

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE

Lidiane de Oliveira Vilela

PROCESSO AVALIATIVO DOS RESIDENTES EM MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE

Montes Claros, MG

2019

Lidiane de Oliveira Vilela

PROCESSO AVALIATIVO DOS RESIDENTES EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE da
Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das
exigências para a obtenção do título de mestra.

Área: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Educação e saúde: tendências
contemporâneas da educação, competências e estratégias
de formação profissional em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Simone de Melo Costa

Coorientadora: Profa. Dra. Orlene Veloso Dias

Montes Claros, MG

2019

V695p

Vilela, Lidiane de Oliveira.

Processo avaliativo dos residentes em medicina de família e comunidade [manuscrito] / Lidiane de Oliveira Vilela. – 2019.

75 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família/PROFSAÚDE, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Simone de Melo Costa.

Coorientadora: Profa. Dra. Orlene Veloso Dias.

1. Educação em saúde. 2. Estudantes de medicina. 3. Educação médica. 4. Avaliação de desempenho profissional. 5. Competência profissional. I. Costa, Simone de Melo. II. Dias, Orlene Veloso. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor Antônio Alvimar Souza

Vice-reitora: Professora Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitor de Ensino: Professora Helena Amália Papa

Pró-reitor de Pesquisa: Professor José Reinaldo Mendes Ruas

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Professora Karen Torres Correa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Sônia Ribeiro Arruda

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professora Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: Professor André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato-sensu*: Professor Felipe Frões

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Professora Maria de Fátima Rocha Maia

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE

Coordenador: Professor Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Professora Simone de Melo Costa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA



CANDIDATA: LIDIANE DE OLIVEIRA VILELA

DATA: 12/04/2019

HORÁRIO: 16:00

TÍTULO DO TRABALHO: "PROCESSO AVALIATIVO DOS RESIDENTES EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE FAMÍLIA

LINHA DE PESQUISA: EDUCAÇÃO E SAÚDE: TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DA EDUCAÇÃO, COMPETÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA

BANCA (TITULARES)

PROFª DRª SIMONE DE MELO COSTA (ORIENTADORA/PRESIDENTE)

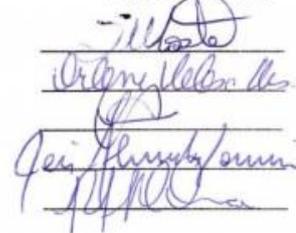
PROFª. DRª ORLENE VELOSO DIAS (COORIENTADORA)

PROFª. DRª LUCINÉIA DE PINHO

PROF. DR JAIR ALMEIDA CARNEIRO

PROFª DRª RENATA FRANCINE RODRIGUES DE OLIVEIRA

ASSINATURAS



BANCA (SUPLENTES)

PROF. DR JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO

PROFª DRª DANIELLA REIS BARBOSA MARTELLI

ASSINATURAS

APROVADO

REPROVADO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

<http://www.unimontes.br> / mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3229-8292

Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia - Montes Claros - MG, Brasil - Cep: 39401-089

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre me proteger, abençoar e guiar meu caminho.

Ao PROFSAUDE que me proporcionou a oportunidade de uma melhor qualificação profissional.

Ao Prof. Antônio Prates Caldeira, e demais professores da Unimontes, que acreditaram neste projeto trazendo este mestrado para a instituição e auxiliando na capacitação de tantos médicos de família. Meu agradecimento, este cuidado e carinho de vocês refletirão em uma melhor assistência, ensino e cuidado com a população.

A minha Profa. e Orientadora Simone Melo Costa, exemplo de competência, dedicação e disciplina. O seu apoio e ensinamentos foram fundamentais para eu chegar até aqui. Sinto-me honrada por ter tido a sua orientação durante este processo de formação. Levarei comigo seu exemplo de postura ética e comprometida com a ciência e docência.

A minha coorientadora Orlene Veloso Dias, a Patrícia Alves Paiva e a Ana Paula Figueiredo Guimarães de Almeida, que me apoiaram na reta final deste trabalho e fizeram que tudo ficasse mais leve. A Lara, acadêmica de iniciação científica com quem pude dividir o aprendizado e o trabalho. Desejo muito sucesso na sua caminhada acadêmica.

Aos membros da banca, Profa. Renata Francine Rodrigues de Oliveira, Prof. Jair Almeida Carneiro, Profa. Lucinéia de Pinho, Prof. Joao Felício Rodrigues Neto e Profa. Daniella Reis Barbosa Martelli, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação.

Aos colegas e amigos do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Odilon Behrens por toda a energia, motivação e apoio.

Ao meu marido Daniel que sempre esteve ao meu lado nos momentos felizes e difíceis. O seu apoio e carinho são fundamentais para meu progresso.

A minha filha Beatriz, que nasceu durante este mestrado, e enche minha vida de alegria e esperança.

A minha mãe Suely, minha irmã Fabiana e Tia Inez por sempre acreditarem no meu potencial e incentivarem meus sonhos. Amo muito vocês.

A minha sogra Christina pela acolhida em Montes Claros durante estes dois anos de estudo. Obrigada pelo seu carinho e por toda ajuda.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde, para ser efetiva e resolutiva, necessita da formação de médicos especialistas qualificados em cuidados primários. Diferentes fatores influenciam na formação médica, entre eles, o processo avaliativo. **Objetivo:** Identificar e descrever o processo avaliativo adotado nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), sediados na macrorregião Sudeste do Brasil. **Metodologia:** Envolveu três etapas: Avaliação documental para relacionar os PRMFC por macrorregião brasileira e vagas ofertadas; Identificação dos PRMFC ativos em 2018, no Sudeste, por contato institucional e; Pesquisa de campo com coordenadores/supervisores dos Programas ativos, para identificar quais processos avaliativos são adotados na formação dos residentes. Na pesquisa de campo os critérios de inclusão dos PRMFC foram: ser cadastrado e autorizado pela Comissão Nacional de Residência Médica e, estar sediado no Sudeste. O critério de exclusão foi não ter residentes, em 2018. Os dados foram analisados pela estatística descritiva de tendência central e separatrizes para número de vagas e, frequências absolutas e proporções. Pesquisa aprovada em Comitê de Ética, parecer nº 2.474.161. **Resultados:** Todas as macrorregiões brasileiras são contempladas por PRMFC. O Sudeste apresenta maior concentração de Programas (43,2%) e vagas (42,9%). Dos 114 PRMFC no Sudeste, 74 (64,9%) estavam ativos. Destes, 51 (68,9%) participaram do estudo. Todos os PRMFC avaliam seus residentes e adotam como avaliação obrigatória de um (8,3%) a doze (100%) instrumentos avaliativos, entre os que foram apresentados no questionário da pesquisa, com média de 5,80 ($\pm 2,088$) instrumentos por Programa. Entre os instrumentos/métodos aplicados, obrigatoriamente, destacam-se: *Feedback* estruturado (74,5%), Autoavaliação (74,5%), Prova de múltipla escolha (64,7%) e Observação direta estruturada da consulta (64,7%). A maioria não realiza a Auditoria Clínica (62,7%) e Portfólio (58,8%). 94,1% não usa OSLER (*Objectives Structured Long Examination Record*) e 62,7% não adota o OSCE (*Objectives Structured Clinical Examination*). Parte dos Programas (45,1%) criou seu próprio instrumento avaliativo. Quase totalidade (90,2%) utiliza o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) como guia. Quanto à avaliação externa obrigatória do residente, em 25,5% dos Programas a equipe de profissionais avalia e em 11,8% os usuários dos serviços avaliam. Os residentes avaliam os seus preceptores (56,9%) e o Programa em geral (74,5%), no entanto, não avaliam coordenadores (58,8%). **Conclusões:** Os PRMFC avaliam residentes utilizando diferentes instrumentos/métodos. A maioria adota o Currículo Baseado em Competências da SBMFC

como norteador do processo avaliativo e usa múltiplos métodos, possibilitando atingir avaliação somativa e formativa. Aos PRMFC que criaram seus próprios, sugere-se validação dos mesmos, para que possam ser testados quanto à real capacidade de avaliar competências da Medicina de Família e Comunidade. Isso contribuiria para sanar/minimizar lacuna atual, relacionada à escassez de instrumento avaliativo específico na área, no Brasil.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Estudantes de Medicina. Educação Médica. Avaliação de Desempenho Profissional. Competência Profissional.

ABSTRACT

Introduction: In order to be effective and resolute, Primary Health Care requires the training of qualified primary care specialists. Different factors influence medical training, including the evaluation process. **Objective:** To identify and analyze the evaluation process adopted by the Family & Community Medicine Residency Programs (PRMFC) based in the southeastern macroregion of Brazil. **Methodology:** The study involved three steps: documentary evaluation to relate the PRMFCs in terms of Brazilian macroregion and number of vacancies offered; identification of the active PRMFCs in 2018, in the southeast, by institutional contact; field research with the coordinators/supervisors of the active programs, to identify which evaluation processes are adopted in the training of residents. In the field research, the inclusion criteria for the PRMFCs were to be registered and authorized by the National Committee of Medical Residency and to be based in the southeast region. The exclusion criterion was not having any residents in 2018. Data were analyzed through descriptive statistics based on measures of central tendency and separatrixes for the number of vacancies, and absolute frequencies and proportions. This study has been approved by the Ethics Committee, Opinion No. 2,474,161. **Results:** The PRMFCs cover all Brazilian macroregions. The southeastern region has the highest concentration of programs (43.2%) and vacancies (42.9%). Of the 114 PRMFCs in the southeast, 74 (64.9%) were active. Among these, 51 (68.9%) participated in the study. All PRMFCs assess their residents and adopt from one (8.3%) to twelve (100%) mandatory evaluation instruments among those presented in the research questionnaire, with an average of 5.80 ($\pm 2,088$) instruments per program. Among the mandatory instruments/methods, the following stand out: structured feedback (74.5%), self-assessment (74.5%), multiple choice tests (64.7%), and structured direct observations of the appointments (64.7%). Most programs do not carry out clinical audits (62.7%) and portfolio (58.8%). 94.1% do not rely on OSLER (Objective Structured Long Examination Record), and 62.7% do not rely on OSCE (Objective Structured Clinical Examination). 45.1% of the programs have created their own evaluation tool. Almost all (90.2%) follow the Competence-Based Curriculum of the Brazilian Society of Family and Community Medicine (SBMFC) as their guidelines. Regarding the mandatory external evaluation of residents, 25.5% of the programs have their professional team carry out the evaluation, and in 11.8% the services are evaluated by users. The residents evaluate their preceptors (56.9%) as well as the program as a whole (74.5%, but not their coordinators (58.8%). **Conclusions:** The PRMFC evaluate their residents through different instruments/methods. Most adopt the SBMFC

Competency-Based Curriculum as the guiding principle of the evaluation process and resort to multiple methods, which allows the realization of both summative and formative assessments. As for the PRMFCs that created their instruments, we suggest their validation so that they can be tested for their real capacity to evaluate Family and Community Medicine competencies. This could contribute to reduce or narrow the current gap related to the scarcity of specific evaluative instruments in the area in Brazil.

Keywords: Educational Measurement. Education, Medical. Internship and Residency. Family Practice

LISTA DE SIGLAS

MFC	Medicina de Família e Comunidade
PRMFC	Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PSF	Programa de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
R1	Residentes do Primeiro Ano
R2	Residentes do Segundo Ano
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>
PROFSAÚDE	Mestrado Profissional em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education
CanMEDS	Canadian Medical Education Directions for Specialists
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination</i>
OSLER	<i>Objectives Structured Long Examination Record</i>
GCRS	<i>Global Consultation Rating Scale</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Pirâmide Miller, com os quatro níveis de progresso das competências clínicas.....	21
Figura 2- Relação dos quatro níveis de progresso das competências clínicas da Pirâmide Miller com processos avaliativos.....	22
Figura 3- Georreferenciamento dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Brasil, 2018, Grupo de Trabalho de Ensino, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	35
Quadro 1- Procedimentos de avaliação da Resolução Nº 1 de 2015 da CNRM* que fundamentaram parte do questionário da pesquisa de campo conduzida com coordenadores/supervisores dos Programas.....	37

LISTA DE TABELAS

Artigo

Tabela 1- Programas de Residências em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e vagas autorizadas para residentes do primeiro ano (R1), conforme macrorregiões brasileiras, 2018.....	46
Tabela 2- Descrição dos Programas de Residências em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) por vagas autorizadas para primeiro ano (R1), atividade em 2018 e Programas avaliados conforme Unidade Federativa da macrorregião Sudeste, Brasil, 2018	46
Tabela 3- Descrição dos instrumentos/métodos avaliativos adotados nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Macrorregião Sudeste, Brasil, 2018.	47
Tabela 4- Avaliação interpares quanto à preceptoria, coordenação e Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Macrorregião Sudeste, Brasil, 2018.	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Reconstrução do sistema de saúde brasileiro pelo Sistema Único de Saúde e interseção serviços-ensino	13
1.2 Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) na Formação Médica	14
1.3 Residência em Medicina de Família e Comunidade e formação de profissionais para a Atenção Primária à Saúde.....	16
1.4 Avaliação e instrumentos avaliativos de uso na educação médica.....	19
2 OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo geral.....	33
2.2 Objetivos específicos	33
3 METODOLOGIA	34
3.1 Desenho do estudo.....	34
3.2 População e amostra	34
3.3 Instrumento e processo de coleta de dados	34
3.4 Análise estatística	38
3.5 Aspectos éticos	38
4 PRODUTO CIENTÍFICO	39
4.1 Artigo	40
5 CONCLUSÕES	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	66
ANEXOS.....	72

1 INTRODUÇÃO

São muitos os desafios enfrentados na formação da área médica, entre eles destaca-se o processo avaliativo durante a qualificação profissional. A avaliação incorporada no processo de aprendizagem contribui para o crescimento dos estudantes/residentes e professores/preceptores. Isso faz da avaliação, não um processo punitivo e unidirecional, mas uma oportunidade de rever o modo como cada um vem se colocando frente às situações de aprendizagem e que outras oportunidades são necessárias para construir o conhecimento que se deseja.

O processo avaliativo deve ser visto como mais uma estratégia de aprendizagem e para o crescimento do aprendiz. Deve tomar como referência as competências profissionais a serem adquiridas e não se restringir ao resultado do desempenho avaliado. A partir desse resultado, podem-se projetar estratégias, que favorecerão o desenvolvimento das competências necessárias ao exercício do trabalho (AUTONOMO *et al.*, 2015). A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) instituiu e orientou métodos de avaliação para residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC), em 2015 (BRASIL, 2015a), no entanto, não padronizou os métodos a serem adotados no país. Sendo assim, até o atual momento não existe um processo avaliativo padrão nos PRMFC, no Brasil.

Essa concepção implica em construir uma nova cultura para a avaliação, enquanto estratégia de realização de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções que subsidiem as políticas de redimensionamento do processo educativo que irão impactar na qualidade da formação profissional.

Diante da importância de investigar o processo avaliativo na formação médica, esta dissertação trata dessa temática nos PRMFC, com apresentação da revisão de literatura fundamentada no Sistema Único de Saúde (SUS), por ter impactado na reconstrução do sistema de saúde pública no país e pela interseção serviços-ensino; na Atenção Primária, por ser o cenário da Estratégia Saúde da Família e de formação em Medicina de Família e Comunidade, e por fim, Avaliação e instrumentos avaliativos de uso na educação médica, por ser o foco do estudo.

1.1 Reconstrução do sistema de saúde brasileiro pelo Sistema Único de Saúde e interseção serviços-ensino

A reconstrução do sistema de saúde, a partir do SUS, procurou, por meio de seus princípios norteadores, reorientar as práticas de saúde, até então, equivocadamente, centradas na consulta médica (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010). O SUS é uma política pública abrangente. Ele tem como princípios, além do direito à saúde, o controle social, a integralidade e a equidade das ações (BRASIL, 1990), e se tornou o principal espaço de ensino-aprendizagem da área da saúde.

Apesar do SUS existir desde 1988, promulgado pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei Federal 8.080, de 1990, seus princípios não foram imediatamente implantados, em função de uma estrutura político-econômica e dos serviços de saúde, que desfavoreciam o atendimento das necessidades da população, considerando que se privilegiava a atenção à doença e aos grupos restritos. A caracterização dos princípios do SUS requer, entre outros aspectos, a estruturação de um novo modelo assistencial, cujo foco de atenção esteja voltado para os determinantes das condições de saúde de uma população (DIAS; RAMOS; COSTA, 2010).

A saúde pública precisa, dessa forma, incorporar novas dimensões e se tornar responsável por conquistas que, até então, se colocavam externas a ela. O sistema de saúde deve se relacionar com todas as forças políticas que caminham na mesma direção. É primordial que os centros formadores de profissionais de saúde estejam atentos às necessidades de saúde da população para adequar seus currículos às demandas atuais do SUS (BRASIL, 2005; MENDES, 2012).

O advento do SUS incrementou o acesso aos serviços de saúde para uma proporção considerável da população brasileira, mas, ainda existem muitos desafios para que os cuidados de saúde universal sejam alcançados (PAIM *et al.*, 2011). Para tanto, se faz necessário desenvolver uma cultura de avaliação do SUS e dos processos formadores de profissionais que atuarão no âmbito da saúde pública. O desafio principal é a mudança de modelos assistenciais, o que requer construir uma nova consciência sanitária e buscar a adesão desses trabalhadores ao novo projeto. É preciso obter consenso sobre formas de trabalhar, em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas

editadas verticalmente. Não é possível desconectar a proposta de transformação do modelo tecnoassistencial das mudanças na formação dos profissionais de saúde, com especial destaque para as Residências Médicas em Medicina de Família e Comunidade, como espaço privilegiado de reflexão sobre o ensino e a produção de cuidados (AUTONOMO *et al.*, 2015).

Considerando as relações entre ensino e trabalho, há de se reconhecer que os espaços de interseção entre serviços e ensino são importantes para a formação em saúde e para a consolidação do SUS. O conhecimento construído nesse espaço, a partir da reflexão sobre o vivido em um cenário de aprendizagem, pode se difundir por intermédio dos sujeitos que por ali passam, como estudantes. Desse modo, são espaços privilegiados para a transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde, pautados pelos valores do SUS. Neles também é onde se explicitam conflitos, dificuldades, estratégias e táticas desencadeadas para a ocupação de espaços na rede de cuidados que vai sendo configurada (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Daí a necessidade de se discutir e refletir sobre a proposta de formação médica para o exercício profissional, no âmbito da atenção primária.

1.2 Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) na Formação Médica

A Atenção Primária à Saúde constitui a porta de entrada do sistema de saúde pública. Ao cumprir seu papel de forma efetiva e estruturada, garante acesso, cuidado integral, longitudinalidade e coordenação do cuidado dentro do sistema de saúde. Em adição, os usuários sentem-se mais satisfeitos e verifica-se uma série de impactos favoráveis na saúde da população (IZECKSOHN *et al.*, 2017). Os países com uma orientação mais forte para a atenção primária possuem maior probabilidade de ter melhores indicadores de saúde e custos mais baixos (STARFIELD, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF) representou um passo fundamental, ao conciliar um conjunto de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde dos indivíduos e da família (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010). O PSF, posteriormente recebeu a denominação de Estratégia Saúde da Família e adota o modelo de promoção da saúde como recurso aplicável à vida cotidiana em um processo complexo, contínuo e dinâmico, tendo

ressonância na organização de sistemas de saúde e de cuidado. Um sistema de saúde voltado para a promoção da saúde demanda estratégia de gestão e a melhoria contínua das suas ações deve se constituir em uma prática permanente (ROSA; LABATE, 2005).

A ESF é organizada a partir de uma equipe multidisciplinar, consciente para enfrentar o complexo quadro de morbimortalidade e seus determinantes, tornando-se necessário um pacto de solidariedade técnica e de confiança mútua pela busca de novos objetos (MENDES, 2012; BRITO; MENDES; SANTOS, 2018). Nos municípios em que a ESF está adequadamente implantada, ou seja, que possuem profissionais capacitados e integrados ao Sistema Municipal de Saúde, essa estratégia tem condições de solucionar até 85% dos problemas de saúde da população acompanhada (BRASIL, 2004).

Para atender as demandas advindas da atenção com foco na Saúde da Família, faz-se necessário formar profissionais dentro dessa nova lógica do sistema de saúde pública. Portanto, a educação médica é dinâmica e requer mudanças, contínuas, com o propósito de garantir maior eficácia na formação e preparar o egresso médico para ser capaz de lidar com os problemas de saúde da sociedade brasileira. O espaço de interseção entre a APS e a formação médica é rico em possibilidades para a produção de novos saberes e práticas e também para a aquisição de condutas profissionais na produção do cuidado, seja na graduação ou na pós-graduação.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, juntamente com o Conselho Nacional de Educação, chama a atenção para a formação a partir do processo de trabalho. A formação médica deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. A melhor síntese para essa designação à educação dos profissionais da saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

A necessidade de mudanças na formação médica tem sido estimulada por uma série de ações governamentais, ao longo da história. A iniciativa de maior abrangência nessa área, contemplando aspectos regulatórios e normativos, foi o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), criado por meio da medida provisória nº 621/2013, posteriormente convertida na

Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013). Entre as iniciativas para a mudança da formação médica, o PMMB propôs reordenar a oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica; estabelecer novos parâmetros para a formação médica no Brasil; e promover aperfeiçoamento de médicos na área da atenção básica por meio de iniciativas de integração ensino-serviço (BRASIL, 2015b). Nessa perspectiva, os espaços nos quais possibilitam o diálogo entre o trabalho e a educação assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro, no dia a dia do cuidado. São espaços de cidadania, onde profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

A formação em saúde utiliza os serviços da rede pública de saúde, como campo privilegiado para as atividades práticas (HENRIQUES, 2005; AUTONOMO *et al.*, 2015). Quando a integração ensino-serviço acontece de forma efetiva, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde com o foco central no usuário, a dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde se ameniza. Sendo assim, é preciso investir na sensibilização dos sujeitos inseridos nos cenários nos quais ocorrem os cuidados e o processo de ensino-aprendizagem. Operacionalmente, a universidade deve se preocupar em identificar as necessidades dos serviços e dos cenários de prática, estabelecendo pactos de contribuição docente/discente para tais serviços. Devem estar incluídos nestes pactos: negociação de espaços, horários e tecnologias para adequação das atividades do serviço e das práticas educacionais. Além disso, em contrapartida, é fundamental a participação de profissionais dos serviços e usuários nas discussões educacionais de formação na área da saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

1.3 Residência em Medicina de Família e Comunidade e formação de profissionais para a Atenção Primária à Saúde

A Residência em MFC forma médicos de família e comunidade, especialistas capacitados a prestar serviços na APS, capazes de lidar com queixas inespecíficas, doenças agudas e crônicas, assim como múltiplos problemas em uma única pessoa (STARFIELD, 2002). Esses profissionais prestam cuidados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da

idade, sexo ou tipo de problema de saúde, garantindo cuidados abrangentes, contínuos e coordenados, englobando a família e comunidade (KIDD, 2013). Pela definição da *World Organization of Family Doctors (WONCA)*, “o médico de Família e Comunidade exerce o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos” (WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 2002).

No Brasil, a residência médica surgiu em 1944, a partir dos primeiros programas no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (NUNES, 2004). Considerada padrão-ouro na formação de profissionais especialistas no País, tal modalidade de pós-graduação foi regulamentada em 1977, pelo Decreto nº 80.821, que criou ainda a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A residência médica é definida a partir do decreto como “pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço [...]”. No ano de 1981, a Lei nº 6.932, que regulamentava as atividades do médico residente, vedou o uso da expressão “residência médica” para programas de residência médica que não tenham sido aprovados pela CNRM e definiu que eles deviam funcionar sob responsabilidade de instituições de saúde credenciadas pela CRNM (BRASIL, 2015a).

Percebe-se o crescimento das vagas no período de 2002 a 2007, em todas as especialidades médicas, em média 43% e para a especialidade MFC, o acréscimo foi de 279%, sendo este crescimento contínuo, de forma exponencial (CAMPOS; IZECKSOHN, 2010). Mesmo assim, há uma falta específica de médicos formados para atuar na Atenção Primária, fenômeno este que vem sendo evidenciado, também, em diversos países como, por exemplo, a Inglaterra e os Estados Unidos (FALK, 2004). Essa demanda por especialistas em MFC está crescendo, não só para a prestação de serviços de saúde, mas também para atuar como formador em processo de educação na APS. A formação de profissionais aptos a atuar na Atenção Primária à Saúde tem levantado questionamentos desde 1976, quando surgiram os primeiros programas de residência médica no País (ANDERSON; RODRIGUES, 2011). Para formar médicos em Medicina de Família e Comunidade os PRM contam com uma carga horária em torno de 5.500 horas, em dois anos, sendo que 80% desse valor deve ocorrer em treinamento em serviço, sob supervisão de especialistas. Este processo de ensino-aprendizagem permite o desenvolvimento de habilidades que só podem ser alcançadas por meio dessa formação (ANDERSON; RODRIGUES, 2011). Além de formar profissionais competentes na

assistência, é necessário formar também profissionais voltados ao desenvolvimento de atividades docentes e de pesquisa, que deverão ocupar espaços nas universidades (ANDERSON; RODRIGUES, 2011).

No contexto da formação médica e provimento de recursos humanos para atenção primária, até agosto de 2016, estavam em curso iniciativas de indução governamental para suprir as deficiências percebidas na formação da graduação médica, no Brasil. Uma dessas iniciativas realizava-se com a inserção de profissionais recém-formados em áreas onde há escassez de médicos para atuar na Atenção Básica, o chamado PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. A partir de setembro de 2016, com as mudanças do governo, houve um retrocesso no número de vagas. O PROVAB selecionava e recrutava médicos para atuarem, em um período de um ano, diretamente em uma equipe de Saúde da Família. Eles faziam um curso de especialização e eram supervisionados por um profissional com experiência na área, mediante visitas mensais (BRASIL, 2015b).

Outra iniciativa governamental, propiciada pela Lei 12.871, foi o já citado PMMB, com o objetivo similar ao do PROVAB, com duração de três anos, não restrito a médicos recém-formados ou brasileiros. Essa Lei apresenta três eixos: ampliação e melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde, formação para o SUS e provimento emergencial de médicos (BRASIL, 2015b). Ele teve como propósito dar apoio na formação de médicos especialistas, por regiões geográficas e por especialidades, com prioridade do SUS. A Residência em Medicina de Família e Comunidade teve destaque, com ampliação de bolsas aos residentes, pelo Ministério da Saúde (PETTA, 2013).

A carência de médicos em regiões de difícil acesso foi parcialmente suprida pelos referidos programas de provimento de profissionais, principalmente, por médicos brasileiros. Nos locais onde não houve interesse de tal segmento, foram contratados médicos estrangeiros. O PMMB recebeu muitas críticas, especialmente, devido à dispensa da revalidação do diploma para formados no exterior ou estrangeiros. No entanto, foi possível observar uma melhoria no acesso da população à profissionais de saúde e um impacto positivo nos indicadores de saúde. Chegou a abranger mais de 18.000 médicos, em 2015, distribuídos em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 distritos de saúde indígenas, com cobertura de 63 milhões de brasileiros, aumentando em 33% o número de consultas mensais na APS desses municípios (BRASIL, 2015b).

No eixo de formação médica para o SUS, o PMMB propôs a reordenação da formação médica para bases mais generalistas e orientação para as necessidades do sistema de saúde brasileiro; a criação de novos cursos e ampliação da oferta de vagas de graduação em medicina e de vagas de residência médica, especialmente em MFC (BRASIL, 2013). O resultado foi uma grande expansão dos programas e vagas de residência em MFC e conseqüentemente do número de especialistas na área. Segundo os dados da “Demografia Médica no Brasil” o número de médicos de Família e Comunidade aumentou de 4.022 em 2014 para 5.486 em 2017, um acréscimo de 36,4% em três anos. Também se destaca o fato de a MFC ter sido a segunda especialidade médica com maior número de vagas de R1 autorizadas em 2017, chegando a um total de 5.943 (2.969 para R1, 2.969 para R2 e 5 para R3), correspondendo a 10,2% das vagas de RM no país. Apesar destes dados notórios ainda persiste o histórico de ociosidade na ocupação dos programas, correspondendo em torno de 70% (SARTI, FONTENELLE, GUSSO, 2018).

1.4 Avaliação e instrumentos avaliativos de uso na educação médica

Avaliação, dentro do contexto educacional, é um termo que abrange qualquer atividade em que a evidência de aprendizagem é obtida, de forma planejada e sistemática. Ela é utilizada para emitir um parecer sobre a aprendizagem, levando a uma melhora no ganho de conhecimentos e aperfeiçoamento profissional (PANÚNCIO-PINTO; TRONCON, 2014). A avaliação pode ser formativa ou somativa. A formativa é toda prática de avaliação contínua que pretende contribuir para melhorar a aprendizagem em curso, promovendo a reflexão e orientando o aprendizado futuro (MENDES, 2005). A modalidade somativa faz um julgamento geral sobre a competência para a qualificação e é feita de forma pontual, geralmente ocorrendo ao fim de um ciclo educacional. Ela pode não fornecer *feedback* suficiente para conduzir a aprendizagem. No entanto, como os alunos tendem a estudar o que eles esperam nos testes, a avaliação somativa pode influenciar a aprendizagem, mesmo na ausência de *feedback* (EPSTEIN, 2007).

Todos os métodos de avaliação têm pontos fortes e falhas. O uso de múltiplas observações e métodos diferentes, ao longo do tempo, pode compensar parcialmente as falhas (WASS *et al.*, 2001). Sendo assim, para avaliar o nível individual de competência profissional, uma

avaliação multifacetada e complexa deve ser realizada, de preferência como parte integrada do currículo e usando uma mistura de métodos (FLUM *et al.*, 2015). O conteúdo, o formato e a frequência da avaliação, bem como o momento e a maneira do *feedback*, devem ser guiados pelos objetivos do Programa da residência médica, sempre tendo em vista quais as competências estão sendo avaliadas.

O treinamento baseado em competências tem sido considerado um importante fator de desenvolvimento na educação médica. Em comparação com os programas de educação tradicional, a formação baseada em competências visa orientar os resultados, analisar os papéis e avaliar o progresso dos alunos (IGLAR; WHITEHEAD; TAKAHASHI, 2013). Buscando homogeneizar a formação e garantir a qualidade dos egressos, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) publicou o Currículo Baseado em Competências para MFC o qual traz a definição dos requisitos essenciais esperados de um residente ao final de seu processo de formação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2014).

Pode-se destacar também guias internacionais como ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) Milestones e CanMEDS (*Canadian Medical Education Directions for Specialists*) Framework (COSTA *et al.*, 2018). O ACGME por meio do *Outcome Project* elencou seis competências principais, com diferentes marcos de desenvolvimento, os quais os residentes precisam adquirir na sua formação (HOLMBOE; EDGAR; HAMSTRA, 2016). Já, CanMEDS se organiza em sete grupos temáticos de competência e em 2009 foi elaborado o CanMEDS-*Family Medicine* com ações e competências voltadas para a Medicina de Família a fim de melhorar os cuidados prestados a sociedade (TANNENBAUM, 2009).

George Miller propôs, em 1990, a avaliação das competências clínicas a partir de quatro níveis de progresso: saber, saber como fazer, mostrar como faz e fazer; ilustrados pela “Pirâmide de Miller” (Figura 1), a qual é utilizada em muitas escolas médicas nacionais e internacionais para nortear os processos de avaliação (MILLER, 1990).

Figura 1- Pirâmide Miller, com os quatro níveis de progresso das competências clínicas.



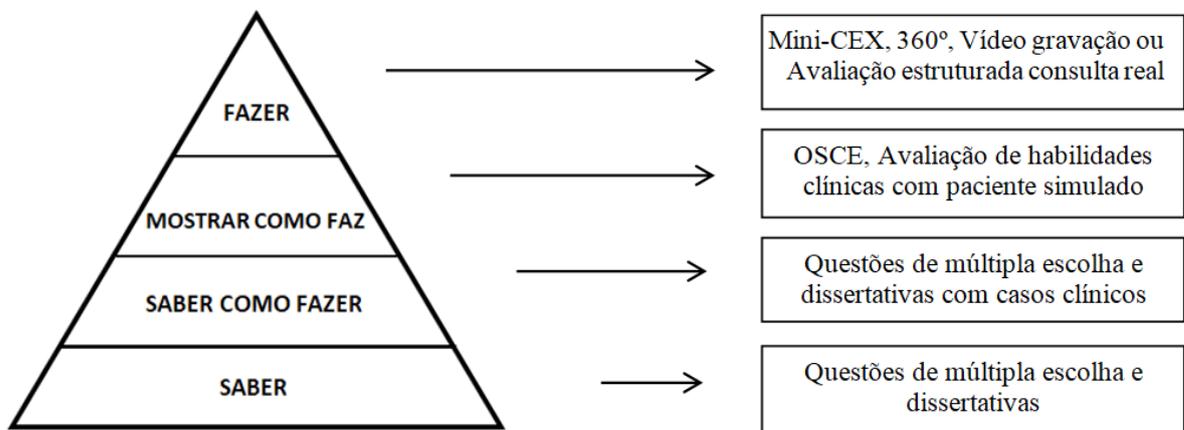
Fonte: MILLER, 1990.

Na base da pirâmide está o componente do “saber”, seguida de “saber como fazer”. Os dois itens são competências adquiridas pelo domínio cognitivo, enquanto “mostrar como faz” e “fazer” são domínios práticos. Para cada nível de progresso há um processo avaliativo que mais se enquadra para uso. O “saber”, mais relacionado à parte teórica, pode ser avaliado com provas de múltipla escolha e com questões dissertativas. Os mesmos processos avaliativos podem ser usados para o “saber como fazer”, porém, como neste nível o conhecimento engloba uma parte de aplicabilidade do saber recomenda-se que o teste contenha casos clínicos e situações que avalie o aluno quanto ao conhecimento para a tomada de decisões e para a solução de problemas. No terceiro degrau da Pirâmide de Miller está a competência “mostrar como faz” que corresponde à avaliação de habilidades práticas, para esta avaliação pode ser realizada a observação direta da consulta com pacientes simulados ou em laboratório de habilidades clínicas, e também através do OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*). Vale ressaltar que estas avaliações ocorrem com a observação direta pelo examinador, enquanto o aluno realiza tarefas clínicas que lhe foram solicitadas, ou que sejam pertinentes à situação clínica proposta (PANÚNCIO-PINTO; TRONCON, 2014).

No topo da pirâmide está a competência do “fazer” que corresponde ao exercício prático da clínica, englobando as demais competências, já citadas na pirâmide, com maior autonomia, mas podendo ainda estar sob supervisão. Para esta avaliação da prática profissional, uma variedade de métodos pode ser aplicado como avaliações de exames físicos, preenchimento dos prontuários, prescrições, pedidos de exames e encaminhamentos; auditorias clínicas

avaliando o desempenho com análise de desfechos ou verificação dos indicadores da área de abrangência que o aluno esteja inserido e também através do uso do instrumento como o Mini-CEX (*Mini-Clinical Evaluation Exercise*), vídeo gravação de consulta ou da Avaliação 360° (WASS *et al.*, 2005; UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2008). Desta maneira pode-se fazer uma relação entre os níveis de competências alcançados de acordo com a Pirâmide de Miller e os processos avaliativos que poderão ser utilizados em cada nível (Figura 2).

Figura 2- Relação dos quatro níveis de progresso das competências clínicas da Pirâmide Miller com processos avaliativos.



Fonte: Miller (1990) modificado pelos autores com introdução de processos avaliativos correspondentes.

Os educadores devem ter em mente o impacto da avaliação sobre o ensino, os possíveis efeitos não intencionais e as limitações de cada método, com a percepção de onde seus alunos estão indo bem e onde precisam de orientações adicionais. O papel do observador docente requer treinamentos em diversos aspectos do ensino-aprendizagem (PANÚNCIO-PINTO; TRONCON, 2014) incluídos no seu fazer de avaliar um portfólio reflexivo, uma avaliação formativa num grupo focal, ou mesmo do conhecimento e da aplicabilidade de testes e *checklists* de observações da consulta, como no caso no Mini-CEX, ou de estações do OSCE.

Um estudo avaliou as diferentes modalidades e métodos de avaliação do treinamento em Medicina de Família em cinco países europeus e foi percebido que os métodos avaliativos diferem notavelmente em todos os países pesquisados (FLUM *et al.*, 2015). Isso não é diferente no Brasil, onde não existem padrões uniformes de avaliação para os residentes em MFC. Embora uma série de ferramentas existentes possa ser usada para avaliar a

comunicação médico-paciente, sua adequação para avaliar as habilidades globais de comunicação, na prática do dia a dia, independentemente do conteúdo da consulta, é limitada (BURT *et al.*, 2014). Outro ponto importante é que a maioria dos instrumentos de avaliação de competências e de comunicação, presentes na literatura atual, não é validado na língua portuguesa (CAMPOS; RIOS, 2018) e muitos PRMFC fazem a tradução livre dos instrumentos e adaptações para uso nas instituições.

Diante disso, as avaliações dos médicos residentes requerem instrumentos que cumpram o papel avaliativo (*check-list*, questionários, gravações, como exemplos), metodologias que o aluno deve ter experiências completadas com a presença de um observador docente (tutor, coordenador, preceptor) que o avaliará e dará *feedback* do seu trabalho, assim como uso de provas de múltipla escolha e questão dissertativa executadas no meio educacional. Cabe ao preceptor envolver ativamente o aluno na situação clínica; enfatizar a abordagem de resolução de problemas; coordenar atividades clínicas e de ensino e demonstrar competência como médico e profissional; utilizar uma abordagem organizada com esclarecimentos sobre os objetivos de aprendizado; e dar aos estudantes um *feedback* contínuo, incluindo avaliações sobre o seu desempenho (BURT *et al.*, 2014).

A Resolução nº 1 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 25 de maio de 2015, descreve os Procedimentos de Avaliação, nos artigos 30 ao 33 do documento:

Art. 30. A avaliação do médico residente deve fazer parte de um processo claro, abrangente e transparente, registrado por escrito e no qual podem estar incluídos: I - o acompanhamento sistematizado e cotidiano pelo preceptor de todas as atividades do médico residente, incluindo os atendimentos médicos ambulatoriais nas Unidades, a assistência domiciliar e os grupos; II - a autoavaliação do médico residente e de seus preceptores; III - as avaliações estruturadas de supervisão de consultas e procedimentos; IV - as avaliações do cumprimento de metas previamente combinadas para o período do treinamento; V - a avaliação pela equipe onde o médico residente está inserido quanto ao relacionamento, disponibilidade, postura, atitude e interesse do profissional; VI - a avaliação dos avanços esperados e correção das dificuldades identificadas para cada médico residente; VII - prova escrita com os conteúdos e as competências estabelecidas para cada período; e VIII - trabalho final de conclusão, sob o formato de revisão, monografia, artigo ou auditoria clínica, a critério de cada programa de residência médica.

Art. 31. O processo de avaliação deve permitir que o médico residente avalie os seus preceptores e as condições gerais de seus estágios.

Art. 32. A frequência mínima das avaliações do residente será trimestral.

Art. 33. O desenvolvimento de domínios de competência prévios e/ou essenciais do PRM deverão compor a avaliação específica anual mencionada no art. 9º, parágrafo único, da Lei Nº 12.871/2013 e a avaliação institucional dos programas de Residência Médica, segundo critérios a serem definidos pela

Câmara Técnica Temática de Atenção Básica/Saúde Coletiva da CNRM
(BRASIL, CNRM, 2015, p. 8-9)

Dentre os instrumentos avaliativos que comumente são utilizados no âmbito da formação e qualificação dos profissionais médicos, pode-se destacar: a) *Feedback* estruturado; b) Prova de múltipla escolha e com questões dissertativa; c) Portfólio; d) Análise de gravação de consulta; e) Observação direta estruturada da consulta; f) OSCE (*Objectives Structured Clinical Examination*) e OSLER (*Objectives Structured Long Examination Record*); g) Avaliação 360°; h) Mini-CEX; i) Autoavaliação e j) Auditoria clínica.

a) *Feedback* estruturado

O conceito do *feedback* refere-se à informação fornecida ao descrever e discutir o desempenho do aluno em uma situação avaliada. Ele deve ser assertivo, com comunicação clara, objetiva e direta; respeitoso, pois é considerado um processo compartilhado entre docente e aluno de hierarquias diferentes; descritivo de forma apenas observacional, sem julgamentos; e específico com indicação clara dos comportamentos nos quais o aluno está tendo bom desempenho e aqueles nos quais o aluno pode melhorar.

Dar feedback exige treinamento do processo, habilidade, criação de um ambiente adequado e de uma relação de confiança entre os envolvidos. (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007). Quando ele acontece de forma imediata, após um encontro de pacientes específico e definido, resulta em uma aprendizagem mais profunda e uma melhor compreensão das competências avaliadas (SCHIPPER; ROSS, 2010). É desejável que o *feedback* seja realizado ao final de todos os processos avaliativos, uma vez que ele auxilia o médico residente na percepção dos avanços já alcançados e na correção das dificuldades identificadas.

Como ponto positivo pode-se citar que ele gera uma conscientização valiosa para a aprendizagem, pois ressalta as dissonâncias entre o resultado pretendido e o real, incentivando a mudança; também aponta os comportamentos adequados, motivando o indivíduo a repetir o acerto. (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007). Uma limitação no uso deste recurso é que para o feedback estruturado periódico o preceptor/supervisor precisa realizar uma organização prévia, com dedicação de tempo, analisando suas últimas avaliações para avaliar as necessidades específicas. (IZECKSOHN et al., 2017). A falta de treinamento, o desejo de

não ofender e a vontade de manter a auto-estima dos alunos são outras causas citadas para justificar o pouco uso da estratégia (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007).

b) Prova de múltipla escolha e com questão dissertativa

Teste com questões de múltipla escolha é o método mais aplicado em todo mundo porque proporciona uma verificação ampla de conhecimento, com a possibilidade de um grande número de questões em uma mesma prova. Pode ter caráter classificatório ou determinar a aprovação ou reprovação em um período de aprendizado. Quando as questões são compostas de casos clínicos além de avaliar a parte teórica elas também englobam a avaliação de conhecimento para a tomada de decisões e para a solução de problemas (PANÚNCIO-PINTO; TRONCON, 2014).

Como ponto positivo pode-se citar que não há subjetividade na correção destes testes, já que as respostas seguem um gabarito pré-estabelecido, e também há uma facilidade de correção, podendo ser feita de forma manual ou automatizada. Outra vantagem é o controle adequado das condições de realização do exame, mesmo quando aplicados a grandes números de pessoas e em diferentes locais. O *feedback* ao aluno é imediato após o resultado. A avaliação de múltipla escolha preenche de forma adequada requisitos de validade e de fidedignidade quando estes exames são bem planejados, com questões bem elaboradas (BOLLELA, 2018).

Como ponto negativo pode-se citar que ele se limita a uma avaliação rápida, objetiva de forma somativa, apenas do domínio cognitivo, sem avaliar habilidade de expressão e habilidades práticas do aluno. Neste método um aluno consegue responder a uma questão de maneira correta, sem saber o conteúdo, seja por exclusão das demais respostas ou por uma marcação aleatória assertiva. Ele não se mostra adequado para avaliar situações com múltiplos componentes, pela necessidade de delimitação estreita e precisa das questões (BOLLELA, 2018). Outro ponto dificultador é que a elaboração das questões de múltipla escolha constituiu um processo difícil e complexo, sendo necessária atenção na montagem e na criação das alternativas, com uso de linguagem clara, acessível e sucinta sem resultar em confusão de interpretação (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007).

As questões dissertativas englobam aspectos além da parte teórica e do cognitivo, com avaliação da capacidade reflexiva do estudante e de sua capacidade de expressão. Este método

se mostra mais trabalhoso para a correção porque demanda maior tempo, necessitando de interpretar as respostas seguindo um padrão esperado, fazendo com que o *feedback* ao aluno seja mais demorado (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007).

c) Portfólio

No portfólio, o estudante, por meio de um discurso narrativo irá documentar, registrar e estruturar as suas ações, tarefas e a própria aprendizagem, criando um documento de forma contínua e reflexiva sobre as atividades educacionais vivenciadas (MARIN *et al.*, 2010).

Tal narrativa proporciona uma própria teoria sobre a experiência individual em termos de compreensão de si mesmo e dos outros em uma forma qualitativa de perceber motivação, aspirações, atitudes, crenças e valores que são fundamentais, para descrever fenômenos que envolvem o ser humano. Ao contar suas próprias histórias, mescladas às dos pacientes, cada estudante é estimulado a mobilizar a sua responsabilidade sobre seu processo de aprendizagem nas demandas da sociedade atual para tomar decisões e solucionar problemas. Ele estimula a aprendizagem reflexiva, com avaliação formativa e processual, além de englobar a autoavaliação dos residentes. Diante desta técnica de um portfólio reflexivo, acrescenta-se a importância de um *feedback* estruturado, considerado um complemento imprescindível para qualquer avaliação, visto que irá ressaltar as divergências entre os resultados pretendidos e o alcançado, incentivando mudanças (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007; GARCIA; NASCIMENTO, 2019).

Apesar de todas as vantagens já citadas, há resistência dos alunos e docentes no uso deste método, já que para sua confecção e correção é necessário dispor de uma quantidade considerável de tempo. Outro ponto desafiador é a subjetividade na avaliação, por não ser possível padronizar o resultado esperado; e a dificuldade em definir os critérios para obter aprovação (UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2008).

d) Análise de vídeo gravação de consulta

A experiência com vídeo gravação de consultas, técnica *Problem Based Interview* (PBI), consiste na observação direta estruturada da consulta em sala de aula ou no consultório a partir de consultas clínicas reais filmadas sob o consentimento do paciente. A vídeo gravação

de consultas em grupo, padrão-ouro no ensino-aprendizagem de habilidades de comunicação clínica (verbal e não-verbal), foi criada no Canadá, por Professor Lesser da Universidade *MacMaster* e depois foi levada para Inglaterra como um instrumento da Medicina Centrada na Pessoa. Nesta técnica de avaliação é necessário ter um coordenador que irá manter o foco do objetivo, moderando as participações e a temática escolhida. Os demais participantes devem sempre abrir espaço inicial para a autoavaliação do aluno e depois realizar o *feedback* da situação de forma respeitosa (ZONTA; COUTINHO, 2014).

A análise das gravações de consulta tem se mostrado um recurso adequado para avaliar o ensino das habilidades de comunicação verbal e não-verbal, avaliação das necessidades de aprendizagem, além da possibilidade de revisão mais detalhada posteriormente. O estímulo para autoavaliação e reflexão e o envolvimento dos participantes de maneira mais ativa na solução dos problemas, também é uma vantagem importante. Um ponto negativo é a resistência encontrada para a videogravação da consulta, já que a ideia da observação e filmagem pode assustar os envolvidos. É necessário um ambiente seguro que promova confiança para evitar possíveis constrangimentos. (DOHMS; TIBÉRIO, 2018)

e) Observação direta estruturada da consulta

Neste contexto há escalas já desenvolvidas para avaliar o ensino médico, podendo citar a *Global Consultation Rating Scale* (GCRS), o Guia de *Calgary-Cambridge* e “*A consulta em 7 passos*”. A GCRS para avaliar a habilidade de comunicação médico-paciente entre estudantes de medicina possui boa confiabilidade, visto que os avaliadores (normalmente são três), ao diversificarem as suas observações ajudam em um ajuste confiável (SCHEFFER *et al.*, 2008).

O Guia de *Calgary-Cambridge* que foi criado em 1996, com nova versão em 2003, como parte de uma evolução contínua, com modificações e melhorias à medida que as habilidades de comunicação foram sendo introduzidas e inseridas no currículo médico. O Guia de Habilidades Processuais de Comunicação de *Calgary-Cambridge* divide o espaço da consulta em cinco tarefas sequenciais e duas longitudinais, englobando o início da consulta, coleta de informações, explicação e planejamento, encerramento da consulta, construção da relação e provimento de estrutura (BURT *et al.*, 2014). Uma limitação deste Guia é o fato de ser muito extenso, com avaliação de 71 habilidades principais.

O Guia “A Consulta em 7 passos”, está descrito no livro de mesmo nome publicado em Lisboa, Portugal, em 2008, pelo médico de família Vitor Ramos. É uma estrutura que dividi a consulta em 7 passos distribuídos em 3 fases: Primeira fase corresponde aos primeiros minutos da consulta; segunda fase, contempla a exploração, avaliação e planejamento e a terceira fase avalia o encerramento e reflexão final. Em cada passo espera-se determinada habilidade, atitude e conhecimento do médico. Esse instrumento pode ser usado para nortear as consultas e é o único que em considera sistematicamente as necessidades fisiológicas, emocionais e problemas pessoais do médico envolvido, através de uma autoavaliação, Um ponto negativo é o fato do Guia ser extenso, com 52 itens de avaliação (CAMPOS C.F.C; RIOS I.C, 2018).

De uma maneira geral, os instrumentos de avaliação estruturada parecem ser adequados tanto para os avaliadores quanto para os avaliados, uma vez que pode ser usado como um guia de observação e também como ferramenta de *Feedback*, ampliando as oportunidades de aprendizagem no cenário clínico. Faz-se necessário, para aplicação de qualquer escala, a capacitação e habilitação do corpo docente para trabalhar com os diferentes instrumentos (AMARAL; DOMINGUES; BICUDO-ZEFERINO, 2007). Um ponto negativo é o fato de que não há validação do uso das três escalas, citadas acima, no Brasil, sendo que muitos PRMFC fazem uma tradução livre e adaptação para o seu uso (CAMPOS; RIOS, 2018).

f) OSCE (*Objectives Structured Clinical Examination*) e OSLER (*Objectives Structured Long Examination Record*)

O OSCE é uma avaliação baseada em um roteiro predefinido (*checklist* de tarefas), em que há interação com paciente simulado ou recursos didáticos por meio de estações de avaliação em rodízio. Ele avalia o desempenho do aluno em situações delimitadas, o que exige demonstrar habilidades isoladas de uma consulta e por causa da lista de tarefas passa a mensagem de que a interação médico-paciente pode ser uma lista de ações.

Este método é uma alternativa eficaz para avaliação de casos clínicos curtos e permite a checagem de uma amostra maior de objetivos de aprendizado. No entanto como nem tudo pode ser simulado numa consulta há uma limitação dos problemas que podem ser abordados pelo estudante. Outra característica que dificulta o uso do OSCE é a logística complexa que

demanda um tempo para organização, coordenação dos diversos participantes e treino dos pacientes simulados e avaliadores (UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2008).

O OSLER consiste no aluno realizar uma consulta longa, com ou sem a presença do avaliador, seguidos da avaliação de um ou mais examinadores com um questionário estruturado de 10 itens. Este método garante uma avaliação de forma mais completa das habilidades clínicas. (THORNTON, 2012). A avaliação é baseada numa tarefa bastante autêntica e aproxima-se muito da prática quotidiana dos futuros profissionais, sendo um método relativamente isento de problemas logísticos, uma vez que a sua organização é muito semelhante à prática clínica. Como limitação deste método pode-se citar a fraca validade, quando se avalia apenas um ou dois casos, pois não é possível atingir todas as competências que seriam desejadas. A inclusão de observação direta e o aumento do número de casos longos avaliados por estudante são estratégias para contornar estes problemas e recuperar a credibilidade do método na avaliação clínica (AMARAL; DOMINGUES; BICUDO-ZEFERINO, 2007).

g) Avaliação 360°

Este método é utilizado para avaliar competências gerais do médico residente, baseadas em currículos de residências mundiais. É considerado uma das mais adequadas ferramentas de avaliação de competências. O método tem sua origem na Holanda e é realizado através de questionários estruturados, aplicado em cenários reais de prática, envolvendo o avaliado, os coordenadores, os membros da equipe multiprofissional, os pacientes e seus familiares. O formulário identifica as habilidades na entrevista médica, no exame físico, as qualidades humanísticas/ profissionalismo, o raciocínio clínico, habilidades de orientação; organização/eficiência e competência clínica geral. (FABRICIO, 2017).

O uso da Avaliação 360° permite melhorar o trabalho em equipe, a produtividade, a comunicação e a confiança. Ela é capaz de analisar o profissionalismo, as habilidades interpessoais e de comunicação. Permite a reflexões institucionais que favorecem mudanças estruturais, comportamentais e educacionais. Uma limitação é o fato de o instrumento exigir treinamento do corpo docente, para não promover efeitos negativos indesejados ao ensino; e ter tempo protegido para todos os envolvidos participarem da avaliação. (FABRICIO, 2017).

h) Mini-CEX

Mini-CEX é um instrumento de avaliação formativa realizado através de uma observação direta de um atendimento real do médico em treinamento na prática clínica do dia a dia. Seu objetivo é de avaliar o nível mais alto da pirâmide de Miller, o nível do “faz”. A consulta deve ser focada na necessidade do paciente e com duração média de 15 a 20 minutos, podendo acontecer em vários ambientes, em contextos diferenciados como ambulatório, urgências, Unidade de Terapia Intensiva ou Centro de Saúde (ROGAUSCH *et al.*, 2015).

O professor, através da observação do aluno, irá fazer as anotações de forma estruturada em um formulário que designa as competências em seis domínios: entrevista; exame físico; qualidades humanísticas/profissionalismo; julgamento clínico; aconselhamento e organização/eficiência; e competência clínica geral (PACHLER; COOK; BACHMAIR, 2010). Cada competência é classificada numa escala de *Likert* de 1 a 9 valores (1 a 3 insatisfatório, 4-6 satisfatório, 7-9 superior). O avaliador também registra a data, a complexidade do problema do doente numa escala de 1 a 3, o tipo de consulta, o contexto, o tempo gasto para a consulta e para dar *feedback* ao aluno (UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2008).

Como pontos positivos este método tem a característica de não demandar muito tempo para sua realização e organização, além de não interferir na rotina do serviço e reproduz de forma fidedigna a atuação do profissional em seu local de trabalho (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009). Estas características fazem com que o aluno consiga realizar por várias vezes o Mini-CEX, ao longo do seu período de treinamento, em diversas oportunidades e por professores diferentes, o que faz com que o teste seja mais fidedigno em relação às reais competências adquiridas e evolução do aluno. Há evidências para a confiabilidade e validade do Mini-CEX, no entanto há evidências que ressaltam que devido à sua natureza bastante subjetiva, instrumentos como ele podem ser vulneráveis ao viés dependendo da qualidade dos avaliadores que estão usando a ferramenta (ROGAUSCH *et al.*, 2015).

i) Autoavaliação

A autoavaliação é uma estratégia de ensino importante, não só para preparar o aluno para repensar os resultados de suas próprias ações profissionais, mas também refletir sobre o que aprendeu; como foi preparado para realizar as tarefas; perceber necessidades individuais de aprendizagem; fazer um planejamento para lidar com dificuldades; comparar resultados novos e antigos. Uma autoavaliação do estudante pode ser comparada com o *feedback* que recebeu de seu par e de seu tutor. As próprias habilidades de observar, ouvir atentamente, perguntar e se expressar com clareza, elementos essenciais e indispensáveis também na relação com os pacientes e familiares, possa ser refletida (DOMINGUES; AMARAL; ZEFERINO, 2007).

A habilidade de identificar valores e atitudes pessoais, reconhecendo os próprios pontos fortes e fracos, pode ser desenvolvida, aperfeiçoada e modificada pela educação, sendo considerada essencial para a manutenção e melhoria da proficiência médica, para o bom relacionamento com pacientes e colegas, e para o desenvolvimento da identidade profissional. Um ponto desafiador deste método é que nem os docentes e nem os alunos estão adequadamente preparados para a abordagem de avaliação centrada no aluno (DOMINGUES; AMARAL; ZEFERINO, 2007).

j) Auditoria clínica e trabalho de campo

A auditoria faz parte da governança clínica e visa avaliar se os pacientes estão recebendo a melhor qualidade de atendimento disponível. O ciclo de auditoria envolve cinco etapas: preparação; selecionando os critérios; medindo o nível de desempenho e fazendo melhorias e sustentando melhorias. É essencial avaliar a prática para saber quando é preciso mudá-la. A auditoria fornece a melhor ferramenta disponível para alcançar esse objetivo (BENJAMIN, 2008).

Os residentes, ao ter contato com este processo avaliativo, adquirem capacidade de compreender como obter, manter e melhorar os serviços através de atividade reflexiva no dia a dia. A realização de uma auditoria também pode ajudá-lo na sua própria aprendizagem e compreensão do processo de assistência médica em um campo específico, já que é necessário um grande conhecimento sobre a área a ser auditada, com solidez, nas melhores evidências disponíveis. Também, pode contribuir para construir ou refinar um protocolo clínico. Um dos

fatores que limita o uso deste método avaliativo é que para a realização de um ciclo completo de auditoria se gasta um longo período de tempo (BENJAMIN, 2008).

Na perspectiva da diversidade de métodos avaliativos presentes na literatura e por desconhecer aqueles adotados nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, no Brasil, esta dissertação se propôs a abordar essa temática pela investigação dos PRMFC, da macrorregião Sudeste, a partir dos coordenadores/supervisores dos referidos Programas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar e descrever o processo avaliativo adotado nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, sediados na macrorregião Sudeste do Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade brasileiros quanto à localização geográfica e ao número de vagas autorizadas.
- Identificar os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade ativos em 2018, com residentes em curso na macrorregião Sudeste do Brasil.
- Verificar se os residentes são avaliados pela equipe e pacientes da unidade de saúde e se eles realizam avaliação interpares (do preceptor e coordenador) e do Programa no geral.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Pesquisa documental e de campo, realizada em três etapas: 1. Avaliação documental; 2. Identificação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) ativos em 2018 na região Sudeste do Brasil; e, 3. Pesquisa de campo junto aos coordenadores/supervisores dos Programas ativos, identificados na etapa 2.

A pesquisa de campo, etapa 3, teve delineamento quantitativo, transversal descritivo.

3.2 População e amostra

A população participante da pesquisa de campo, na etapa 3, foi constituída pelos coordenadores/supervisores dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, sediados na macrorregião Sudeste do Brasil. Os dados levantados se referiram aos Programas. Estimou-se 114 Programas de Residência em MFC.

Os critérios de inclusão dos PRMFC foram: cadastrados e autorizados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) até o início de 2018 e sediar na macrorregião Sudeste do Brasil. O critério de exclusão foi não ter residentes em curso, no ano de 2018, ou seja, Programa inativo. A amostra foi de conveniência, ou seja, nenhum cálculo amostral foi conduzido para seleção de amostra aleatória.

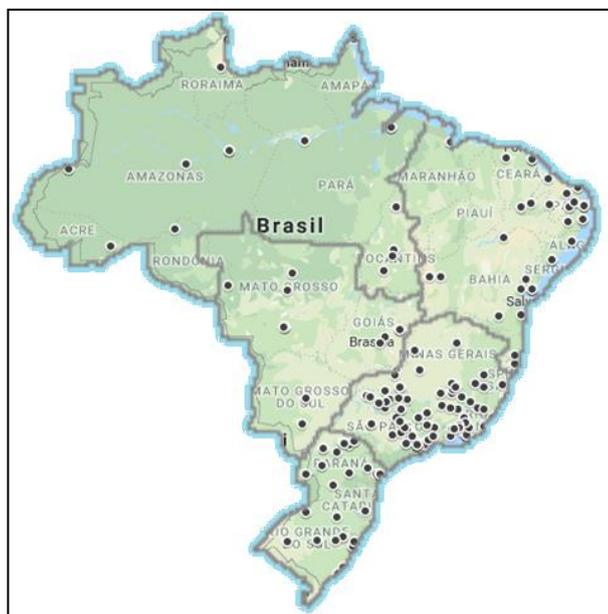
3.3 Instrumento e processo de coleta de dados

A primeira etapa do estudo trata-se de pesquisa documental. Ela foi realizada a partir de um documento fornecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no início do ano de 2018. O documento listava todos os PRMFC cadastrados no Brasil, com o nome do coordenador, contato da Instituição e o número de vagas autorizadas para residentes do primeiro ano (R1) e do segundo ano (R2). Deste documento foram excluídos os Programas

que estavam em duplicidade de informação e foram extraídos dados para a listagem final: nome das Instituições que os PRMFC estão vinculados e contatos, nomes dos coordenadores cadastrados no sistema da CNRM e o número de vagas autorizadas em cada PRMFC. A partir desses dados foi realizada a análise documental com o panorama geográfico dos PRMFC (macrorregião brasileira e Unidade Federativa - UF) e a quantidade de vagas autorizadas, por macrorregião e UF.

A segunda etapa foi de identificação dos PRMFC ativos ou não, em 2018, na região Sudeste do Brasil. Constituiu de contato telefônico e/ou por e-mail com todas as Instituições/Programas desta referida região a qual foi escolhida para o estudo devido a sua importância no contexto brasileiro, pelo maior número de Programas e de vagas autorizadas para R1; cadastrados na CNRM até o início de 2018 (Figura 3) e foi fundamentado no documento avaliado na primeira etapa do atual estudo.

Figura 3- Georreferenciamento dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Brasil, 2018, Grupo de Trabalho de Ensino, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Fonte: <https://drive.google.com/open?id=1sW3WODIGpXx0z7WUHAqpXFfzR5-FR8Jk&usp=sharing>, acesso em 17 de fevereiro de 2019.

Na segunda etapa, levantou-se o seguinte dado: programa ativo (sim ou não); para ‘sim’ foi considerado o critério de ter residentes em curso, no ano de 2018. Durante o contato com as Instituições/Programas também foi solicitado informações cadastrais para confirmação/atualização do nome do coordenador/supervisor do PRMFC, telefone de contato e/ou e-mail contidos na lista fornecida pela CNRM. Na dificuldade de contato por telefone com as Instituições, outras fontes de informações foram utilizadas para se obter o contato dos coordenadores/supervisores, como na *homepage* das Instituições.

A terceira etapa, que se refere à pesquisa de campo, com delineamento transversal descritivo, investigou o processo avaliativo adotado nos PRMFC ativos da macrorregião Sudeste, com residentes em curso no ano de 2018 do primeiro e/ou segundo ano de residência. Para essa etapa, os participantes da pesquisa foram coordenadores/supervisores dos Programas, mas as informações analisadas se referiram aos PRMFC.

A abordagem dos participantes da pesquisa foi por e-mail e telefone, com envio de um questionário *online*, onde o coordenador/supervisor do PRMFC teve acesso ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e ao instrumento de coleta de dados. O contato foi efetuado, por pelo menos três tentativas, e nos casos de aceitação ao convite de participação na pesquisa, foram pactuados prazos para a devolução do questionário respondido.

O instrumento de coleta de dados foi autoaplicado, desenvolvido pelos próprios pesquisadores (Apêndice A). O questionário contém cinco partes: Caracterização do Programa de Residência, Perfil do coordenador, Preceptor, Processo avaliativo dos médicos residentes e Processo avaliativo externo e interpares. A parte 1 contempla as seguintes variáveis: Nome do programa, cidade, estado, ano da criação, vinculação, número de vagas autorizadas e oferecidas de R1 e número total de residentes no PRMFC. A parte 2 consta das variáveis: sexo, formação, tempo em meses como coordenador de Programa de Residência em MFC, experiência em ESF e informação sobre adicional no salário para desempenhar a função de coordenador. A parte 3 contempla os dados do número de preceptores, formação, tipo de supervisão e informação sobre adicional no salário para desempenhar a função de preceptor. A parte 4 consta das variáveis: informações dos processos avaliativos adotados pelo Programa, a frequência e as competências por eles avaliadas. A parte 5 contempla o processo avaliativo externo, pela equipe de saúde e usuários da unidade; e interpares, como avaliação do preceptor, do coordenador e avaliação geral do Programa. Cabe esclarecer que esta

dissertação apresenta parte dos resultados do questionário, com enfoque nos processos avaliativos adotados nos Programas (Parte 4 e 5).

Diferentes métodos/instrumentos avaliativos compuseram o questionário, uma vez que não existe um padrão para avaliar residentes em MFC e também tendo como base que para avaliar o nível individual de competência profissional, uma avaliação multifacetada e complexa deve ser realizada, de preferência como parte integrada do currículo e usando uma mistura de métodos (FLUM *et al.*, 2015). A escolha dos procedimentos de avaliação também se fundamentou na Resolução nº 1/2015, da Secretaria de Educação Superior, a qual “regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2”. A seção ‘Dos procedimentos de avaliação’ legisla que a avaliação deve ser em processo claro e abrangente, e que deve ser registrado em documento físico (Quadro 1) (BRASIL, 2015a).

Quadro 1- Procedimentos de avaliação da Resolução Nº 1 de 2015 da CNRM* que fundamentaram parte do questionário da pesquisa de campo conduzida com coordenadores/supervisores dos Programas.

Procedimentos de avaliação Art. 30 a 32	Variáveis Instrumentos de avaliação e outros
<i>“Art. 30. A avaliação do médico residente deve fazer parte de um processo claro, abrangente e transparente, registrado por escrito (...)</i>	
<i>I - o acompanhamento sistematizado e cotidiano pelo preceptor de todas as atividades do médico residente, incluindo os atendimentos médicos ambulatoriais nas Unidades, a assistência domiciliar e os grupos;</i>	- Portfólio - Feedback estruturado
<i>II - a autoavaliação do médico residente e de seus preceptores;</i>	-Autoavaliação - Avaliação Interpares
<i>III - as avaliações estruturadas de supervisão de consultas e procedimentos;</i>	- Análise de gravação de consulta - Observação direta estruturada da consulta - Mini-CEX*
<i>IV - as avaliações do cumprimento de metas previamente combinadas para o período do treinamento;</i>	- OSCE* -OSLER*
<i>V - a avaliação pela equipe onde o médico residente está inserido quanto ao relacionamento, disponibilidade, postura,</i>	-Avaliação 360° - Avaliação externa pela equipe de saúde e

<i>atitude e interesse do profissional;</i>	pelos usuários da unidade
<i>VI - a avaliação dos avanços esperados e correção das dificuldades identificadas para cada médico residente;</i>	- <i>Feedback</i> estruturado
<i>VII - prova escrita com os conteúdos e as competências estabelecidas para cada período;</i>	- Prova de múltipla escolha - Prova com questões dissertativas
<i>VIII - trabalho final de conclusão, sob o formato de revisão, monografia, artigo ou auditoria clínica, a critério de cada programa de residência médica.</i>	- Auditoria Clínica e Trabalho de campo
<i>Art. 31. O processo de avaliação deve permitir que o médico residente avalie os seus preceptores e as condições gerais de seus estágios.</i>	- Avaliação Inter pares (preceptor, coordenador e avaliação geral do Programa)
<i>Art. 32. A frequência mínima das avaliações do residente será trimestral”.</i>	- Frequência das avaliações

* CNRM: COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA; Mini-CEX: *Mini - Clinical Evaluation Exercise*; OSCE: *Objective Structured Clinical Examination*; OSLER: *Objectives Structured Long Examination Record*

Com a finalidade de testar o instrumento de coleta de dados e efetuar possíveis ajustes metodológicos, foi conduzido um pré-teste com cinco *expertises* na área de formação e com ampla atuação em Residência de Medicina de Família e Comunidade. Eles avaliaram a pertinência das questões e do conteúdo.

3.4 Análise estatística

Os dados coletados junto aos coordenadores/supervisores dos PRMFC foram submetidos ao tratamento estatístico no Programa IBM SPSS versão 22.0. Foi realizada a análise estatística descritiva utilizando medidas de tendência central e de separatrizes para o número de vagas ofertadas nos PRMFC e pelo cálculo de frequências absolutas e proporções.

3.5 Aspectos éticos

A pesquisa conta com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Unimontes, em respeito à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, parecer nº 2.474.161 (Anexo A). Foi garantido o anonimato das informações aos coordenadores/supervisores dos PRMFC, que concordaram na participação pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4 PRODUTO CIENTÍFICO

De acordo com as normas do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual de Montes Claros, serão apresentados os resultados em formato de artigo científico. O artigo “Processo Avaliativo na Formação dos Residentes em Medicina de Família e Comunidade” será formatado segundo as normas da “Revista Interface - comunicação, saúde, educação” – Qualis Capes interdisciplinar A2.

4.1 Artigo

Título:

Processo Avaliativo na Formação dos Residentes em Medicina de Família e Comunidade

Assessment process in the Training of Residents in Family and Community Medicine

Proceso de evaluación en la Formación de los Residentes en Medicina de Familia y Comunidad

Resumo

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde depende da formação de especialistas em cuidados primários. Este artigo tem como objetivo identificar e descrever os processos avaliativos adotados nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), sediados na macrorregião Sudeste do Brasil. O estudo ocorreu pela identificação dos PRMFC no Brasil e pesquisa de campo junto aos coordenadores/supervisores dos Programas do Sudeste, ativos no ano de 2018. Os resultados apontaram que *Feedback* estruturado, Prova de múltipla escolha, Observação direta estruturada da consulta e Autoavaliação apresentaram maior aderência nos PRMFC. Mais de 40% dos PRMFC criaram um instrumento próprio de avaliação. A avaliação externa dos residentes, por parte da equipe de profissionais e dos usuários, é pouco utilizada. Destaca-se como ponto positivo o uso de diferentes instrumentos avaliativos, somativos e formativos. Como ponto a fortalecer, sugere-se incorporar avaliação externa dos residentes e validar instrumentos gerados no âmbito dos PRMFC.

Palavras-chave: Avaliação Educacional. Educação Médica. Internato e Residência. Medicina de Família e Comunidade

Abstract

Strengthening Primary Health Care depends on the training of primary care specialists. This article aims to identify and describe the evaluation processes adopted in the Family and

Community Medicine Residency Programs (PRMFC), based in the southeastern macroregion of Brazil. The study was carried out by the identification of PRMFCs in Brazil and field research with the coordinators / supervisors of the Southeast Programs, active in the year 2018. The results indicated that Structured Feedback, Multiple Choice Test, Structured Direct Query Observation and Self-Assessment presented greater adherence in the PRMFC. More than 40% of the MLRMs have created their own evaluation instrument. The external evaluation of the residents, by the team of professionals and the users, is little used. The positive point is the use of different evaluative, formative and formative instruments. As a point to be strengthened, it is suggested to incorporate external evaluation of the residents and to validate instruments generated within the scope of the PRMFC.

Keywords: Educational Measurement. Education, Medical. Internship and Residency. Family Practice

Resumen

El fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud depende de la formación de especialistas en cuidados primarios. Este artículo tiene como objetivo identificar y describir los procesos evaluadores adoptados en los Programas de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad (PRMFC), con sede en la macrorregión Sudeste de Brasil. El estudio se produjo por la identificación de los PRMFC en Brasil e investigación de campo junto a los coordinadores / supervisores de los Programas del Sudeste, activos en el año 2018. Los resultados apuntan que Feedback estructurada, Prueba de múltiple elección, Observación directa estructurada de la consulta y Autoevaluación presentaron mayor adherencia en los PRMFC. Más del 40% de los PRMFC crearon un instrumento propio de evaluación. La evaluación externa de los residentes, por parte del equipo de profesionales y de los usuarios, es poco utilizada. Se destaca como punto positivo el uso de diferentes instrumentos evaluativos, somativos y formativos. Como punto a fortalecer, se sugiere incorporar evaluación externa de los residentes y validar instrumentos generados en el marco de los PRMFC.

Palabras clave: Evaluación Educativa. Educación Médica. Internado y Residencia. Medicina de Familia y Comunidad

Introdução

Avaliação, dentro do contexto educacional, é um termo que abrange qualquer atividade em que a evidência de aprendizagem é obtida, de forma planejada e sistemática. Ela é utilizada para emitir um parecer sobre a aprendizagem, levando a uma melhora no ganho de conhecimentos e aperfeiçoamento profissional¹. A avaliação pode ser formativa ou somativa. Formativa é toda prática de avaliação contínua que pretende contribuir para melhorar a aprendizagem em curso, promovendo a reflexão e orientando o aprendiz futuro². A modalidade somativa faz um julgamento geral sobre competência para a qualificação e é feita de forma pontual, geralmente ocorre ao fim de um ciclo educacional³.

Todos os métodos de avaliação têm pontos fortes e falhas. O uso de múltiplas observações e métodos diferentes, ao longo do tempo, pode compensar parcialmente as falhas⁴. Sendo assim, para avaliar o nível individual de competência profissional, uma avaliação multifacetada e complexa deve ser realizada, de preferência como parte integrada do currículo e usando uma mistura de métodos⁵. No processo ensino-aprendizagem de formação médica, entre os desafios enfrentados destaca-se a avaliação no âmbito da Residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

A avaliação incorporada no processo de aprendizagem contribui para o crescimento dos estudantes/residentes e professores/preceptores, da área médica. Isso faz da avaliação, não um processo punitivo e unidirecional, mas uma oportunidade de rever o modo como cada um vem se colocando frente às situações de aprendizagem e que outras oportunidades são necessárias para construir o conhecimento que se deseja. Para tanto, o processo avaliativo deve ser visto como mais uma estratégia de aprendizagem e visar o crescimento do aprendiz. Deve tomar como referência as competências profissionais a serem adquiridas e não se restringir ao resultado do desempenho. E a partir desse resultado projetam-se estratégias, que favorecerão o desenvolvimento das competências necessárias ao exercício do trabalho⁶ como no espaço de atenção à saúde da família.

Os espaços de integração ensino-serviço, nos quais possibilitam o diálogo entre trabalho e educação, assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro, no dia a dia do cuidado. São espaços de cidadania, onde profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo⁷. Assim, a avaliação dos residentes em MFC requer: uso de instrumentos diversos (*checklists*, questionários, gravações, como exemplos) e de metodologias que permitam ao aluno ter experiências de

prática profissional, na presença de um observador docente (tutor, coordenador, preceptor). Cabe ao médico preceptor, envolver ativamente o aluno na situação clínica; enfatizar a abordagem de resolução de problemas; coordenar atividades clínicas e de ensino e demonstrar competência como médico e preceptor; utilizar uma abordagem organizada com esclarecimentos sobre os objetivos de aprendizado; e dar aos estudantes um *feedback* contínuo, incluindo avaliações sobre o seu desempenho⁸.

Essa concepção implica em construir uma nova cultura para a avaliação, enquanto estratégia de realização de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções que subsidiem as políticas de redimensionamento do processo educativo, que irão impactar na qualidade da formação profissional. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) recomendou requisitos de avaliação para residentes em MFC⁹, no entanto, não padronizou os métodos a serem adotados no País. Sendo assim, até o atual momento não existe um processo avaliativo padrão nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), no Brasil. A carência de publicações sobre o tema gera desconhecimento sobre como ocorre o processo avaliativo nos referidos Programas.

Diante da importância de investigar o processo avaliativo na formação médica, este artigo tem como objetivo descrever e analisar o processo avaliativo adotado nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, sediados na macrorregião Sudeste do Brasil.

Metodologia

O atual estudo foi desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), em rede nacional brasileira. Envolveu três etapas: 1. Avaliação documental; 2. Identificação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) ativos em 2018 e, 3. Pesquisa de campo junto aos coordenadores/supervisores dos Programas ativos, identificados na etapa 2.

A primeira etapa trata-se de pesquisa documental. Ela foi realizada a partir de um documento fornecido pela CNRM, no início do ano de 2018, contendo lista dos PRMFC cadastrados no Brasil. Desse documento excluíram-se os Programas em duplicidade e foram extraídos os seguintes dados: nome das Instituições que os PRMFC estão vinculados e contatos, nomes dos coordenadores cadastrados no sistema da CNRM e o número de vagas autorizadas em cada PRMFC para residentes do primeiro ano (R1) e do segundo ano (R2). A análise documental propiciou descrever o panorama geográfico dos PRMFC (macrorregião

brasileira e Unidade Federativa - UF) e a quantidade de vagas autorizadas, por macrorregião e UF.

A segunda etapa, para identificação dos PRMFC ativos ou não, em 2018, constituiu de contato telefônico e/ou por e-mail com todas as Instituições/Programas da macrorregião Sudeste do Brasil. Essa região foi escolhida para o atual estudo, dada a sua importância no contexto brasileiro, pelo maior número de Programas e de vagas autorizadas para R1; cadastrados na CNRM até o início de 2018. Nessa etapa, levantou-se o seguinte dado: Programa ativo (sim ou não); para ‘sim’ foi considerado o critério de ter residentes R1 e/ou R2, no ano de 2018. Durante o contato com as Instituições/Programas também foi solicitado informações cadastrais para confirmação/atualização do nome do coordenador/supervisor do PRMFC, telefone de contato e/ou e-mail contidos na lista fornecida pela CNRM. Na dificuldade de contato por telefone com as Instituições, outras fontes de informações foram utilizadas para se obter o contato dos coordenadores/supervisores, como na *homepage* das Instituições.

A terceira etapa, que se refere à pesquisa de campo, com delineamento quantitativo, transversal descritivo, investigou o processo avaliativo adotado nos PRMFC ativos da macrorregião Sudeste, por meio de informações prestadas pelos coordenadores/supervisores dos referidos Programas. Os critérios de inclusão dos PRMFC foram: estar cadastrados e autorizados pela CNRM até o início de 2018 e estar sediado na macrorregião Sudeste do Brasil. Os critérios de exclusão foram: não ter residentes em cursos, no ano de 2018, ou seja, Programa inativo e os que não foram possíveis contatar na etapa 2 da pesquisa.

A abordagem dos participantes da pesquisa foi por e-mail e telefone, com envio de um questionário *online* ou presencial, onde o coordenador/supervisor do PRMFC teve acesso ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O contato foi efetuado, por pelo menos três tentativas, e nos casos de aceitação ao convite de participação na pesquisa, foram pactuados prazos para a devolução do questionário respondido.

O instrumento de coleta de dados foi autoaplicado, desenvolvido pelos próprios pesquisadores e incluiu as seguintes variáveis: instrumentos/métodos avaliativos adotados nos Programas (prova de múltipla escolha, prova com questão dissertativa, portfólio, *feedback* estruturado, análise de gravação de consulta, observação direta estruturada da consulta, *Objectives Structured Clinical Examination* – OSCE, *Objectives Structured Long Examination Record* – OSLER, avaliação 360°, mini-CEX, autoavaliação, auditoria clínica ou trabalho de campo e, espaço para descrever outros métodos porventura utilizados nos Programas); frequência de uso dos métodos avaliativos; processo avaliativo externo

(avaliação do residente médico a partir da equipe de saúde e dos usuários dos serviços de saúde), e processo avaliativo interpares (avaliação do preceptor, do coordenador e do Programa no geral, a partir dos residentes). As opções de respostas para instrumentos/métodos avaliativos foram: o Programa adota ocasionalmente, adota obrigatoriamente e não adota.

Diferentes instrumentos/métodos avaliativos compuseram o questionário, uma vez que não existe um padrão para avaliar residentes em MFC. Também, tendo como base que para avaliar o nível individual de competência profissional, uma avaliação multifacetada e complexa deve ser realizada, de preferência como parte integrada do currículo e usando uma mistura de métodos⁵. A escolha dos procedimentos de avaliação também se fundamentou na Resolução nº 1/2015, da Secretaria de Educação Superior, a qual “regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2”. A seção ‘Dos procedimentos de avaliação’ legisla que a avaliação deve ser em processo claro e abrangente, e que deve ser registrado em documento físico⁹. Com a finalidade de testar o instrumento de coleta de dados e efetuar possíveis ajustes metodológicos, foi conduzido um pré-teste com cinco *expertises* na área de formação e com atuação ampla em Residência de Medicina de Família e Comunidade. Eles avaliaram a pertinência das questões e do conteúdo.

Os dados coletados junto aos coordenadores/supervisores dos PRMFC foram submetidos ao tratamento estatístico no Programa IBM SPSS versão 22.0. Foi realizada a análise estatística descritiva utilizando medidas de tendência central e de separatrizes para o número de vagas ofertadas nos PRMFC e pelo cálculo de frequências absolutas e proporções.

A pesquisa conta com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Unimontes, em respeito à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, parecer nº 2.474.161. Foi garantido o anonimato das informações aos coordenadores/supervisores dos PRMFC, que concordaram na participação pelo Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Detectou-se na etapa 1, de avaliação de documento da CNRM, que todas as macrorregiões brasileiras são contempladas por PRMFC, totalizando 264 Programas no país em 2018, com autorização de 2.919 vagas. A região Sudeste é a que apresenta maior concentração de Programas (114/43,2%) e de número de vagas autorizadas (1.251/42,9%), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Programas de Residências em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e vagas autorizadas para residentes do primeiro ano (R1), conforme macrorregiões brasileiras, 2018.

	PRMFC	Vagas autorizadas R1
Macrorregião brasileira	n (%)	n (%)
Centro Oeste	15 (5,7)	154 (5,3)
Nordeste	53 (20,1)	722 (24,7)
Norte	17 (6,4)	162 (5,5)
Sudeste	114 (43,2)	1.251 (42,9)
Sul	65 (24,6)	630 (21,6)
Brasil	264 (100,0)	2.919 (100,0)

Fonte: dados fornecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Ainda, na avaliação documental, foi constatado na região Sudeste, que os estados de São Paulo (SP) e de Minas Gerais (MG) são os que sediam o maior número de Programas, 48 e 39, respectivamente. Sobre as vagas autorizadas para R1 por Unidade Federativa (UF), em São Paulo (SP) são 556 (44,4%) e em MG 344 (27,5%) vagas, conforme demonstrado na tabela 2.

Na etapa 2 da pesquisa, que tratou da identificação de Programas ativos em 2018, dos 114 PRMFC, sediados na macrorregião Sudeste, não foi conseguido contato telefônico ou por e-mail com três. Dentre as 111 instituições contatadas, 74 (66,7%) informaram estar com os PRMFC ativos, com residentes em curso e 37 (33,3%) inativos, sem residentes em curso. Dos 74 Programas, potenciais participantes na etapa 3 da pesquisa, 51 (68,9%) PRMFC fizeram a devolutiva do questionário preenchido sobre processo avaliativo.

A maior participação na etapa 3 da pesquisa, foi de Residências localizadas no estado de São Paulo (37,3%). Todas as Residências ativas no estado do Espírito Santo (n=7) participaram (Tabela 2).

Tabela 2- Descrição dos Programas de Residências em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) por vagas autorizadas para primeiro ano (R1), em atividade 2018 e participantes da pesquisa conforme Unidade Federativa da macrorregião Sudeste. Brasil.

UF	PRMFC*	Vagas Autorizadas R1*	PRMFC ativo em 2018**	PRMFC pesquisados***
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Minas Gerais	39 (34,2)	344 (27,5)	24 (32,4)	17 (33,3)
Rio de Janeiro	19 (16,7)	275 (22,0)	14 (18,9)	8 (15,7)
São Paulo	48 (42,1)	556 (44,4)	29 (39,2)	19 (37,3)
Espírito Santo	8 (7,0)	76 (6,1)	7 (9,5)	7 (13,7)
Total	114 (100,0)	1251 (100,0)	74 (100,0)	51 (100,0)

* Dados fornecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica, em 2018 (Etapa 1 da pesquisa).

**Informação obtida via telefone e/ou e-mail com Instituição/Programa (Etapa 2 da pesquisa).

***Programas pesquisados sobre processo avaliativo (Etapa 3 da pesquisa).

Os resultados que seguem dizem respeito à etapa 3 da pesquisa, com participação de 51 PRMFC, que ofertam de uma a 150 vagas para médicos residentes, sendo a média 11,9 com desvio padrão de 22,88 e mediana cinco.

Todos os PRMFC realizam avaliação dos residentes. A avaliação ocorre em diferentes formatos e os instrumentos/métodos são aplicados, ocasionalmente ou obrigatoriamente, no âmbito dos Programas. Eles adotam, como avaliação obrigatória, uma média de 5,80 ($\pm 2,088$) tipos de avaliações. Dentre os métodos avaliativos aplicados, de forma obrigatória, destacam-se o *Feedback* estruturado (74,5%), a Autoavaliação (74,5%), a Prova de múltipla escolha (64,7%) e a Observação direta estruturada da consulta (64,7%). Nessa mesma ordem, eles são aplicados, ocasionalmente, para 15,7%, 11,8%, 15,7% e 21,6% dos Programas. A grande maioria dos Programas não realiza OSLER (94,1%), OSCE (62,7%), Auditoria Clínica (62,7%) e Portfolio (58,8%), conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3- Descrição dos instrumentos/métodos avaliativos adotados nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Macrorregião Sudeste, Brasil, 2018.

Instrumentos/Métodos Avaliativos	O Programa adota		
	Sim		Não
	Ocasional n (%)	Obrigatório n (%)	n (%)
Prova de múltipla escolha	8 (15,7)	33(64,7)	10 (19,6)
Prova com questão dissertativa	8 (15,7)	28 (54,9)	15 (29,4)
Portfólio	5 (9,8)	16 (31,4)	30 (58,8)
<i>Feedback</i> estruturado	8 (15,7)	38 (74,5)	5 (9,8)
Análise de gravação de consulta	12 (23,5)	13 (25,5)	26 (51,0)
Observação direta estruturada da consulta	11 (21,6)	33 (64,7)	7 (13,7)
OSCE (<i>Objectives Structured Clinical Examination</i>)	10 (19,6)	9 (17,6)	32 (62,7)
OSLER (<i>Objectives Structured Long Examination Record</i>)	2 (3,9)	1 (2,0)	48 (94,1)
Avaliação 360°	13 (25,5)	11 (21,6)	27 (52,9)
Mini-CEX	10 (19,6)	16 (31,4)	25 (49,0)
Autoavaliação	6 (11,8)	38 (74,5)	7 (13,7)
Auditoria clínica ou trabalho de campo	9 (17,6)	10 (19,6)	32 (62,7)
Outros?	3 (5,9)	13 (25,5)	35 (68,6)

Dos Programas avaliados, em 16 (31,4%) são usados ‘outros’ instrumentos descritos na literatura, para avaliar o médico residente. Entre os quais foram citados: *Consultation Observation Tool* (COT), Escala de *Calgary Cambridge*, Avaliação de competências da SBMFC e Teste de *Kolb*.

Quase metade dos Programas (45,1%) criou o seu próprio instrumento de avaliação, contendo quesitos acerca do desenvolvimento de habilidades cognitivas, práticas e atitudinais, tais como, atitudes éticas e habilidade de abordagem centrada na pessoa. Foi citada, também,

a criação de avaliação formativa em planilha no *Excel*, *checklist* ou em aplicativo de celular e a criação de um questionário estruturado para *feedback* de apresentações orais. A grande maioria dos Programas (90,2%) utiliza o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de MFC para guiar os processos avaliativos dos residentes. No que diz respeito à frequência das avaliações aplicadas aos residentes, obteve-se respostas válidas para 45 PRMFC. Desses, 15,6% afirmaram que realizam os métodos avaliativos com frequência maior do que a trimestral, com destaque para as periodicidades quadrimestral, semestral e anual.

Quanto à avaliação externa do residente, em 15 Programas (29,4%) a equipe de profissionais da Unidade de saúde não participa da avaliação, enquanto em 23 Programas (45,1%) a equipe participa, ocasionalmente, da avaliação do residente e em 13 (25,5%) foi adotada essa avaliação como obrigatória. Os usuários dos serviços da Unidade de saúde avaliam os residentes, ocasionalmente, em 15 Programas (29,4%) e obrigatoriamente em seis Programas (11,8%); em contramão, 30 Programas não adotam esse tipo de avaliação externa (58,8%).

Na avaliação interpares, a partir dos residentes, verificou-se que a maioria dos Programas adota a avaliação, de forma sistemática e obrigatória, da preceptoria recebida e do Programa de uma forma geral. Entretanto, a avaliação de coordenadores, por parte dos residentes, não ocorre em 58,8% dos Programas (Tabela 4).

Tabela 4- Avaliação interpares quanto à preceptoria, coordenação e Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Macrorregião Sudeste, Brasil, 2018.

O residente avalia:	Avaliação Interpares	
	NÃO	SIM
	n (%)	n (%)
Preceptor	22 (43,1)	29 (56,9)
Coordenador	30 (58,8)	21 (41,2)
Geral do Programa	13 (25,5)	38 (74,5)

Discussão

O atual estudo traz dados diagnósticos dos Programas de residência em MFC do Brasil por macrorregião e descreve os métodos avaliativos aplicados aos médicos residentes, inscritos no Sudeste do país. Essa macrorregião abarca o maior número de Programas e de vagas autorizadas. Entre 12 métodos avaliativos apresentados aos coordenadores, o *Feedback*

estruturado e a autoavaliação foram os que apresentaram maior percentual de adoção nos PRMFC, de forma obrigatória, para avaliação dos residentes.

A macrorregião Sudeste é a que apresenta maior concentração de PRMFC e de número de vagas autorizadas, quando comparada às outras macrorregiões brasileiras. Entre os estados dessa região se destaca o maior número de Programas e de vagas autorizadas para R1 em São Paulo, representando quase metade do total da referida macrorregião. Esses dados estão consoantes com a literatura, já que no País, os médicos residentes estão distribuídos de forma desigual no território, sendo que São Paulo concentra 34,5% de todos os residentes, ou seja, mais de um terço do total nacional. Em seguida, vem o Rio de Janeiro, com 11,4% dos residentes e Minas Gerais, com 11%¹⁰. Para a Residência MFC, o atual estudo constata que Minas Gerais concentra mais do dobro do número de Programas que estão sediados no estado do Rio de Janeiro e quase cinco vezes mais que o número do Espírito Santo. Mantém essa mesma ordem decrescente para o número de vagas, contudo em proporções diferentes da apresentada para o número de Programas.

O número de vagas oferecidas nos PRMFC da macrorregião Sudeste apresentou variação importante, de uma a 150 vagas, sendo que em apenas 10% dos Programas disponibiliza-se 20 vagas ou mais. Dentre as 111 Instituições contatadas, cerca de um terço dos PRMFC está inativo, sem residentes em curso. Esse resultado vai ao encontro dos dados recentes divulgados pela demografia médica, 40% das vagas autorizadas de Residência Médica (RM) no País não são ocupadas e para Residência de MFC a taxa de não ocupação chega a 73,9%¹⁰. Mesmo com leis federais e projetos incentivando a qualificação de profissionais da Atenção Primária à Saúde, a taxa de ocupação dos PRMFC ainda é baixa¹¹. No presente estudo, não foi avaliado o motivo da inatividade do PRMFC, se por questões institucionais diversas ou por não interesse dos profissionais por essa RM. Uma pesquisa conduzida com médicos recém-formados para avaliar qual a residência médica de primeira opção mostrou que a Medicina de Família e Comunidade foi a primeira opção para apenas 1,5% dos recém-formados¹⁰. Portanto, a inatividade dos PRMFC pode ser devida à falta de candidatos no processo seletivo.

A avaliação dos médicos residentes ocorre em todos os PRMFC e não segue um mesmo padrão, fato também observado em outros países. Um estudo avaliou os métodos de avaliação do treinamento em Medicina de Família em cinco países europeus e foi percebido que os métodos avaliativos diferem notavelmente em todos os países pesquisados⁵. Apesar de não haver um padrão em relação aos processos avaliativos, quase totalidade dos Programas utiliza o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família

e Comunidade (SBMFC) para guiar os processos avaliativos dos residentes, resultado importante do atual estudo. Tem-se que a existência e o uso de padrões de treinamento para Programas em Medicina de Família são essenciais para um gerenciamento eficaz e seguro dos cuidados prestados, levando a uma melhoria na saúde de uma população⁵.

A publicação do Currículo Baseado em Competências da SBMFC foi ato importante para melhorar o sistema de saúde pública, a partir da qualificação na formação profissional de médicos para Atenção Primária à Saúde (APS). De certa forma, as diretrizes contidas no documento homogeneizam o processo formativo, garantindo qualidade dos profissionais egressos, na perspectiva da realidade local¹², apesar de não padronizar os instrumentos avaliativos para os PRMFC do País.

O processo avaliativo deve ser realizado por meio de diferentes instrumentos, de forma a abranger a avaliação somativa e formativa e diminuir possíveis falhas que algum método pode ter⁵. Os PRMFC da macrorregião Sudeste, utilizam-se de múltiplas formas de avaliação, com destaque para o *Feedback* estruturado, Autoavaliação, Prova de múltipla escolha e Observação direta estruturada da consulta.

A Prova de múltipla escolha é um instrumento com maior expressão somativa, centrada no cognitivo, que estimula o aluno a memorizar os conteúdos para uma avaliação final de nota, com aprovação ou reprovação, de acordo com o desempenho. Além da avaliação somativa, avaliações formativas devem ser adotadas em atendimento às novas diretrizes curriculares e à mudança no ensino médico. O uso de metodologias ativas de aprendizado é de suma importância, também, para refletir sobre o modo de avaliar e assim integrar avaliações formativas às somativas, com ênfase no aprendizado prático, guiado por atendimento de pacientes reais ou simulados¹³. Nesse sentido, os PRMFC ao adotarem, também, o *feedback* estruturado, a autoavaliação e a observação estruturada da consulta contemplam avaliações de diferentes dimensões de aprendizado para além do cognitivo, tais como, habilidades de comunicação e de ações específicas, comportamento individual e em equipe e, ética.

É desejável que os programas de MFC realizem a avaliação dos avanços esperados e correção das dificuldades identificadas para cada médico residente⁹. Neste contexto o *feedback* se mostra um recurso apropriado para desempenhar essa função. Ele pode ser realizado no cotidiano da preceptoria, de forma imediata, após observação de consultas e de forma periódica, ao longo do ano letivo, com avaliação geral do desempenho do aluno. E também, recomenda-se que seja adotado conjuntamente aos outros instrumentos/métodos avaliativos.

Quando realizado de forma periódica, no final de um período pré-estabelecido de atividades, deve-se utilizar para compor o *feedback* a avaliação de aspectos gerais do residente. Entre esses se destacam: desempenho em provas e em testes de avaliação de habilidades clínicas; atitudes de comunicação e éticas; e também a autoavaliação do residente. Uma limitação no uso do *feedback* estruturado periódico é que o preceptor/supervisor precisa realizar uma organização prévia à atividade, com dedicação de tempo e diagnóstico geral do residente, analisando suas últimas avaliações, como por exemplo leitura do portfólio reflexivo e outros processos avaliativos já realizados¹⁴.

Dar e receber *feedback* auxilia na aprendizagem de forma reflexiva, com conscientização da aprendizagem. Reforça as atividades positivas, de forma a motivar o indivíduo a repetir o acerto e apontar erros, incentivando a mudança de atitudes. Para o *feedback* ser um processo válido e assertivo se faz necessário o treinamento e preparação dos professores. É importante qualificar para utilizar essa ferramenta, com boa qualidade nas observações realizadas e com auxílio de instrumentos confiáveis, para guiar o processo seguindo padrões bem estabelecidos de competência clínica¹⁵. Indicadores de competência servem como parâmetros para observar e comprovar o exercício da profissão, e a avaliação deve ser sempre integrada em diferentes dimensões, nos ‘conhecimentos’, ‘habilidades’ e ‘atitudes’. Avaliar competências implica uso de instrumentos avaliativos, que juntos sejam capazes de dar uma visão mais real da aquisição da competência. Portanto, deve-se construir um sistema avaliativo, que seja tão confiável quanto válido, com elementos diversos¹⁶.

Apesar da tendência em utilizar processos avaliativos que motivem e estimulem o ganho de conhecimento teórico prático, como os citados acima, a maioria dos Programas ainda não realiza OSCE, OSLER, Auditoria Clínica e Portfólio. Esses instrumentos de avaliação têm em comum uma maior complexidade na execução e para a correção do mesmo. O OSCE apesar de ser um instrumento muito eficaz para avaliar casos clínicos curtos e aquisição de competências pontuais com objetivos de aprendizagem definidos. Ele possui complexa aplicabilidade por necessitar de uma logística de organização das estações. O OSLER não demanda dificuldades em organização, já que é baseado em uma tarefa de caso clínico como o da prática cotidiana. Como dificultador, pode-se citar que o referido instrumento requer uma organização complexa de casos e de tempo, o que se torna um problema em cursos com grande número de alunos¹⁷. Essa limitação também acontece no Portfólio. Apesar da dificuldade de implantação técnica, por resistências dos alunos e docentes por consumir uma quantidade considerável de tempo, o Portfólio é um excelente instrumento. Ele estimula a aprendizagem reflexiva, com avaliação formativa e processual,

além de englobar a autoavaliação dos residentes. A Auditoria Clínica, apesar de ser citada na Resolução nº 01/2015 da CNRM como uma possibilidade de uso como Trabalho de Conclusão de Curso – TCC⁹, o presente estudo mostra que essa estratégia não é comumente usada nos Programas.

Os coordenadores do PRMFC, também, citaram o uso de outros instrumentos avaliativos, tais como, *Consultation Observation Tool (COT)*, Escala de *Calgary Cambridge*, Avaliação de competências da SBMFC e Teste de *Kolb*. A COT é um guia de 13 itens para apoiar julgamentos holísticos sobre a prática em cuidados primários através da observação direta ou gravação de atendimentos. É um instrumento desenvolvido pela *Royal College of General Practitioners* e não há a tradução ou validação do mesmo para uso na língua portuguesa. O instrumento de *Calgary-Cambridge* teve sua primeira edição em livro, em 1996, desde então vem passando por atualizações, sendo a última em 2003. Ele traz uma divisão em guias diferentes das habilidades de conteúdo e habilidades processuais, avaliando 71 itens. A criação desse instrumento foi no idioma inglês e já tem tradução para o Brasil, mas sem validação do mesmo no País, o que é uma limitação importante¹⁸.

No presente estudo, sobre os PRMFC que usam ‘Avaliação de competências da SBMFC’, sugere-se que eles adotam métodos (não informados) para avaliar as competências esperadas para formação em MFC. Isso porque, na verdade, a SBMFC, como descrito anteriormente, elaborou o Guia de Competências na área. Nesse Guia, não há orientações de uso como instrumento de avaliação¹². Da mesma forma, para os PRMFC que informaram adotar, também, o Teste de *Kolb* deve-se destacar, que o referido Teste identifica o estilo de aprendizagem do aluno, analisando o modo com que ele adquiri o conhecimento, mas não avalia o que ele aprende. Portanto, não pode ser considerado um instrumento de avaliação de conhecimentos.

Quase metade dos PRMFC elaborou o seu próprio instrumento de avaliação, para avaliar o desenvolvimento de habilidades cognitivas, práticas e atitudinais, por exemplos, atitudes éticas e habilidade de abordagem centrada na pessoa. Como não há instrumentos validados na literatura brasileira para avaliação específica de residentes de MFC, muitos Programas utilizam de referências internacionais adaptadas ou criam seu próprio *checklist* para avaliação direta da consulta ou de habilidades do residente¹⁸, sempre levando em consideração aspectos de habilidades de comunicação e da medicina centrada na pessoa, pontos fortes na formação do MFC.

Encontra-se entre as competências essenciais do residente, o atendimento individual com uso dos ‘componentes da abordagem centrada na pessoa’ e desenvolvimento de ‘um

plano terapêutico apropriado seguindo os princípios do Método Clínico Centrado na Pessoa'. Nas habilidades de comunicação pode-se destacar a facilidade de 'comunicação por meio do uso equilibrado de técnicas com perguntas abertas e fechadas e uso de facilitadores verbais e não verbais (encorajamento, silêncio atencioso, repetição, parafraseando, interpretando)'. Na área da ética médica e bioética destaca-se entre os itens essenciais o reconhecimento dos 'aspectos éticos das atividades preventivas, diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação'¹².

Sobre a frequência das avaliações, uma pequena parte dos Programas adota periodicidade maior que a trimestral, sendo destacadas a quadrimestral, a semestral e a anual. Na maioria dos PRMFC a frequência ocorre em concordância com a Resolução nº 1/2015, da Secretaria de Educação Superior, na seção 'Dos procedimentos de avaliação' Art. 32 onde é exposto que a frequência mínima das avaliações do residente deverá ser trimestral⁹.

A avaliação externa do residente, a partir da equipe de profissionais da Unidade de saúde, foi adotada em um quarto dos Programas, como obrigatória. Esse resultado sugere que há necessidade de incentivar a implantação da avaliação externa na maioria dos PRMFC, para ficar em conformidade com a Resolução nº 1/2015, da Secretaria de Educação Superior. A Resolução recomenda que o médico residente seja avaliado pela equipe, onde ele está inserido, quanto ao relacionamento, disponibilidade, postura, atitude e interesse do profissional⁹.

Quanto à avaliação por parte dos pacientes, ela se mostrou ainda mais incipiente nos PRMFC quando comparada à avaliação dos residentes pela equipe. Portanto, é um tipo de avaliação que requer ainda mais atenção dos coordenadores, pois contrapõe a literatura. Os pacientes, também, são citados como participantes dos processos avaliativos dos residentes, quando pertinente. Eles estão em contato direto com os profissionais durante a consulta, podendo ser avaliadores de habilidades de comunicação, clareza nas orientações e atitudes éticas e humanísticas. Esse tipo de avaliação externa poderá contribuir para o aperfeiçoamento de diferentes facetas do desempenho e servir de garantia da boa qualidade dos profissionais, que irão gerar melhor cuidado à população¹.

Os residentes inscritos, na maioria dos Programas, avaliam seus pares preceptores e também avaliam o Programa de uma forma geral. No entanto, não avaliam os seus coordenadores. Recomenda-se que exista um instrumento estruturado para a avaliação por pares, já que se for feita de forma subjetiva pode ser influenciada pelas impressões gerais do colega. Deve-se garantir ao aluno o sigilo das informações fornecidas¹⁵. O processo de avaliação deve permitir que o médico residente avalie os seus preceptores e as condições gerais de seus estágios⁹. Uma possível justificativa para a menor presença de avaliação

exclusiva dos coordenadores é que em muitos Programas os residentes têm pouco contato com os mesmos, estando próximos no dia a dia dos preceptores, e/ou porque frequentemente o coordenador também se integra no grupo de preceptores e já recebe a avaliação como tal.

Apesar do atual estudo não ter levantado a proporção de residentes por médicos preceptores tem-se que trata de outro aspecto a se analisar no modelo de residência implantado. Não há um consenso sobre como deve ser esta relação, mas é importante levar em conta que para o preceptor há necessidade de se manter um bom equilíbrio entre as responsabilidades de cuidado e de ensino, sem sobrecarga de tarefas, a fim de exercer sua função, de forma efetiva e segura, levando também à segurança do paciente¹⁴. Também, na construção do processo avaliativo, é provável que a formação/qualificação do preceptor impacte na escolha dos métodos avaliativos adotados nos PRMFC. Na mesma direção, a literatura propõe necessidade de dar tempo protegido aos preceptores, para que eles se aperfeiçoem em atividades de formação pessoal, como em cursos de pós-graduação. Isso contribui para que possam construir uma trajetória profissional duradoura e gratificante¹⁴.

Nessa perspectiva, destaca-se o aumento da oferta de cursos e atualização, para a preceptoria médica em MFC, promovida por instituições da área da saúde em parceria com o Ministério da Saúde, com bolsa de auxílio mensal. Como exemplos, o Plano Nacional de Formação de Preceptores, que consiste em um curso a distância, para residentes em curso, com dois anos de duração e, curso de formação para os atuais preceptores, modalidade semipresencial com previsão de um ano de duração. Os cursos de formação de preceptores se mostram importantes, já que além de melhor qualificação profissional eles impactam também na melhoria de organização dos programas de residência¹⁹, incluindo o processo avaliativo dos residentes.

O atual estudo apresenta limitações. Os dados dos Programas foram registrados a partir dos coordenadores/supervisores, por isto, é possível existir vieses de informação sobre o processo avaliativo dos residentes em Medicina de Família e Comunidade; o que pode ocorrer em qualquer estudo com uso de questionário/entrevista. No entanto, deve-se considerar que esses sujeitos são informantes-chave dos Programas e, portanto, seria a melhor alternativa à avaliação *in loco*, em cada PRMFC. A amostragem por conveniência é uma limitação do estudo, contudo destaca-se o número importante de Programas ativos avaliados na macrorregião Sudeste, como esforço dos pesquisadores para minimizar possíveis vieses de seleção. A taxa de devolutiva do questionário preenchido (68,9%) pode ser considerada alta devido ao método utilizado, pesquisa em diferentes estados do Sudeste brasileiro. Segundo

Marconi e Lakatos (2005), questionários que são enviados para os entrevistados alcançam em média 25% de devolução²⁰.

Conclusão

O estudo traz um panorama da distribuição dos Programas de residência em MFC do Brasil, por macrorregião. Investiga os métodos avaliativos adotados no Sudeste, área de maior concentração de Programas, apesar de quase um terço estar inativo, no ano de 2018. Os PRMFC avaliam os médicos residentes utilizando diferentes instrumentos e não seguem um mesmo padrão. No entanto, a grande maioria dos Programas adota o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade como norteador da avaliação dos residentes. Fato que sugere uma formação voltada para melhor qualificação de médicos para a saúde pública, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, ao propor avaliar as competências exigidas no exercício da profissão, de acordo com a área de saúde da família e comunidade.

Instrumentos como *Feedback* estruturado, Prova de múltipla escolha, Observação direta estruturada da consulta, Autoavaliação e Análise de gravação de consulta apresentaram maior aderência nos PRMFC. O uso de múltiplos métodos pressupõe maior possibilidade de atingir uma avaliação conjunta, somativa e formativa, em dimensões diversas, seja cognitiva, comunicacional e do trabalho em equipe. Processos avaliativos como OSCE, OSLER, Auditoria Clínica e Portfólio são pouco utilizados nos Programas, talvez por envolver maior complexidade, de execução e correção, apesar de serem instrumentos eficazes de avaliação de competências médicas ao estimular a reflexão no processo de ensino-aprendizagem. Também, foram detectados uso de instrumento internacional, não validado no Brasil, ou seja, culturalmente não adaptado ao País. Um instrumento criado em perspectivas contextuais e sociopolíticas diferente do Brasil, pode não dar conta de avaliar as competências esperadas do egresso em medicina de família, conforme proposto pela SBMFC.

Na ausência de um padrão avaliativo, quase metade dos PRMFC criou um instrumento próprio para avaliar habilidades cognitivas, práticas e atitudinais dos residentes médicos. Portanto, sugere-se que esses instrumentos sejam validados no Brasil, o que poderia preencher a lacuna atual, na literatura brasileira, de ausência de instrumento avaliativo específico para residentes de MFC. Outra contribuição que este estudo traz, é demonstrar a necessidade de fortalecer a adesão dos Programas aos processos avaliativos externos, tanto pela equipe de saúde da família como pelos pacientes das unidades de saúde pública. A avaliação externa

fornece dados para o desenvolvimento e/ou aprimoramento de competências dos médicos residentes, a partir da opinião sobre a qualidade da atenção, apontamentos das fragilidades e potencialidades dos residentes.

Referências

1. PANÚNCIO-PINTO, M. P.; TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante – aspectos gerais. *Medicina (Ribeirão Preto)* v. 47, n. 3, p. 314-23, 2014.
2. MENDES, O. M. Avaliação formativa no ensino superior: reflexões e alternativas possíveis. In: PASSOS, I.; VEIGA, A.; LOMÔNACO, M. P. N (Org.). *Currículo e avaliação na educação superior*. São Paulo: Junqueira & Marin; 2005.
3. EPSTEIN, R. M. Assessment in medical education. *New Engl. J. Med.*, v. 356, n. 4, p. 387–96, jan. 2007.
4. WASS, V.; VAN DER VLEUTEN, C.; SHATZER, J.; JONES, R. Assessment of clinical competence. *Lancet*, v. 357, n. 9260, p 945–949, 2001.
5. FLUM, E.; MAAGAARD, R.; GODYCKI-CWIRKO, M.; SCARBOROUGH, N.; SCHERPBIER, N.; LEDIG, T.; ROOS, M.; STEINHÄUSER, J. Assessing family medicine trainees--what can we learn from the European neighbours? *GMS Z. Med. Ausbild.*, v. 32, n. 2, 2015.
6. AUTONOMO, F. R. O. M.; HORTALE, V. A.; SANTOS, G. B.; BOTTI, S. H. O. A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária – análise das publicações brasileiras. *Rev. bras. educ. med.*, v. 39, n. 2, p. 316-327, 2015.
7. ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.
8. BURT, J.; ABEL, G.; ELMORE, N. et al. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. *BMJ Open*, v. 4, n.3, 2014.
9. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução Nº. CNRM 01 /2015, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2015.
10. SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286p.

11. PETTA, H. L. Descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. *Rev Bras Educ Med.*, v. 37, n. 01, p. 72-9, 2013.
12. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - SBMFC. *Currículo Baseado Em Competências Para Medicina de Família e Comunidade*. 2014.
13. GARCIA, M. A. A.; NASCIMENTO, G. E. A. Aplicação do Portfólio nas Escolas Médicas: Estudo de Revisão. *Rev. bras. educ. med.*, Brasília, v. 43, n. 1, p. 163-74, mar. 2019.
14. IZECKSOHN, M. M. V.; TEIXEIRA JUNIOR, J. E.; STELET, B. P.; JANTSCH, A. G. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 737-46, 2017.
15. ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 176-9, 2007.
16. FERNANDES, C. R.; FARIAS FILHO, A.; GOMES, J. M. A.; PINTO, W.; FILHO, A.; CUNHA, G. K. F.; MAIA, F. L. Currículo baseado em competências na residência médica. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 129-36, 2012.
17. UNIVERSIDADE DE COIMBRA. Avaliação de competências nas aulas práticas. *Essências EDUCARE*, Direção de Educação Médica da Faculdade de Medicina Coimbra, abril, 2008.
18. CAMPOS, C. F. C.; RIOS, I. C. Qual Guia de Comunicação na Consulta Médica é o Mais Adequado para o Ensino de Habilidades Comunicacionais na Atenção Primária à Saúde Brasileira? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.42, n.3, p.108-18, 2018.
19. STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P.; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1301-14, 2017.
20. MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2005.

5 CONCLUSÕES

Os PRMFC ativos e sediados na macrorregião Sudeste, do Brasil, avaliam os médicos residentes por meio de diferentes instrumentos e não seguem um mesmo padrão. Um ponto positivo, entre os achados deste estudo, é que a grande maioria dos Programas adota o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) como instrumento norteador da avaliação dos residentes. Essa orientação de avaliação por competências contribui para formação voltada para melhor qualificação de médicos para a saúde pública, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Cinco instrumentos foram destacados como os mais usados nos PRMFC, são eles: *Feedback* estruturado, Prova de múltipla escolha, Observação direta estruturada da consulta, Autoavaliação e Análise de gravação de consulta. O uso de múltiplos métodos pressupõe maior possibilidade de atingir uma avaliação conjunta, somativa e formativa, em dimensões diversas, seja cognitiva, comunicacional e do trabalho em equipe. Processos avaliativos como OSCE, OSLER, Auditoria Clínica e Portfólio são pouco utilizados nos Programas, talvez por envolver maior complexidade, de execução e correção, apesar de serem instrumentos eficazes de avaliação de competências médicas ao estimular a reflexão no processo de ensino-aprendizagem. Há Programas que utilizam instrumento internacional, não validado no Brasil, ou seja, culturalmente não adaptado ao País e este instrumento criado em perspectivas contextuais e sociopolíticas diferente do Brasil, pode não dar conta de avaliar, adequadamente, as competências do egresso em medicina de família, conforme proposto pela SBMFC.

Na ausência de um padrão avaliativo, quase metade dos PRMFC criou um instrumento próprio para avaliar habilidades cognitivas, práticas e atitudinais dos residentes médicos. Portanto, sugere-se a validação desses instrumentos no Brasil, o que poderia preencher a lacuna atual, na literatura brasileira, de ausência de instrumento avaliativo específico para residentes de MFC. Outra contribuição que este estudo traz, é demonstrar a pouca adesão dos Programas à avaliação externa pela equipe de saúde da família e pelos pacientes. A avaliação externa fornece dados para o desenvolvimento e/ou aprimoramento de competências dos médicos residentes, a partir da opinião ‘do outro’ sobre qualidade da atenção, apontamentos das fragilidades e potencialidades dos residentes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre qual processo avaliativo é mais adequado para avaliação de alunos em treinamento na área médica é um tema importante e que merece destaque na literatura brasileira e internacional. O que já se sabe é que as avaliações devem ser uma mistura de testes somativos e formativos. Dentre as opções de teste formativos, cada um tem suas limitações e vantagens, sendo que o teste ideal será melhor avaliado de acordo com as características individuais de cada Programa. No Brasil, um fator dificultador para o uso de instrumentos avaliativos para médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade é que não tem tradução e validação de muitos instrumentos para a língua portuguesa.

Independente de como ocorra a avaliação no PRMFC, é importante que seja bem estabelecido o que se pretende avaliar e quais as competências que o aluno precisa adquirir em cada período. A avaliação não pode se dar de forma ocasional, sem um pré-estabelecimento de sua frequência e obrigatoriedade. Outro ponto importante é que a equipe de saúde e os usuários podem, e devem estar envolvidos neste processo avaliativo. Também se faz necessário, a avaliação periódica e obrigatória do Programa de residência como um todo, incluindo avaliações dos preceptores e do coordenador, a fim de melhoria no processo de formação do profissional residente e de supervisão, levando a um melhor cuidado para a população.

O presente estudo é um recorte do processo avaliativo adotado nos PRMFC da macrorregião Sudeste do Brasil. O diagnóstico desse processo, até então desconhecido, poderá subsidiar ações direcionadas à melhoria da avaliação junto aos PRMFC. Sugere-se ampliar a investigação para as demais macrorregiões brasileiras, a fim de se ter um diagnóstico completo do território nacional.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.
- AMARAL, E.; DOMINGUES, R. C. L.; BICUDO-ZEFERINO, A. M. Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 287-90, 2007.
- ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 6, n. 18, p. 19-20, 2011.
- AUTONOMO, F. R. O. M.; HORTALE, V. A.; SANTOS, G. B.; BOTTI, S. H. O. A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária – análise das publicações brasileiras. *Rev. bras. educ. med.*, v. 39, n. 2, p. 316-327, 2015.
- BENJAMIN, A. Audit: how to do it in practice. *BMJ*. v. 336, n.7655, p. 1241–1245, 2008.
- BOLLELA, V. R.; BORGES, M. C.; TRONCON, L. E. A. Avaliação Somativa de Habilidades Cognitivas: Experiência Envolvendo Boas Práticas para a Elaboração de Testes de Múltipla Escolha e a Composição de Exames. *Rev. bras. educ. med.*, v. 42, n. 4, p. 74 – 85, 2018.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção 1, 1990.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Institui o Programa Mais Médicos*, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. *Resolução N.º CNRM 01 /2015*, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2015a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS, P. M. N. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 975-95, 2018.

BURT, J.; ABEL, G.; ELMORE, N. et al. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. *BMJ Open*, v. 4, n.3, 2014.

CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M.; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciênc. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3139-3147, 2010.

CAMPOS, C. E. A.; IZECKSOHN, M. M. V. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 148-55, abr./jun. 2010.

CAMPOS, C. F. C.; RIOS, I. C. Qual Guia de Comunicação na Consulta Médica é o Mais Adequado para o Ensino de Habilidades Comunicacionais na Atenção Primária à Saúde Brasileira? *Rev. bras. educ. med.*, v.42, n.3, p.108-18, 2018.

COSTA, L. B.; ESTECHE, F. F.; AUGUSTO FILHO, R. F.; BOMFIM, A. L. B.; RIBEIRO, M. T. A. M. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.

DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; COSTA, S. M. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. *Revista PróuniverSUS*, Vassouras, v. 1, n. 1, p.11-26, jul./dez., 2010.

DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E.; ZEFERINO, A. M. B. Auto-avaliação e avaliação por pares: estratégias para o desenvolvimento profissional do médico. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 173-175, 2007

DOHMS, M. C.; TIBÉRIO, I.F.L.C. *Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica na atenção primária à saúde*. 2018. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

EPSTEIN, R. M. Assessment in medical education. *New Engl. J. Med.*, v. 356, n. 4, p. 387–96, jan. 2007.

FABRICIO, T. N. B. D. *Experiência de implantação da avaliação 360 graus e feedback entre residentes de ginecologia e obstetrícia*. 2017. 67f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 1, n. 1, p. 5-10, nov. 2004.

FLUM, E.; MAAGAARD, R.; GODYCKI-CWIRKO, M.; SCARBOROUGH, N.; SCHERPBIER, N.; LEDIG, T.; ROOS, M.; STEINHÄUSER, J. Assessing family medicine trainees--what can we learn from the European neighbours? *GMS Z. Med. Ausbild.*, v. 32, n. 2, 2015.

GARCIA, M. A. A.; NASCIMENTO, G. E. A. Aplicação do Portfólio nas Escolas Médicas: Estudo de Revisão. *Rev. bras. educ. med.*, Brasília, v. 43, n. 1, p. 163-74, mar. 2019.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre Ensino e Serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.

HOLMBOE, E.S.; EDGAR, L.; HAMSTRA, S. *The Milestones Guidebook*. 2016.

IGLAR, K.; WHITEHEAD, C.; TAKAHASHI, S.G. Competency-based education in family medicine. *Med. Teach.*, Toronto, v. 35, n. 2, p. 115-19, 2013.

IZECKSOHN, M. M. V.; TEIXEIRA JUNIOR, J. E.; STELET, B. P.; JANTSCH, A. G. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciênc Saúde Colet*, v. 22, n. 3, p. 737-46, 2017.

KIDD, M. *The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A Guidebook from the World Organization of Family Doctors*. Boca Raton: CRC Press; 2013.

MARIN, M. J.; MORENO, T. B.; MORAVCIK, M. Y.; HIGA, E. F.; DRUZIAN, S.; FRANSCISCHETTI, I. et al. Student's perception of the reflective portfolio in medical school. *Rev. bras. educ. med.*, v. 34, p. 191-8, 2010.

MEGALE, L.; GONTIJO, E. D.; MOTTA, J. A. C. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 166-175, 2009.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, O. M. Avaliação formativa no ensino superior: reflexões e alternativas possíveis. In: PASSOS, I.; VEIGA, A.; LOMÔNACO, M. P. N (Org.). *Currículo e avaliação na educação superior*. São Paulo: Junqueira & Marin; 2005.

MILLER, G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med.*, v. 65, n. S63-S67, 1990.

NUNES, M. P. T. Residência Médica no Brasil: situação atual e perspectivas. *Cadernos ABEM*, v. 1, p. 30-3, 2004.

- PACHLER, N.; COOK, J.; BACHMAIR, B. Appropriation of mobile cultural resources for learning. *International Journal of Mobile and Blended Learning*, v. 2, n. 1, p. 1-21, 2010.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011.
- PANÚNCIO-PINTO, M. P.; TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante – aspectos gerais. *Medicina (Ribeirão Preto)* v. 47, n. 3, p. 314-23, 2014.
- PETTA, H. L. Descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. *Rev. bras. educ. med.*, v. 37, n. 01, p. 72-9, 2013.
- ROGAUSCH, A. C.; BEYELER, S.; MONTAGNE, P.; KUPPER, C.; BERENDONK, S.; HUWENDIEK, A.; GEMPERLI, W. The influence of students' prior clinical skills and context characteristics on mini- CEX scores in clerkships – a multilevel analysis. *BMC Medical Education*, v. 15, n. 208, 2015.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.13, n. 6, p.1027-34, 2005.
- SARTI, T.D.; FONTENELLE, L.F.; GUSSO, G.D.F. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-5, 2018.
- SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286p.
- SCHEFFER, S.; MUEHLINGHAUS, I.; FROEHMEL, A.; ORTWEIN, H. Assessing students' communication skills: Validation of a global rating. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, v. 13, p. 583–592, 2008.
- SCHIPPER, S.; ROSS, S. Structured teaching and assessment: a new chart-stimulated recall worksheet for family medicine residents. *Can Fam Physician, Canadian*, v. 56, n. 9, p. 958-9, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - SBMFC. *Currículo Baseado Em Competências Para Medicina de Família e Comunidade*. 2014.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Porto Alegre: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- TANENBAUM, S. Pay for Performance in Medicare: Evidentiary Irony and the Politics of Value. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 34, n.5, 2009.
- THORNTON, S. A literature review of the long case and its variants as a method of assessment. *Education In Medicine Journal*, v. 4, n.1, 2012

UNIVERSIDADE DE COIMBRA. Avaliação de competências nas aulas práticas. *Essências EDUCARE*, Direção de Educação Médica da Faculdade de Medicina Coimbra, abril, 2008.

WASS, V.; VAN DER VLEUTEN, C.; SHATZER, J.; JONES, R. Assessment of clinical competence. *Lancet*, v. 357, n. 9260, p 945–949, 2001.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. *A definição europeia de medicina geral e familiar*. Barcelona: Wonca Europa, OMS; 2002.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 176-9, 2007.

ZONTA, R.; COUTINHO, M. V. *Experiência com videogravação de consultas - Técnica PBI (Problem Based Interview)*. IV Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 3 a 5 de abril de 2014, Gramado, RS.

APÊNDICES

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Nome da instituição a qual o Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é vinculada:

Cidade:

Estado:

PARTE 01 – CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

1.1. Ano de criação do programa:

1.2. O programa está vinculado a:

- Hospital de Ensino
- Universidade/Faculdade
- Secretaria Municipal de Saúde
- Outro: _____

1.3. Número atual de vagas autorizadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) para R1:

1.4. Número atual de vagas oferecidas para R1:

1.5. Número atual de R1:

1.6. Número atual de R2:

PARTE 02 – PERFIL DO (A) COORDENADOR (A)

2.1. Sexo: Feminino Masculino

2.2. Idade:

2.3. Formação do Coordenador (a) do programa (pode marcar mais de uma opção):

- Residência em MFC
- Especialização em MFC
- Título em MFC (TEMFC)
- Mestrado Concluído
- Mestrado em Andamento
- Doutorado Concluído
- Doutorado em Andamento
- Realizou Curso de Formação/Capacitação para Preceptores
- Realizou Curso de Formação/Capacitação para Coordenadores
- Outra(s) formação e/ou especialidade(s),

Se outra especialidade, qual:

2.4. Tempo, em **MESES**, como coordenador (a):

2.5. O coordenador recebe adicional em seu salário para desempenhar sua função?

Sim Não

2.6. O coordenador é/já foi também preceptor do PRM?

Sim Não

2.7. O coordenador trabalha/já trabalhou em uma Equipe de Saúde da Família?

Sim Não

PARTE 03 – PRECEPTORIA

3.1. Número atual de preceptores na Atenção Primária à Saúde:

3.2. Tipo de Preceptor/Supervisão:

Residente **acompanha** a equipe do médico preceptor

Residente **assume** uma equipe e **tem** o preceptor na unidade de saúde em tempo integral

Residente **assume** uma equipe e **tem** o preceptor na unidade de saúde de forma parcial

Residente **assume** uma equipe e **não tem** o preceptor na unidade de saúde, com supervisão a distância.

Outra

3.3. Quantos preceptores, atuantes em estágio da atenção primária, **possuem residência ou especialização** em Medicina de Família e Comunidade (caso não tenha o número exato, favor estimar):

3.4. Quantos preceptores, atuantes em estágio da atenção primária, **participam ou participaram de curso de formação/capacitação** de preceptores (caso não tenha o número exato, favor estimar):

3.5. O preceptor recebe adicional em seu salário para desempenhar sua função?

Sim Não

3.6. Os preceptores participam das atividades didáticas do programa?

Sim Não Parcialmente

3.7 Os preceptores colaboram com as atividades de coordenação do PRM?

Sim Não Parcialmente

PARTE 04 – PROCESSO AVALIATIVO DOS MÉDICOS RESIDENTES:

4.1. O programa realiza avaliação dos médicos residentes?

Sim Não

4.2. Métodos de avaliação dos médicos residentes

	<i>Marque em ocasional quando alguns residentes realizam outros não; e em obrigatório quando todos os residentes realizam de forma sistemática e obrigatória.</i>
--	---

O Programa Realiza	Não realiza	Ocasional	Obrigatório
Prova de múltipla escolha			
Prova com questão dissertativa			
Portfólio			
Feedback estruturado			
Análise de gravação de consulta			
Observação direta estruturada da consulta			
OSCE (<i>objectives structured clinical examination</i>)			
OSLER (<i>objectives structured long examination record</i>)			
Avaliação 360°			
Mini-Cex			
Auto-avaliação			
Auditoria clínica e trabalho de campo			
Outros?			

Descrever a frequência, se obrigatório:

4.3. O programa adota instrumento (s) da literatura para avaliação dos residentes?

() Sim () Não

Se sim, favor descrever o nome ou informar a referência do (s) instrumento(s)

4.4. O programa elaborou algum método de avaliação próprio?

() Sim () Não

Se sim, comente sobre o método (características, o que ele avalia, objetivos):

4.5. O Programa utiliza o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de MFC para guiar os processos avaliativos?

() Sim () Não

4.6. O Programa utiliza algum guia de competência internacional?

() Sim () Não

Se sim, qual?

4.7. O Programa avalia quais competências do Médico Residente de forma sistemática e obrigatória, através dos métodos avaliativos descritos anteriormente:

Competência:	Sim	Não
Princípios da Medicina de Família e Comunidade		
Princípios da Atenção Primária a Saúde		
Abordagem Individual		
Abordagem Familiar		
Abordagem Comunitária		
Raciocínio Clínico		
Habilidades de Comunicação		

Ética Médica e Bioética		
Educação Permanente		
Práticas de Saúde Baseada em Evidências		
Gestão e Organização do Processo de Trabalho		
Trabalho em Equipe Multiprofissional		
Avaliação da Qualidade e Auditoria		
Vigilância em Saúde		

4.8. O Programa adota um padrão, parâmetros de resultados, a ser alcançado pelos residentes nos processos avaliativos?

Sim Não

Se sim, o que esse padrão leva em consideração?

4.9. O Programa adota um perfil esperado do egresso, ou seja, que profissional pretende formar?

Sim Não

Se sim, favor pontuar as principais características.

PARTE 05 – PROCESSO AVALIATIVO INTERPARES:

5.1. A equipe da unidade de saúde participa da avaliação dos médicos residentes?

Sim, obrigatoriamente

Sim, ocasionalmente

Não

5.2. Os usuários da unidade de saúde participam da avaliação dos médicos residentes?

Sim, obrigatoriamente

Sim, ocasionalmente

Não

5.3. Os residentes realizam, de forma sistemática e obrigatória, avaliação do preceptor do programa de residência?

Sim Não

5.4. Os residentes realizam, de forma sistemática e obrigatória, avaliação do coordenador do programa de residência?

Sim Não

5.5. Os residentes realizam, de forma sistemática e obrigatória, avaliação geral do programa de residência?

Sim Não

Agradeço sua valiosa contribuição neste estudo.

APÊNDICE B - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Processo Avaliativo dos Residentes em Medicina de Família e Comunidade

Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa: Mestrado Profissional Saúde da Família-PROFSAÚDE, Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes

Pesquisador responsável: Lidiane de Oliveira Vilela

Endereço: Rua Dr. Newton de Paiva Ferreira, 31/701, Bairro São Lucas, Belo Horizonte, MG.

Telefone: 31 984364581

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo: - Conhecer o processo avaliativo adotado nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), no Brasil.

2- Metodologia/procedimentos: A pesquisa é de abordagem quantitativa e será conduzida no processo de mestrado profissional em Saúde da Família –PROFSAÚDE. Os participantes da pesquisa serão os coordenadores dos Programas de residência médica em MFC, no Brasil. Os dados serão coletados por meio de um questionário, semiestruturado, construído pelos próprios pesquisadores. O instrumento contém cinco partes: Caracterização do Programa de Residência, Perfil do coordenador, Preceptorial, Processo avaliativo dos médicos residentes e Processo avaliativo interpares. Será preservado o anonimato das informações prestadas.

3- Justificativa: O crescente aumento no número de vagas nas residências em MFC deve ser acompanhado de uma atenção especial para a qualidade da formação profissional. No Brasil não existe, nos Programas de residência em MFC, um método padrão de avaliação dos residentes. Cada instituição formadora organiza e aplica os seus métodos, de acordo com os objetivos e intenções do Programa. Não há publicação sobre a análise de métodos avaliativos, dos Programas no Brasil, em residentes MFC. Este trabalho justifica-se tendo em vista o desconhecimento dos métodos avaliativos nos diversos Programas MFC, no Brasil e o fato da avaliação ser a forma de diagnosticar as deficiências e potencialidades e de verificar a aquisição de competências e o crescimento profissional dos médicos residentes.

4- Benefícios: A pesquisa poderá contribuir para o conhecimento sobre o processo avaliativo dos residentes em medicina de família e comunidade. O diagnóstico dessa situação, até então desconhecida no Brasil, pode ajudar na proposição de ações direcionadas à melhor qualificação profissional, necessária para efetivação da Estratégia de Saúde da Família.

5- Desconfortos e riscos: Por se tratar de coleta de dados por meio de questionário, os coordenadores dos Programas de Residência em MFC terão que dispor de um tempo para responder as questões, seja em instrumento físico ou *online*. Todo zelo será tomado, por parte dos pesquisadores, para preservar o anonimato das informações contidas nos documentos. Os questionários não serão identificados por nome e sim por códigos numéricos.

6- Danos

Não há danos previsíveis para os envolvidos na pesquisa.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis

Não há procedimentos alternativos disponíveis.

8- Confidencialidade das informações

As informações coletadas serão confidenciais e privadas. Os participantes do estudo serão mantidos no anonimato.

9- Compensação/indenização

A pesquisadora se compromete a compensar os participantes do estudo diante de qualquer prejuízo consequente do uso de dados do estudo.

10 - Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia deste consentimento.

Nome do participante	Assinatura do participante	Data

Nome do coordenador da pesquisa	Assinatura do coordenador da pesquisa	Data

Endereço da pesquisadora: Rua Dr. Newton de Paiva Ferreira, 31/701, Bairro São Lucas, Belo Horizonte, MG. Telefone: 31 984364581

ANEXOS

ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo Avaliativo dos Residentes em Medicina de Família e Comunidade

Pesquisador: LIDIANE DE OLIVEIRA VILELA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81123917.2.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.474.161

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo do tipo quantitativo transversal analítico, e do tipo censitário, a ser conduzido como dissertação de mestrado em saúde da família – PROFSAÚDE. A coleta de dados se dará por meio de questionário aplicado aos

coordenadores de Programas de Residência em MFC, no Brasil. O questionário, semiestruturado, foi construído pelos próprios pesquisadores e contém cinco partes: Caracterização do Programa de Residência, Perfil do coordenador, Preceptoría, Processo avaliativo dos médicos residentes e Processo avaliativo interpares. Serão contatados os coordenadores para apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os questionários serão aplicados pessoalmente pela pesquisadora ou por meio eletrônico. Os dados serão analisados estatisticamente e será preservado o anonimato das informações prestadas pelos coordenadores.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o processo avaliativo adotado nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade - MFC, no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de coleta de dados por meio de questionário, os coordenadores dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade terão que dispor de um tempo para responder as questões, seja em instrumento físico ou on line. Todo zelo será tomado, por parte dos

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.474.161

pesquisadores, para preservar o anonimato das informações contidas nos documentos. Os questionários não serão identificados por nome e sim por códigos numéricos.

Benefícios:

A pesquisa poderá contribuir para o conhecimento sobre o processo avaliativo dos residentes em medicina de família e comunidade. O diagnóstico dessa situação, até então desconhecida no Brasil, pode ajudar na proposição de ações direcionadas à melhor qualificação profissional, necessária para efetivação da Estratégia de Saúde da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tendo em vista a importância da avaliação no papel formador do Médico de Família e Comunidade e para a consolidação de bom profissional para atuação na Atenção Primária à Saúde, este trabalho traz a proposta de fazer uma análise dos métodos avaliativos adotados nos programas de residência em MFC do Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos necessários.

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1047570.pdf	12/12/2017 20:14:37		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	12/12/2017 12:11:20	LIDIANE DE OLIVEIRA VILELA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_de_pesquisa_Lidiane.pdf	11/12/2017 20:47:13	LIDIANE DE OLIVEIRA VILELA	Aceito

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.474.161

Investigador	Projeto_de_pesquisa_Lidiane.pdf	11/12/2017 20:47:13	LIDIANE DE OLIVEIRA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Lidiane.pdf	11/12/2017 20:42:14	LIDIANE DE OLIVEIRA VILELA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 25 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Ana Augusta Maciel de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com