTONIO JUNIOR; COSTA, 2021).

Portanto, a SACI é um contexto comum a diversas instituições de ensino que têm componentes de integração ensino-serviço-comunidade com distintas nomenclaturas, mas semelhante finalidade (MACHADO; GOLDBARG; LIMA, 2024). Esses componentes são estratégicos para transpor métodos de aprendizagem pautados pela transmissão de conhecimento, centralidade do professor, foco nos objetivos cognitivos e avaliações somativas. Neste panorama, estratégias têm sido delineadas a nível do Governo Federal do Brasil e das instituições de ensino em si para implementar projetos pedagógicos balizados por DCN que enfatizam os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à formação, colocando as ações de extensão como obrigatórias nos projetos pedagógicos (curricularização da extensão) e estimulam componentes de integração ensino-serviço-comunidade nas diferentes graduações (NUNES *et al*;, 2024;MENDES *et al*, 2020; SILVA, 2020).

Na perspetiva de alinhamento às DCN de 2021, Botacin *et al* (2025) conduziram estudo para validar um Modelo Lógico da formação superior em Odontologia no Brasil. Os autores enfatizam a avaliação como prática essencial aos processos formativos direcionados à promoção da reflexão, da emancipação, da formação crítica e cidadã (VENEGAS-GÓMEZ *et al*., 2024; SANTOS; GIRAFFA, 2023; TORRES; MOURAZ; MONTEIRO, 2022). Destacam como desafio a ressignificação das práticas pedagógicas, promovendo a adaptação do currículo às realidades locais, à diversidade dos sujeitos e às transformações sociais. Com este fim, a educação interprofissional que, frequentemente, é implementada

por meio de metodologias ativas de ensino, mobilizadoras de competências essenciais para a prática colaborativa em saúde, tem contribuição significativa para o aprimoramento curricular (BRIDGES *et al*., 2011; MENDONÇA; CARVALHO; PACHECO, 2024; PATEL *et al*., 2025). Ainda, apontam os estudos de avaliabilidade para apoiar o desenvolvimento de objetivos e resultados de objetos sob pesquisa em prol de avaliações eficazes (KELLOG FOUNDATION, 2004; BROUSSELE *et al*., 2011; BELFORD; ROBERTSON; JEPSON, 2017). Tais estudos aplicados no contexto educacional têm potencial de proporcionar cursos com conteúdos tecnologicamente atualizados e sensíveis às transformações contemporâneas, sendo fulcrais à formação intelectual e profissional dos indivíduos (TAVARES *et al*., 2023).

O presente artigo refere-se a um estudo de avaliabilidade desenvolvido também no contexto educacional, todavia, não voltado a um curso de graduação específico, mas a um componente de IESC, SACI usado como benchmarking. A avaliação comparativa (benchmarking) tem sido reconhecida como um método valioso para ajudar a identificar pontos fortes e fracos em todos os níveis do sistema de saúde, assim como em outros setores da sociedade (WILLMINGTON *et al*, 2022).

De forma geral, o benchmarking representa uma das estratégias utilizadas para a melhoria da qualidade. Os indicadores de desempenho permitem a conversão da qualidade em métricas quantificáveis que podem fornecer informações simplificadas sobre uma área de interesse mais ampla e facilitar a comparação entre organizações. Dependendo do contexto, os indicadores que reportam dados de benchmarking podem ser direcionados a diferentes interessados (stakeholders) da avaliação. Os pontos-chave de êxito são que os indicadores sejam confiáveis, válidos, adeqados ao uso e, portanto, transmitam o tipo de informação adequada a cada parte interessada (WILLMINGTON *et al*, 2022).

Por conseguinte, a implicação prática da presente pesquisa é implementar as competências necessárias à formação advindas do êxito no desempenho dos componentes de integração ensino-serviço-comunidade, sendo esta a congruência com a ciência da implementação (BRASIL, 2020; SCHWARTZ; MOORE, 2021; BAUERA; KIRCHNER, 2020; KEITH *et al*., 2017). A ciência da implementação tem como premissa fundamental o pragmatismo da devolutiva dos achados de pesquisas científicas aos cidadãos e cidadãs mediante uma prática baseada em evidências em prol das necessidades de saúde da população e sua qualidade de vida.

Uma característica das pesquisas relacionadas à ciência da implementação é integrar os resultados da pesquisa primária ou secundária na prática rotineira dos cuidados em saúde, incluindo efetivamente os grupos interessados (stakeholders) no processo de produção e integração do conhecimento que se aplica à realidade do sistema de saúde e às necessidades do usuário. Considerando as contribuições da presente

pesquisa decorrentes da construção e validação da matriz de julgamento viabilizando o seu uso nas instituições de ensino, isto é alcançado (CABRAL; RAFAEL, 2024; DIAS *et al*., 2022).

METODOLOGIA

Estudo descritivo de avaliabilidade, de abordagem qualitativa (PYO *et al*., 2023) com fins à proposição e validação de uma matriz de julgamento subsidiando indicadores para avaliar componentes de integração ensino-serviço-comunidade, em específico, a disciplina Saúde e Cidadania da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Estudo de Avaliabilidade (EA) é um processo de análise usado em uma pré-avaliação ou ciclo de vida de algo sob avaliação (programa, projeto, serviço) para verificar a efetividade e instituição de melhorias. No caso, a avaliação será subsidiada por indicadores com os respectivos parâmetros presentes na matriz de julgamento (AMARAL *et al*., 2024;DIAS *et al*., 2022; BARATIERI *et al*., 2019) construída com base em um modelo lógico (MACHADO; GOLDBARG; LIMA, 2024) estruturado conforme análise documental, revisão de literatura e experiências vivenciais. De fato, a partir da análise do modelo lógico foi estruturada a matriz de monitoramento e de julgamento, respectivamente.

Para construção do modelo, em específico, foram analisados documentos disponibilizados via Sistema Integrado de Gestão Acadêmica (SIGAA) da UFRN, como o Plano de Ensino da disciplina Saúde e Cidadania, textos e artigos científicos e desenvolvida revisão integrativa com busca de referências em base de dados eletrônicas (MACHADO; GOLDBARG; LIMA, 2024).

Com isto, a matriz de julgamento foi obtida por triangulação de métodos para responder as perguntas: *Quais são a estrutura, atividades e resultados que devem ser mobilizados em uma disciplina de integração ensino-serviço-comunidade como a Saúde e Cidadania? Quais os impactos esperados?*

A triangulação visou a melhor apreensão do processo de ensino-aprendizagem em componentes de IESC (PYO *et al*., 2023; SANTOS *et al*., 2022; SCHOONENBOOM; JOHNSON, 2017).

Houve composição de amostra por especialista, onde a *vivência do fenômeno* para permitir a *profundidade* dos dados coletados e o *entendimento do fenômeno* são os critérios. No caso, caracterizou-se como especialista docente com experiência em componente de IESC há no mínimo 24 meses, formação na área de saúde, doutorado em saúde coletiva, autor de publicações em periódicos de relevância nacional envolvendo a modelagem (SAMICO *et al*., 2010). O especialista foi contatado via WhatsApp® e, mediante aceite do convite, foi encaminhada via e-mail carta convite com orientações de como proceder a avaliação/validação da matriz de indicadores e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento de coleta de dados (SLATER; HASSON, 2025) foi uma planilha de Excel® para captar o juízo de valor do especialista sobre a matriz de monitoramento e, em seguida, a de julgamento. Assim, após a validação da matriz de indicadores, na perspectiva de uma matriz de monitoramento, foi desenvolvida a matriz de julgamento, também encaminhada ao especialista para verificação da pertinência.

A matriz de monitoramento continha os indicadores propostos segundo elementos de estrutura, processo e resultado organizados nas respectivas dimensões e subdimensões do modelo lógico em conformidade ao critério de avaliação. Cada indicador foi identificado segundo nome, fórmula, parâmetro, juízo de valor, periodicidade de coleta, fonte de coleta. A matriz foi organizada no formato de uma planilha de Excel®, de modo que o conteúdo da matriz foi organizado em linhas e colunas, havendo em cada indicador uma coluna para atribuir a nota (0 - discordância total a 10- concordância total) segundo os atributos da validade (medir o que se propõe), simplicidade de compreensão, facilidade de coleta dos dados e outra coluna para possíveis comentários.

Frisou-se ao especialista a importância de discriminar os possíveis motivos da não pertinência do indicador (notas de zero a 6,9) e pertinência parcial (7,0 à 7,9) para que os pesquisadores pudessem proceder aos ajustes. Assim, esclareceu-se que notas de zero a 4,0 = indicador desnecessário (segundo quintil da distribuição) e ajustes não seriam realizados. Todavia, notas ≥ 4,0 implicariam necessidades de ajustes.

Após a primeira avaliação, o especialista encaminhou a matriz para a equipe de pesquisadores via e-mail para, em conformidade às notas atribuídas e comentários realizados, procederem os ajustes e assim, encaminhar a matriz para a segunda avaliação. Ao final das duas avaliações, os indicadores com pontuação maior que 8,0 (quinto quintil da distribuição) foram considerados válidos.

A fim de construir a matriz de julgamento, para os indicadores considerados válidos foram atribuídos os elementos característicos desta matriz para posterior análise. Os elementos de uma matriz de julgamento para cada critério/indicador são: pontuação máxima esperada, descrição do valor ou ponto de corte, valor observado, valor atribuído, julgamento segundo o valor atribuído. A matriz de julgamento permite uma classificação em: desenvolvimento inadequado, desenvolvimento moderado, desenvolvimento adequado e desenvolvimento de excelência (SAMICO *et al*., 2010).

Em síntese, as etapas para obtenção e avaliação das matrizes de monitoramento e julgamento foram: 1-Análise do modelo lógico; 2- Estruturação da matriz de monitoramento; 3- Avaliação pelo especialista; 4- Ajustes da matriz de monitoramento pelos pesquisadores; 5- Elaboração da matriz de julgamento; 6- Avaliação pelo especialista; 7- Ajustes da matriz de julgamento.

Por fim, ressalte-se que a pesquisa seguiu os preceitos éticos em seu desenvolvimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 27 indicadores da matriz de monitoramento obtiveram nota máxima (10). Todavia, foram solicitados 11 ajustes (alterações nas fórmulas, nomenclatura dos indicadores, juízo de valor de alguns indicadores), porém seis indicações foram prontamente atendidas e cinco obtiveram justificativas para o não atendimento. Mediante retorno para o especialista para reanálise, este assentiu com as argumentações.

A matriz de monitoramento e julgamento foram estruturadas em cinco blocos, sendo três relativos às Dimensões do modelo, que originalmente possui quatro dimensões (MACHADO; GOLDBARG; LIMA, 2024). Mas, no tocante à matriz, foi realizada a condensação do "Planejamento da Intervenção" com o "Desenvolvimento da Intervenção", gerando a seção "Planejamento e desenvolvimento da intervenção" como Dimensão. Os dois outros blocos da matriz são relativos aos elementos impacto e contexto. Isto porque impacto e contexto são elementos relacionados a todas as dimensões do Modelo Lógico, não cabendo estarem localizados em uma dimensão específica.

Neste sentido, a matriz viabiliza uma análise sob qual dimensão é necessário realizar uma ênfase no desenvolvimento dos componentes de IESC e, em específico, sob quais elementos (recursos/insumo, atividades ou resultado). Além disso, uma análise do desempenho quanto ao impacto e contexto.

No tocante a matriz de monitoramento, os elementos que compõem cada dimensão foram organizados em tipo de indicador (estrutura, processo e resultado), componentes, critérios, indicador, fórmula, parâmetro, juízo de valor, periodicidade e fonte de coleta.

Segundo Donabedian, para uma boa avaliação de qualidade da oferta dos serviços, pode- se utilizar a tríade clássica, composta pelas categorias: estrutura, processo e resultados. Na matriz proposta, a estrutura está voltada para avaliar os recursos materiais, recursos humanos e estrutura organizacional; os processos estão ligados ao diagnóstico, recursos pedagógicos, competências e habilidades, satisfação de profissionais e discentes. Por outro lado, os resultados estão voltados para integração teórico-prática, priorização e identificação de problemáticas, as competências e habilidades. Esses elementos estão dispostos segundo dimensões, subdimensões com os respectivos componentes e critérios. Os indicadores, por sua vez, são relacionados aos critérios (DONABEDIAN, 2005).

Mediante extensão da matriz de julgamento, apresenta-se os dados de sua composição nos quadros que compõem este artigo. Assim, primeiramente, apresentam-se os componentes e critérios presentes na matriz de julgamento construída e validada (quadro 1), em sequência os indicadores validados para compor a matriz de julgamento com sua respectiva fórmula, parâmetro, ponto de corte e julgamento (quadro 2) e a relação entre a pontuação e o respectivo juízo (quadro 3).

Quadro 1 - Componentes presentes na matriz de julgamento construída e validada no estudo organizados segundo as dimensões e subdimensões

-*DIMENSÃO:* diagnóstico da realidade **-*SUBDIMENSÃO*: realidade, observação da realidade e pontos chave**	**Componentes:** Recursos Humanos obrigatórios, Recursos Humanos voluntários, diagnóstico, possíveis intervenções.
-*DIMENSÃO*: planejamento e desenvolvimento da intervenção **-*SUBDIMENSÃO*: teorização, hipótese de solução e aplicação a realidade**	**Componentes:** Recursos materiais, recursos pedagógicos.
-*DIMENSÃO*: avaliação da intervenção **-*SUBDIMENSÃO*: realidade**	**Critérios:** Acesso aos Equipamentos Sociais, Competências e Habilidades, Qualidade dos processos de trabalho desenvolvidos.
IMPACTOS	**Componentes:** curricularização da extensão.
CONTEXTO	**Componentes:** Organizacional Interna da Unidade Docente Assistencial (UDA), Organizacional Interna ao Componente, Iniciativas Governamentais, Instrumentos normativos.

Fonte: Elaboração própria.

No tocante a matriz de julgamento, esta difere da matriz de monitoramento, por incluir em seu escopo, o "mérito", para cada indicador apresentado, devendo conter os seguintes elementos: valor máximo esperado, descrição ou ponto de corte, valor alcançado e por fim, o julgamento a partir do valor atribuído. Portanto, para construção de matriz de julgamento deste estudo, para cada indicador presente nesta matriz, além dos componentes já existentes na matriz de monitoramento (critérios, fórmula e parâmetro), foram inseridos os pontos de corte e valores máximos a serem alcançados por cada um dos indicadores. A título de síntese, o quadro 2 apresenta os indicadores validados segundo dimensão, caracterizados em estrutura, processo, resultado, impacto e contexto conforme sua relação na SACI (SAMICO *et al*., 2010).

Quadro 2 - Indicadores validados para compor a matriz de julgamento com especificação da fórmula, parâmetro, ponto de corte e julgamento segundo o valor atribuído na avaliação

***DIMENSÃO*: DIAGNÓSTICO DA REALIDADE - Pontuação máxima 6 pontos *SUBDIMENSÃO*: REALIDADE, OBSERVAÇÃO DA REALIDADE E PONTOS CHAVE**				
Estrutura				
Indicador	**Fórmula**	**Parâmetro**	**ponto de corte**	**Julgamento**
Proporção de alunos por Supervisor de campo	(Número de alunos na UDA / total de supervisores na UDA)	10 alunos para cada 1 supervisor de campo	Valor obtido do indicador ≤ 10 = 1 Valor obtido do indicador > 10 = 0 Valor obtido do indicador ≤ 10= 1 Valor obtido do indicador > 10 = 0	6 pontos = adequado desenvolvimento do componente 3 a 5 pontos = desenvolvimento moderado do componente 0 a 2 pontos = desenvolvimento inadequado do componente
Proporção de alunos por docente	(Número de alunos na UDA / docentes)	10 alunos para 1 docente	Valor obtido do indicador ≤ 10 = 1 Valor obtido do indicador > 10 = 0 Valor obtido do indicador ≤ 10= 1 Valor obtido do indicador > 10 = 0	
Proporção de ACS por discentes na UDA para auxílio no desenvolvimento das atividades	(Número de alunos na UDA / Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na UDA) x 10	5 alunos para cada 1 ACS	Valor obtido do indicador ≤ 5 = 1 Valor obtido do indicador > 5 = 0	
Presença de outras categorias profissionais além do ACS como colaboradores nas atividades	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Processo				
Diagnóstico situacional adequado ao perfil epidemiológico e equipamentos sociais	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Resultado				
Identificação e priorização de intervenções	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
***DIMENSÃO*: PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO - Pontuação máxima 6 pontos *SUBDIMENSÃO*: TEORIZAÇÃO, HIPÓTESE DE SOLUÇÃO E APLICAÇÃO A REALIDADE**				
Estrutura				
Locais para diálogos, reuniões e/ou discussões dos grupos tutoriais com lideranças locais, supervisores e/ou tutores	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	Pontuação ≥ 5 = adequado desenvolvimento Pontuação ≥ 3<5 = desenvolvimento moderado Pontuação < 3 = desenvolvimento inadequado do componente.
Processo				
Uso de metodologias ativas nas atividades	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Uso de canais de comunicação (ex:WhatsApp®)	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Eleição de líder do grupo tutorial e divisão de tarefas	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Discussões temáticas de territorialização para planejamento	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Resultado				
Ampliação de conhecimento sobre o fenômeno saúde	Escala Likert aplicada aos discentes Discordo totalmente / Discordo / Nem discordo nem concordo/ Concordo / Concordo totalmente	76-100% concordo totalmente	76-100% =1 51-75%= 0,5 26-50% = 0,25 0-25%= 0	
***DIMENSÃO*: AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO - Pontuação máxima 4 pontos *SUBDIMENSÃO*: REALIDADE**				
Estrutura				
Facilidade de acesso dos discentes aos equipamentos sociais do território	Escala Likert aplicada aos discentes Discordo totalmente / Discordo / Nem discordo nem concordo/ Concordo/ Concordo totalmente	76-100% concordo totalmente	76-100% =1 | 51-75%= 0,5 26-50%= 0,25 0-25%= 0	Pontuação ≥ 3= desenvolvimento adequado Pontuação < 3 ≥1,5= desenvolvimento moderado/ Pontuação < 1,5= desenvolvimento inadequado
Resultado				
Melhoria na qualidade dos processos de trabalhos desenvolvido na UDA em virtude da presença dos estudantes	Escala Likert aplicada aos profissionais da UDA Discordo totalmente Discordo / Nem discordo nem concordo/ Concordo/ Concordo totalmente	76-100% concordo totalmente	76-100% = 1 51-75%= 0,5 26-50% = 0,25 0- 25%= 0	
Resultado				
Apreensão do referencial teórico da Educação em Saúde pelos discentes do grupo tutorial	Escala Likert aplicada aos discentes atuantes na UDA	76-100% concordo totalmente	76-100% = 1 51-75% = 0,5 26-50% = 0,25 0- 25%= 0	
Ampliação do conhecimento relacionado ao SUS	Escala Likert aplicada aos discentes atuantes na UDA	76-100% concordo totalmente	76-100% = 1 51-75%= 0,5 26-50% = 0,25 0- 25% = 0	
IMPACTOS - pontuação máxima 4 pontos				
Estrutura				
Aulas executadas de acordo com o planejamento	Aulas realizadas de acordo com o planejamento/ aulas planejadas) x 100	95%	Valor obtido do indicador ≥ 95% = 1 Valor obtido < 95% do indicador = 0	2,5 a 4 pontos = adequado desenvolvimento Pontuação maior ou igual a 1,5 e menor que 2,5 = desenvolvimento moderado Pontuação menor que 1,5 = desenvolvimento inadequado
Processo				
Profissionais não preceptores nas intervenções	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Avaliação imediata após intervenção	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Resultado				
Nível de satisfação dos profissionais da UDA com as atividades	Escala Likert aplicada aos profissionais da UDA	76-100% concordo totalmente	76-100% = 1 51-75%= 0,5 26-50%= 0,25 0- 25%= 0	
CONTEXTO - Pontuação Máxima 7 pontos				
COI fluida acerca da integração ensino-serviço (usuários)	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	4 a 7 pontos = desenvolvimento excelente 3 pontos = adequado 2 pontos = desenvolvimento moderado 0 a 1 pontos =desenvolvimento inadequado
COI fluida acerca da integração ensino-serviço (profissionais não preceptores)	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Avaliação das intervenções realizadas no semestre anterior	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Início e fim do semestre RPS (professor, preceptor, estudante)	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Docentes em editais internos de pesquisa, ensino ou extensão	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
Docentes tutores em editais de fomento como o PET Saúde	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	
PNEPS e DCN na criação/atualização da ementa/Plano de ensino	Sim ( ) Não ( )	SIM	Sim = 1 Não = 0	

Fonte: Elaboração própria.
Nota: Comunicação organizacional interna: COI; Reuniões de planejamento semestrais: RPS; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: PNEPS

A atribuição de juízo de valor para os blocos da matriz, ocorreu através da somatória de pontos dos seus indicadores, podendo receber os conceitos de: Desenvolvimento Adequado do Componente

(DAC), Desenvolvimento Moderado do Componente (DMC) ou Desenvolvimento Inadequado do Componente (DIC), conforme a pontuação alcançada em cada bloco, a exceção do bloco Contexto. Esse, além dos três estratos, viabiliza o juízo Desenvolvimento Excelente do Componente (DEC). Detalhes no quadro 3.

Quadro 3 - Pontuação e respectivo juízo de valor segundo cada bloco da matriz de julgamento

Bloco1: Diagnóstico da realidade (Dimensão I): pontuação máxima 6 pontos.			
DIC= somatória de 0 a 2 pontos.	DMC = somatória de 3 a 5 pontos	DAC= somatória de 6 pontos.	
Bloco 2: Planejamento e desenvolvimento da intervenção (Dimensão II): pontuação máxima 6 pontos			
DIC = somatória de <3pontos.	DMC= somatória ≥ 3 <5pontos.	DAC= somatória de ≥ 5 pontos.	
Bloco 3: Avaliação da Intervenção (Dimensão III): pontuação máxima 6 pontos.			
DIC= somatória <1,5 pontos.	DMC= somatória < 3 ≥ 1,5 pontos.	DAC= somatória ≥ 3 pontos.	
Bloco 4: impactos: pontuação máxima 4 pontos.			
DIC = somatória < 1,5 pontos.	DMC = somatória ≥1,5 e < 2,5 pontos.	DAC = somatória de 2,5 a 4 pontos.	
Bloco 5: Contexto: pontuação máxima de 4 a 7 pontos.			
DIC = somatória alcançada menor que 0 a 1 pontos.	DMC = somatória alcançada maior ou igual a 2 pontos.	DAC = somatória alcançada de 3 pontos.	DEC = somatória alcançada de 4 a 7 pontos.

Fonte: Elaboração própria.
Nota: DAC: Desenvolvimento Adequado do Componente, DMC: Desenvolvimento Moderado do Componente, DIC: Desenvolvimento Inadequado do Componente, DEC: Desenvolvimento Excelente do Componente.

A matriz viabiliza juízo de valor por bloco e do componente como um todo. No caso, a somatória máxima de cada bloco viabiliza uma pontuação máxima de 27 pontos. Desta forma, mediante a distribuição em tercis, os juízos de valor para caracterizar o componente são: DIC= somatória até 9 pontos; DMC= somatória < 9 e ≤ 18 pontos; DAC= somatória > 18 ≤ 25 pontos e DEC= somatória > 25 pontos. Isto porque, a excelência condiz a percentual maior que 95% da pontuação máxima da matriz.

A matriz em si é inovadora por apresentar indicadores específicos da IESC que são diferentes em sua essência aos de disciplinas tradicionais realizadas dentro das Instituições de ensino onde não há interação com pessoas da comunidade, com profissionais atuantes nos serviços de saúde, mobilização de infraestrutura da rede de atenção à saúde onde os serviços estão inseridos, tampouco, ações integradas de estudantes em formação, profissionais atuantes para uma simbiótica relação de ensino-aprendizagem.

Ressalte-se que a matriz avalia um componente, mas há matrizes para avaliar cursos de graduação com um todo onde as DCN são destaque a exemplo do estudo de Noro *et al* (2021). Todavia, as dimensões e subdimensões são relativas eminentemente ao conteúdo peculiar de cada graduação (NORO *et al*., 2021). As congruências entre os estudos são relativas ao método de construção e validação; orientados pelo referencial da modelagem e validação por especialistas (KIDDER *et al*., 2024; SAMICO *et al*., 2010; KELLOG FOUNDATION, 2004).

Entretanto, estudo de Albiero e Freitas (2017) propõe matriz para avaliar a efetividade da integração ensino-serviço, mas no contexto das Unidades Docentes Assistenciais (UDA). No caso,

elaborou-se um modelo com base na literatura, consulta aos atores envolvidos na integração (gestão, serviço, comunidade e ensino) e técnicas de consenso de validação. Com isto, fez-se um modelo teórico-lógico com suporte na legislação da saúde e educação cuja matriz avaliativa decorrente é composta por quatro dimensões e dez indicadores. De modo geral, as dimensões gestão, serviço, comunidade e ensino da matriz (ALBIERO; FREITAS, 2017) contêm indicadores presentes na matriz de julgamento proposta na presente pesquisa. Neste sentido, a matriz de julgamento aqui proposta seria aplicada em processos avaliativos das Instituições de Ensino Superior (IES), enquanto a de Albiero e Freitas (2017) pelas UDA.

Contudo, considerando a sobrecarga de atividades um fator com frequência apontado por profissionais como contribuintes para stress, insatisfação com o trabalho (ALBIERO; FREITAS, 2017), a matriz aqui proposta, aplicada pela instituição de ensino em parceria com profissionais do serviço colocaria uma avaliação específica da UDA como não essencial. Desta forma, a matriz contribuiria na redução de atividades avaliativas da UDA.

Com isto, a principal inovação do estudo é oportunizar uma avaliação específica para a integração ensino-serviço a ser realizada pelas Instituições de Ensino que requer a participação do serviço. Os indicadores de componentes desenvolvidos intramuros da IES são diferentes, focando em apreensão de conteúdos cognitivos do saber, sendo esta uma fragilidade já apontada na literatura (LEAL *et al*., 2025). Tais componentes curriculares precisam expandir sua capacidade de trabalhar competências do saber fazer e saber ser, tarnspondo o tecnicismo e reconhecendo a importância fundamental das competências socioemocionais para a vida humana laboral e social como um todo (LEAL *et al*., 2025).

Considerando as dimensões da matriz validada como um todo, é possível identificar aquelas mais críticas (essenciais) e menos críticas (indicadas, mas não essenciais) a processos avaliativos contínuos (monitoramento semestral). Isto é relevante, uma vez que as avaliações devem ser oportunas trazendo os juízos de valor para uma pronta tomada de decisão.

Em se tratando de componentes de IESC, esta decisão pode envolver questões de planos de ensino, quantitativo de pessoas (docentes, profissionais de saúde, estudantes, usuários dos serviços) e processos desenvovidos. Indicadores de processos são mais importantes, pois resultados podem advir de processos não adequados e estrutura não garante que os processos sejam desenvolvidos (AKERMAN, 2022; BERWICK; FOX, 2016). Frise-se que os indicadores-chave devem ser selecionados pela instituição que utilizará a matriz.

Quanto as dimensões que se mostram mais críticas para análise do componente curricular, essas são em ordem, avaliação da intervenção, impacto e contexto. O destaque da avaliação da intervenção se dá por ser a intervenção a contribuição social concreta do grupo tutorial, sendo essencial verificar os fatores de sucesso e de melhoria. Não obstante, tal dimensão detém a verificação da facilidade de acesso

aos equipamentos sociais (fator fundamental a identificação de um problema relevante para a comunidade do território), melhoria do processo de trabalho na UDA (elemento vital a continuidade e fortalecimento da parceria ensino-serviço), apreensão do referencial da educação em saúde pelos estudantes e ampliação do conhecimento acerca do SUS (MACHADO; GOLDBARG; LIMA, 2024). Sobre esses elementos de cognição dos estudantes, ressalte-se que a disciplina SACI ocorre no primeiro e segundo semestres dos cursos de graduação onde os estudantes pouco ou nada sabem sobre o SUS e suas práticas. Nos cursos de saúde, as discussões sobre políticas públicas ainda estão em estágio inicial e não são abordadas no ensino médio (MACHADO; GOLDBARG; LIMA, 2024). Neste sentido, a dimensão avaliação da intervenção é mais crítica ao êxito.

A dimensão impacto envolve essencialmente indicadores relacionados aos profissionais de saúde. A IESC deve proporcionar ampliação tanto da qualidade da formação dos estudantes quanto do serviço de saúde realizado pelos profissionais (ALBIERO; FREITAS, 2017). Isto pode ocorrer sob influência das intervenções realizadas pelo grupo tutoral e convivência intergeracional estudante-docente-profissionais. Esta ocasiona uma aprendizagem mútua e rica, uma vez que as pessoas têm diferentes aptidões relacionadas à época em que nasceram e se desenvolvem, bem como a sua formação profissional. Por vezes, os profissionais das UDA buscam cursos de curta duração, aperfeiçoamentos e especilizações com o propósito da aprendizagem ao longo da vida e não da progressão salarial da carreira em si (ALBIERO; FREITAS, 2017).

A dimensão Contexto refere-se à recursos para as ações de ensino-serviço com base em editais, fatores para aprimorar a efetividade das ações com melhor planejamento e continuidade pela legitimidade de sua importância pela comunidade. Essas questões são basilares para a manutenção das atividades com resultados satisfatórios aos envolvidos (instituição de ensino, serviço de saúde, comunidade).

Por sua vez, as dimensões menos críticas da matriz são: diagnóstico da realidade; planejamento e desenvolvimento da intervenção. No caso, o diagnóstico da realidade engloba proporções quanto à composição do grupo tutorial e a adequação do diagnóstico situacional, sendo essas questões comuns às disciplinas como a SACI. Neste sentido, são fatores avaliados mesmo sem uma matriz própria. Planejamento e desenvolvimento da intervenção também abarca questões tipicamente tratadas nessas disciplinas como existência de locais para discussão, criação de canais de comunicação, discussão teórica-conceitual sobre territorialização e saúde. No processo de seleção das UDA são verificadas a existência de espaços para discussão onde o grupo tutorial se reúne; o uso de aplicativo de mensagens como o Whats app é prática comum; territorialização e saúde são conceitos centrais sendo sua apreensão avaliada, mesmo que por instrumentos tradicionais, como provas escritas (MACHADO; GOLDBARG; LIMA, 2024).

Observando-se os indicadores, a matriz contém critérios relacionados às competências indicadas

pelas DCN para estarem presentes em todos os cursos de saúde e potencialmente implicadas no perfil de profissional generalista, com formação humanista, tendo o SUS como cenário de ensino-aprendizagem para instituir o modelo de vigilância à saúde necessário a ruptura do paradigma biologicista. Essas competências são: "atenção à saúde", "tomada de decisões", "comunicação", "liderança", "administração e gerenciamento", "educação permanente" e "aprender a aprender" (SILVEIRA *et al.*, 2020). A viabilização dessas competências deve ocorrer mediadas pela aprendizagem vivencial e constituição de um ecossistema de aprendizagem (OLSSON *et al*., 2022).

Nesse sentido, os indicadores buscam mensurar o quanto relações interpessoais estabelecidas entre estudantes-professores-profissionais de saúde-comunidade foram mobilizadas para viabilizar a aprendizagem crítica, reflexiva e aplicada dos estudantes, a educação permanente dos profissionais, a melhoria da qualidade da atenção mediada pelas UDA e ao empoderamento da população mediante intervenções balizados pelo referencial da promoção da saúde (RODRIGUES; DALBELLO-ARAÚJO; LAZARINI,2024; OLSSON *et al*., 2022; VENDRUSCOLO *et al*., 2020; SILVEIRA *et al.*, 2020).

Além disto, a matriz viabilizada neste estudo apresenta critérios identificados na literatura como desafios a Integração ensino-serviço-comunidade e, por sua vez, a componentes como a SACI. Aqui apresentam-se estudos relacionados a SACI desenvolvidos no contexto da UFRN. Mas, como anteriormente especificado, podem ser abstraídos para outras instituições de ensino e componentes da IESC.

Estudo realizado por Mendes *et al*. (2020) com 103 docentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da UFRN com objetivo de analisar as contribuições da IESC para a formação em saúde e para o SUS evidenciou que a IESC proporciona experiências multiprofissionais e interdisciplinares e contribui para a melhoria da qualidade dos serviços. No entanto, há desafios importantes que englobam fatores relacionados ao paradigma da atençao biologicista, a preponderância de projetos pedagógicos centrados em disciplinas intramuros e tecnicistas, resistência de docentes em atuar na IESC pela maior valorização da pesquisa, despreparo e/ou desestímulo de preceptores (profissionais que atuam no serviço), infraestrutura dos serviços do SUS inadequada para acolher o quantitativo de discentes de Instituições públicas e privadas. Por conseguinte, de modo geral, infere-se que as estratégias de intervenção perpassam a desconstrução de processos históricos de formação intramuros, com disciplinas ministradas por docentes, que não dialogam em seus planejamentos, e que utilizam metodologias tradicionais dissociadas de atividades multiprofissionais e interdisciplinares. Ademais, o estudo de Mendes *et al*. (2020) identificou componentes em que a realização de atividades interdisciplinares foi hegemônica: as disciplinas Saúde e Cidadania e Saúde e Cidadania II, também conhecida como POTI.

Especificamente, em relação a SACI, há dificuldades na condução do processo de ensino como a não familiaridade dos profissionais da saúde atuantes como supervisores de campo, com as metodologias de ensino problematizadoras; falta de planejamento e diálogo entre os gestores, os profissionais da saúde e a Universidade; falta de recursos materiais e humanos; deslocamento por parte dos estudantes para locais mais periféricos, e situações imprevisíveis como a pandemia do novo coronavírus. Portanto, factualmente os desafios da SACI são similares a outros componentes de IESCs (MACHADO *et al*., 2020; MACHADO *et al*., 2021b; SPAGNOL *et al*., 2021). Não obstante, a matriz preconiza o planejamento e avaliação com presença de docentes, preceptores, estudantes para uma integração, de fato, ensino-serviço.

Sob o referencial da promoção da saúde, nível de atenção à saúde objeto da SACI, as ações de saúde devem ser interprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais. Por conseguinte, a matriz contém critérios relacionados ao acesso aos equipamentos sociais, competências e habilidades, qualidade dos processos de trabalho desenvolvidos para verificar como esses aspectos são desenvolvidos na disciplina. Além disso, destaca-se o trabalho em equipe interprofissional e intersetorial como um nó crítico significativo ao fortalecimento do SUS. Neste sentido, há critérios relacionados à estrutura, processo e resultados para este fim, uma vez que ao final da disciplina SACI, os estudantes devem refletir se migraram de um trabalho em grupo para um trabalho em equipe (pessoas com diferentes competências, lideradas por um indivíduo, organizam essas competências de forma planejada para atingir um objetivo) (NUNES *et al*., 2024; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; GARCIA *et al*., 2019).

A curricularização da extensão é colocada como impacto desejado e iniciativas governamentais e instrumentos normativos são destacados como elemento de contexto, além da organização Interna da UDA e do Componente de IESC. No tocante a curricularização, o estudo de Wociechoski e Catani (2022) que analisa a resolução CNE n. 7/2018 com base em documentos - minuta, parecer e resolução - e áudio da audiência pública referentes à produção da resolução coloca que para efetivar a extensão como qualificadora do processo formativo das graduações, os projetos pedagógicos devem considerar três elementos essenciais: "(i) a designação do professor orientador; (ii) os objetivos da ação e as competências dos atores nela envolvidos; (iii) a metodologia de avaliação da participação do estudante" (BRASIL, 2018 *apud* WOCIECHOSKI; CATANI, 2022).

Além disso, as ações de extensão devem favorecer uma conexão efetiva das universidades com as comunidades locais ou mais distantes de modo a romper a separação entre os responsáveis pela produção de conhecimentos legítimos, pelo planejamento e criação de tecnologias (professores) e os executores (profissionais dos serviços de saúde). Assim, a extensão se dá pela relação imbricada e simbiótica de benefícios para todos os envolvidos, configurada pelo eixo pedagógico de aprendizagem estudante/professor/comunidade e pelas associações de ensino e pesquisa aplicadas para trazer benefícios

à comunidade. Não obstante, a matriz de julgamento detém a participação de docentes tutores em editais internos de pesquisa, ensino ou extensão, bem como de editais de fomento como o PET como importantes indicadores de contexto (WOCIECHOSKI; CATANI, 2022).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) instituído por meio da Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010 tem como propósito a educação pelo trabalho e qualificação da IESC, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações no sistema público de saúde, com vistas a atender às necessidades de saúde da população. Assim, esse programa surgiu com o objetivo de ampliar, promover, articular e apoiar ações e atividades de formação, voltadas às mudanças das graduações na saúde e a IESC, articuladas à educação permanente e interprofissional (BRASIL, 2017; GARCIA *et al.*, 2019).

A proposta de integrar as instituições de ensino com o serviço público da área da saúde no Brasil data da década de 1970 e três aspectos eram destacados: a prestação de serviços adequados às necessidades concretas da população, a produção de conhecimentos e a formação dos recursos humanos. Além disto, esta integração é historicamente orientada, desde o ano 2000, pelas DCN que objetivam impulsionar mudanças nos processos formativos das Instituições de Ensino Superior alinhadas aos princípios do SUS (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Portanto, esses foram os pressupostos gerais que orientaram a construção e validação da matriz de julgamento produto da pesquisa aqui apresentada, considerada assim uma relevante contribuição à formação profissional de qualidade.

CONCLUSÃO

A matriz de julgamento proposta constitui-se em instrumento potencial para subsidiar processos de avaliação e monitoramento de componentes de IESC, permitindo um juízo de valor no tocante ao desempenho desses componentes em quatro estratos. Desta forma, pode melhorar as estratégias pedagógicas; a interação entre discente-docente; a implantação e implementação do plano de intervenção no decorrer do componente curricular. Desta forma, a matriz de julgamento pode subsidiar processos contínuos de avaliação de componente curricular característicos da extensão, concluindo-se que o objetivo da pesquisa foi alcançado. O estudo inova ao oportunizar uma avaliação específica para a integração ensino-serviço a ser realizada pelas Instituições de Ensino com a participação do serviço. Contudo, a matriz em si é inovadora por apresentar indicadores específicos de componentes curriculares pertencentes ao universo da IESC, diferentes em sua essência aos de disciplinas tradicionais.

Apesar da possibilidade de amplo uso por instituições de ensino superior (públicas ou privadas), a

matriz pode e deve ser adaptada à realidade de cada instituição, que deve estabelecer os indicadores-chave conforme a demanda local para uma avaliação contínua.

A matriz construída foi obtida, em essência, pelo enfoque metodológico da abordagem qualitativa da pesquisa, sendo a validação por um único especialista pertinente. Todavia, uma única disciplina/instituição como benchmarking podem ser apontados como limitações.

Porém, isto foi minimizado pela revisão de literatura realizada no planejamento da pesquisa. Ainda neste aspecto, a focalização com generalizações analíticas é outra característica de pesquisas avaliativas. Não obstante, essas possuem menor penetrabilidade frente às pesquisas epidemiológicas clássicas onde a inferência estatística é requerida.

Em se tratando da continuidade e aprimoramento do presente estudo, indica-se a aplicação piloto da matriz com fins a avaliação por público-alvo. O método de construção da matriz pode orientar pesquisas e aplicações em outros cenários. A matriz pode subsidiar estudos relacionados aos estágios supervisionados obrigatórios e não obrigatórios que também compõem componentes de curricularização da extensão vitais à qualidade do processo formativo.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. “Desafios contemporâneos da avaliação em saúde: A trajetória reflexiva de Oswaldo Yoshimi Tanaka”. **Revista Brasileira de Avaliação**, vol. 11, n. 1, 2022.

ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. T. “Modelo para avaliação da integração ensino serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica”. **Saúde Debate**, vol. 41, n. 114, 2017.

AMARAL, J. M. *et al*. “Validation of an evaluation matrix for the nursing process in the hospital context.” **Revista Gaucha de Enfermagem**, vol. 45, 2024,

BARATIERI, T. *et al*. “Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa”. **Saúde em Debate**, vol. 43, n. 120, 2019.

BAUERA, M. S; KIRCHNER, J. “Implementation science: What is it and why should I care?” **Psychiatry Research**, vol. 283, 2020.

BELFORD, M.; ROBERTSON, T.; JEPSON R. “Using evaluability assessment to assess local community development health programmes: a Scottish case-study”. **BMC Medical Research Methodology**, vol. 17, n. 1, 2017.

BERWICK, D.; FOX, D. M. “Evaluating the Quality of Medical Care: Donabedian's Classic Article 50 Years Later”. **Milbank Q**, vol. 94, n. 2, 2016.

BOTACIN, W. G. *et al*. “Validação de modelo lógico para a formação em odontologia no Brasil”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 23, n. 67, 2025.

BRASIL. **Diretriz metodológica**: síntese de evidências para políticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 12/08/2025.

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 12/08/2025.

BRASIL. **Resolução n. 7, de 7 de dezembro de 2018**. Brasília: Ministério da Educação, 2018. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 12/08/2025.

BRIDGES, D. R. *et al*. "Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education". **Medical education online**, vol. 16, 2011.

BROUSSELE, A. *et al.* "Modelizar as intervenções". *In:* CHAMPAGNE, F. et al. **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CABRAL, I. E.; RAFAEL, R. M. R. Transposição da teoria para a prática: desafios e oportunidades na ciência da implementação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 45, n. 1, 2024.

CAMARA, A. M. C. S.; GROSSEMAN, S.; PINHO, D. L. M. 'Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores". I**nterface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 19, n. 1, 2015.

DIAS, G. A. R.; SANTOS, J. P. M.; LOPES, M. M. B. "Arco da problematização para planejamento educativo em saúde na percepção de estudantes de enfermagem". **Educação em revista**, vol. 38, 2022.

DIAS, M. S. A. *et al*. "Construção de modelo teórico-lógico e matriz de julgamento para avaliação da efetividade do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica". **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 38, n. 11, 2022.

DONABEDIAN, A. "Evaluating the Quality of Medical Care". **Milbank Quarterly**, vol. 83, n. 4, 2005.

GARCIA, S. O. *et al.* "Integração ensino-serviço: experiência potencializada pelo programa de educação pelo trabalho para a saúde – eixo educação permanente". **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 23, 2019.

GUERRA, E. C.; MEDEIROS JÚNIOR, A.; COSTA, N. D. L. "Formação em saúde no âmbito da UFRN: aspectos fundamentais das aprendizagens em contextos interdisciplinares". **Revista Espaço Pedagógico**, vol. 28, n. 2, 2021

KEITH, R. E. *et al*. "Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation." **Implementation science** , vol. 12, n.1, 2017.

KELLOG FOUNDATION. **Logic model development guide**. Michigan: W.K. Kellog Foundation, 2004.

KIDDER, D. P. *et al*. "CDC program evaluation framework, 2024". **MMWR - Recommendations and Reports**, vol. 73, n. 6, 2024.

LEAL, L.A. *et al*. "Socio-emotional competency matrix in nursing education: undergraduate student perspectives". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 33, 2025.

MACHADO, F. C. A. *et al*. "Integração ensino-serviço como mediadora de experiências de comunicação em saúde na comunidade". **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, vol. 10, 2020.

MACHADO, F. C. A. *et al*.. "Educação em saúde para sensibilizar adolescentes escolares para a vacinação contra o papiloma vírus humanos". **Revista Ciência Plural**, vol. 7, n. 2, 2021b.

MACHADO, F. C. A. *et al*.. "Modelo lógico para os ciclos de melhoria da Estratégia Saúde da Família". **Revista Ciência Plural**, vol. 7, n. 3, 2021a.

MACHADO, F. C. A.; GOLDBARG, D. ; LIMA, M. L. B. "Modelo lógico para avaliar ensino-serviço". **Conecte-se! Revista Interdisciplinar de Extensão**, vol. 8 n. 17, 2024.

MENDES, T. M. C. *et al*. "Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade". **Texto contexto - Enfermagem**, vol. 29, 2020.

MENDONÇA, B. F. S.; CARVALHO, R. B.; PACHECO, K. T. S. "Educação interprofissional em currículos de graduação em odontologia: uma revisão sistemática". **Journal of Dental Education**, vol. 88, n. 5, 2024.

NORO, L. R. A. *et al*. "Validation of the criteria matrix about the generalist's education in Dentistry Undergraduate Courses". **Brazilian Oral Research**, vol. 35, 2021.

NUNES, W. B.; NORO, L. R. A.; FERREIRA, M. A. F. "Aproximação e desafios na articulação norma e prática de ensino para o sus: um estudo de caso". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 19, n. 56, 2024.

NUNES, W. B. *et al*. "Educação problematizadora e pensamento complexo no ensino na área da saúde". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 17, n. 51, 2024.

OLSSON, T. O. *et al*. "Interprofessional education in the Dentistry curriculum: Analysis of a teaching-service-community integration experience". **European Journal of Dental Education : Official Journal of the Association for Dental Education in Europe,** vol. 26, n.1, 2022.

PATEL, H. *et al*. "A scoping review of interprofessional education in healthcare: evaluating competency development, educational outcomes and challenges". **BMC Medical Education**, vol. 25, n. 409, 2025.

PYO, J. *et al*. "Qualitative research in healthcare: necessity and characteristics". **Journal of Preventive Medicine & Public Health**, vol. 56, n. 1, 2023.

REDMOND, C. *et al*. "Development of the EVIBEC Learning Outcomes Framework to support the delivery of evidence-based practice curricula in health care professional programmes: a codesign approach". **BMC Medical Education**, vol. 24, n. 1, 2024.

RODRIGUES, A. P.; DALBELLO-ARAÚJO, M.; LAZARINI, W.S. "Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde". **Interface**, vol. 28, 2024.

SAMICO, I. *et al*. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SANTOS, A. A.; GIRAFFA, L. M. M. "Avaliação e tecnologia: concepções e práticas docentes na construção de uma avaliação para a aprendizagem personalizada". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 15, n. 45, 2023.

SANTOS, K. S. S. *et al*. "O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo". **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 2, 2020.

SCHOONENBOOM, J.; JOHNSON, R. B. "How to Construct a Mixed Methods Research Design". **Kolner Zeitschrift fur Soziologie und Sozialpsychologie**, vol. 69, n. 2, 2017.

SCHWARTZ, R. ; MOORE, J. B . "Implementation Science in Practice". **Journal of Public Health Management and Practice**, vol. 27, n. 2, 2021.

SILVA, W. P. "Extensão Universitária: um conceito em construção". **Revista Extensão & Sociedade**, vol. 11, n. 2, 2020.

SILVEIRA, J. L. G. C. *et al.* "Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde". **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 24, 2020.

SLATER, P. ; HASSON, F. "Data Measurement, Instruments and Sampling". **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, vol. 32, n. 3, 2025.

SPAGNOL, C. A. *et al*. "Diálogos da enfermagem durante a pandemia: reflexões, desafios e perspectivas para a integração ensino-serviço". **Escola Anna Nery**, vol. 25, 2021.

TAVARES, M. C. *et al*. "Challenges of education in the accounting profession in the Era 5.0: A systematic review". **Cogent Business and Management**, vol 10, n. 2, 2023.

TORRES, A. C.; MOURAZ, A.; MONTEIRO, A. "Desafios da inovação curricular: Perspetivas de professores veteranos". Revista Portuguesa de Educação, vol. 35, n. 1, 2022.

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Componente Curricular da disciplina Saúde e Cidadania**. Natal: UFRN, 2020. Disponível em: <www.ufrn.br>. Acesso em: 20/12/2025.

VENDRUSCOLO, C. *et al*. "PET-Saúde Interprofissionalidade: reflexões sobre uma estratégia interinstitucional para reorientação da formação". **Saúde em Redes**, vol. 6, n. 2, 2020.

VENEGAS-GÓMEZ, M. *et al*. "Satisfacción de los estudiantes de Odontología con el aprendizaje blended-learning en la Universidad San Sebastián, Chile". **FEM: Revista de la Fundación Educación Médica**, vol. 27, n. 2, 2024.

VOSS, S. *et al*. "Logic models for the evaluation of complex interventions in public health: lessons learnt from a staged development process". **BMC Public Health**, vol. 25, n. 1, 2025.

WILLMINGTON, C. *et al*. "A contribuição do benchmarking para a melhoria da qualidade na área da saúde: uma revisão sistemática da literatura". **Pesquisa em Serviços de Saúde BMC**, vol. 22 , n. 139, 2022.

WOCIECHOSKI, D. P.; CATANI, A. M. "Resolução CNE n. 7/2018 e a burocratização da educação superior: apontamentos sobre a diretriz relativa apenas à extensão universitária". **Revista de Gestão e Avaliação Educacional**, vol. 11, n. 20, 2022.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano VII | Volume 24 | Nº 72 | Boa Vista|2025

http://www.ioles.com.br/boca

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Tiou Kimar Clarke, University of Technology, Jamaica