

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

IEDA MARIA LEONEL

**A PERCEPÇÃO DO EGRESSO SOBRE O PROCESSO DA AVALIAÇÃO DA
APRENDIZAGEM NO INTERNATO MÉDICO DE SAÚDE COLETIVA.**

CURITIBA

2019

IEDA MARIA LEONEL

**A PERCEÇÃO DO EGRESSO SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA
APRENDIZAGEM NO INTERNATO MÉDICO DE SAÚDE COLETIVA.**

Dissertação do Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdade Pequeno Príncipe, como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre.

Orientador: Roberto Zonato Esteves

CURITIBA

2019

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pela oportunidade da vida.

A professora Dr^a. Elaine Lustosa Mendes, pela sua grande ajuda inicial.

A professora Dr^a. Leide da Conceição Sanches pelo seu incentivo e seus ensinamentos.

Aos egressos, hoje colegas médicos, que colaboraram dedicando um tempo particular de suas vidas corridas para essa pesquisa.

Aos colegas: Andrea, Patrícia, Samuel e Vania pela amizade e pela cooperação.

Ao marido Vinícius pela ajuda financeira, paciência e amor.

Ao Professor Dr. João José Batista de Campos pela atenção e dedicação na avaliação.

Ao Professor Dr. Roberto Zonato Esteves, pela acolhida, confiança e orientações até o término deste trabalho.

TERMO DE APROVAÇÃO

IEDA MARIA LEONEL

A PERCEPÇÃO DO EGRESSO SOBRE O PROCESSO DA AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM NO INTERNATO MÉDICO DE SAÚDE COLETIVA.

Dissertação do Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdade Pequeno Príncipe, como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre.

Prof Dr. Roberto Zonato Esteves – Orientador

Prof^a. Dr^a. Leide, da Conceição Sanches

Prof Dr. João José Batista de Campos

Curitiba, 15 de março de 2019.

TERMO DE APROVAÇÃO

IEDA MARIA LEONEL

“A PERCEPÇÃO DO EGRESSO SOBRE O PROCESSO DA AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM NO INTERNATO MÉDICO DE SAÚDE COLETIVA”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:



Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves

Doutor em Saúde Pública. Professor e Orientador do Programa em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.ª Dr.ª Leide da Conceição Sanches

Doutora em Sociologia. Professora e Orientadora do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde na Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof. Dr. João José Batista de Campos

Doutor em Medicina (Medicina Preventiva). Professor Associado do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

Curitiba, 15 de março de 2019.



RESUMO

Avaliação é uma tarefa didática necessária dentro do processo de ensino e aprendizagem. Deve ocorrer durante o trabalho conjunto entre professor e estudantes para constatar progressos satisfatórios ou verificar dificuldades para que sejam feitas as correções necessárias. Esse trabalho teve como objetivo revelar como o processo de avaliação de aprendizagem do Internato de Saúde Coletiva foi percebido pelo egresso. Para a discussão e tratamento das informações foi utilizado o conhecimento de Maria Cecília Minayo. Foram realizados 4 grupos focais com a presença de 2 a 9 egressos do internato médico em saúde coletiva em cada grupo, com o objetivo de entender como estes se sentiram avaliados. A maioria foram grupos mistos (masculinos e femininos) e com idades entre 26 e 36 anos. Somaram no total 19 médicos clínicos de especialidades variadas que falaram livremente sobre o tema. As percepções foram: a forma de prova teórica não foi o método mais importante de avaliação do estágio em saúde coletiva; a avaliação foi diária e constante, com feedback durante o atendimento real ao paciente e o feedback mensal dos professores, apesar de geradoras de stress, foram os que mais contribuíram para o aprendizado e para a formação profissional; a diversificação foi a melhor forma de avaliar dos internatos médicos. As percepções negativas foram: a subjetividade na forma de avaliar, na disciplina e na atitude de professores, a falta de empatia com o aluno, falta de objetivos claros e definição de metas que resultaram em stress emocional e dificuldade de aprendizagem; que ainda existe uma busca importante pela nota dentro da universidade e dificuldade de perceber diferença entre avaliação de conhecimento, habilidade e atitude. Apenas um doutorando dos entrevistados se tornou docente. Uma sugestão dos egressos, foi estabelecer objetivos claros (competências) para serem atingidos durante o estágio. A capacidade de dialogar (*feedback*) foi, aparentemente, o maior gerador de aprendizagem e influência na formação profissional. A mudança de concepção atual da avaliação, juntamente com a mudança na didática atual durante o período de internato médico, pode contribuir para a transformação necessária da prática médica atual no Brasil e ainda fornecer garantias mais objetivas da qualidade do profissional formado.

Palavras-chaves: Avaliação. Internato médico. Medicina.

ABSTRACT

Assessment is a necessary didactic task within the teaching and learning process. It should occur during the joint work between teacher and students to see satisfactory progress or to see difficulties in making the necessary corrections. This work had as objective to reveal how the process of evaluation of learning of the Internship of Collective Health was perceived by the egress. For the discussion and treatment of the information was used the knowledge of Maria Cecília Minayo. Four focus groups were carried out with graduates of the medical internship in collective health, varying from 2 to 9 participants in each group, in order to understand how they felt evaluated. The majority were mixed groups (male and female) and aged between 26 and 36 years. There were a total of 19 clinicians of various specialties who spoke freely on the subject. Among the points raised were the forms of evaluation as evidence, daily feedback, evaluation in seminars, the positives, negatives, if any egress became a teacher and the influence of evaluation in their training. The theoretical test model was very influential in the memory of the graduates. Another prevalent phenomenon was the difficulty of the majority in distinguishing evaluation of knowledge, skill and attitude. One suggestion of the graduates was to establish clear objectives (competencies) to be reached during the internship. The ability to talk was apparently the greatest generator of learning. The change in the current conception of evaluation, together with the change in the current didactics during the period of medical internship, can contribute to the necessary transformation of the current medical practice in Brazil and still provide more objective guarantees of the quality of the trained professional.

Keywords: Evaluation. Medical internship. Medicine

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	-	UNIDADES DE REGISTRO,	UNIDADES DE
CONTEXTO.....			31
QUADRO 2	-	PONTOS POSITIVOS DOS	MÉTODS DE
AVALIAÇÃO.....			33
QUADRO 3	-	PONTOS NEGATIVOS DOS	MÉTODOS DE
AVALIAÇÃO.....			34
QUADRO 4	-	SUGESTÕES POR	MÉTODO DE
AVALIAÇÃO.....			35

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

DCN– Diretriz Curricular nacional

EPAS –Entrustable Professional Activities

LEC – Linha Essencial de Cuidado

MFC – Medicina de Família e Comunidade

OSCE– Objective Structured Clinical Examination

.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.2 OBJETIVO GERAL.....	10
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
1.4 JUSTIFICATIVA	10
2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	11
2.1 DEFINIÇÕES DE AVALIAÇÃO.....	11
2.2 MODALIDADES DE AVALIAÇÃO.....	12
2.3 FUNÇÕES DA AVALIAÇÃO DISCENTE.....	13
2.4 MUDANÇA NA CONCEPÇÃO DO PENSAMENTO E NA EDUCAÇÃO MÉDICA	14
2.5 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS (DCNS)	18
2.6 AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS	19
2.7 SUBJETIVIDADE NA AVALIAÇÃO.....	20
3 MARCO METODOLÓGICO	23
3.1 TIPO E MÉTODO DA PESQUISA.....	23
3.2 COLETA DE INFORMAÇÕES	25
3.3 INSTRUMENTO UTILIZADO.....	27
4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS	29
4.2 UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE CONTEXTO	30
4.3 AVALIAÇÃO POR VÁRIOS MÉTODOS.....	32
4.4 AVALIAÇÃO POR PROVA TEÓRICA.....	37
4.5 AVALIAÇÃO PRÁTICA DIÁRIA	40
4.6 AVALIAÇÃO POR FEEDBACK MENSAL	42
4.7 AVALIAÇÃO POR LECS E SEMINÁRIOS	45
4.8 AVALIAÇÃO DE HABILIDADES E ATITUDES	47
4.9 AVALIAÇÃO BASEADA EM RESULTADOS	47
4.10 SUPERVALORIZAÇÃO NA AVALIAÇÃO	56
4.11 ENSINO CENTRADO NO ALUNO.....	58
4.12 PRECONCEITO COM SAÚDE COLETIVA.....	58
4.13 CONSIDERAÇÕES POR GRUPO FOCAL	60
REFERÊNCIAS	65
APENDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE PESQUISA73
ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO OFICIAL DO INTERNATO MÉDICO
.....74

1 INTRODUÇÃO

Avaliação é uma tarefa didática necessária dentro do processo de ensino e aprendizagem. Deve ocorrer durante o trabalho conjunto entre professor e estudantes quando se pode constatar progressos satisfatórios ou verificar dificuldades para que sejam feitas as correções necessárias. A avaliação é uma reflexão sobre o nível de qualidade do trabalho escolar. Os dados podem ser quantitativos e qualitativos e serem interpretados em relação a um padrão de desempenho, podendo ser expressos em juízos de valor (muito bom, bom, satisfatório) ou nota objetiva acerca do aproveitamento escolar.

O estágio de Internato em Saúde coletiva I, é de caráter obrigatório e ocorre na quinta série do curso de medicina de dedicação integral. Tem como objetivo promover a vivência do aluno na Atenção Primária à Saúde, por meio do atendimento de demanda de consultas, dos seguimentos dos pacientes e da participação nas atividades programadas da Unidade de Saúde nos cuidados gerais de saúde da população. Visa permitir ao aluno a integração das ações desde o primeiro contato, realizar diagnóstico propondo o seguimento do cuidado individual, bem como o do cuidado a nível coletivo com a execução do planejamento local em saúde, lidando na prática com a epidemiologia local.

Esse estágio tem como objetivos reconhecer e experimentar os princípios do Médico da Atenção Primária: a acessibilidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, a integralidade; realizando o atendimento dos pacientes na abordagem pelo método clínico centrado na pessoa, em consultórios ou visitas domiciliares, sob supervisão de um professor, contextualizando o paciente em sua comunidade, família e trabalho; utilizando a medicina baseada em evidências para escolha da melhor conduta; desenvolvendo habilidades para identificar e cuidar das pessoas com problemas de saúde prevalentes desde a criança até o idoso; exercitando a crítica em relação à informação médica e buscando condutas clínicas que causem melhora na qualidade de vida e sobrevida das pessoas atendidas; utilizando com racionalidade os recursos em saúde disponíveis, como exames complementares e consultas com especialistas, visando atingir o melhor nível de resolubilidade local; fomentando a habilidade relacional/ interdisciplinaridade com os membros da equipe

de saúde (odontologia, enfermagem, agentes comunitários de saúde) assim como com as famílias e a comunidade.

As atividades avaliativas são, então, divididas em informativas e formativas, sendo as informativas: um pré-teste (prova inicial), um pós teste (prova final), testes após seminários, uma matriz de habilidades e a ficha de avaliação discente final. As formativas (Formativa Mensal) são feitas em 3 etapas do estágio sendo a primeira a correspondente à fase de apropriação do campo de estágio e das ferramentas da medicina de família e comunidade (MFC) na abordagem, manejo e cuidados (prontuário clínico, abordagem, equipe, encaminhamentos, contra referência); a segunda com ênfase na elaboração do raciocínio clínico e na integralidade da abordagem e dos cuidados da MFC e a terceira com ênfase à desenvoltura na elaboração da síntese do raciocínio clínico e do seguimento dos pacientes e conquista da autonomia dos atendimentos.

O domínio cognitivo é avaliado através da observação das atividades praticadas no dia-a-dia (Avaliação diária), na prova escrita, através de resumos escritos (LEC – linha essencial de cuidado) e em aulas teóricas (Seminários). Os domínios afetivo e psicomotor são pautados nos seguintes itens: atitude, responsabilidade, dedicação, pontualidade, assiduidade, relacionamento médico-paciente, relacionamento interpessoal e iniciativa (Habilidades e atitudes).

A atribuição da nota ao aluno é feita pelo professor-supervisor, nos termos dos instrumentos aprovados pela comissão de estágio, divulgados previamente aos alunos, segundo a Resolução estabelecida pela CONSEPE (Conselho de Ensino e Pesquisa) da instituição de ensino.

O formulário avaliativo padrão é composto pelos seguintes itens: conhecimento, habilidades, postura, interesse, iniciativa e pontualidade. A estes deveriam ser atribuídas notas de zero a dez. A seguir era efetuada a média aritmética das mesmas e este valor final representaria o conceito da avaliação prática. (ANEXO 1)

Para Shumway e J.M, Harden (2003) há duas características importantes da medicina contemporânea: uma ênfase na avaliação como ferramenta para garantir qualidade nos programas de treinamento para motivar e direcionar o aprendizado e uma mudança para educação médica baseada em resultados que impulsionam o currículo.

Segundo Kalet, Guerrasio e Chou (2014) ainda existe uma escassez de estudos sistemáticos de acompanhamento da avaliação médica a longo prazo, e mesmo sendo estes, autores que receberem royalties pelas suas publicações sobre o assunto, declaram que carecem de uma base teórica clara e apoiam suas argumentações no resultado positivo de suas experiências. Também Hamlboe (2004) relata que há mais de 25 anos de informações que documentam a miríade de problemas relacionados à avaliação, e sugere que é hora de agir de forma mais agressiva e proativa para corrigir esses problemas.

A educação baseada em resultados envolve uma abordagem educacional na qual as decisões sobre o currículo e a avaliação são impulsionadas pelos resultados da aprendizagem que os alunos devem alcançar (HARDEN et al, 1999). Assim, a abordagem do produto (resultados de aprendizagem do estudante) define o processo (métodos instrucionais e as oportunidades de aprendizagem).

A avaliação desempenha papel importante no processo de educação, na vida dos estudantes de medicina e na sociedade, certificando médicos competentes que possam cuidar do público e interagir com ele. A implementação de um novo currículo sem mudanças na abordagem da avaliação pode resultar em pouca ou nenhuma mudança.

Engajamento com o processo de avaliação e garantia de que alunos irão alcançar os resultados necessários aprendendo, é um papel importante de um professor de medicina. (HARDEN&CROSBY, 2000).

Vasconcellos (1998, p. 82) se refere à finalidade da avaliação:

A finalidade maior da avaliação da aprendizagem, dentro de um horizonte de uma educação dialética-libertadora, numa abordagem sociointeracionista, é ajudar a escola a cumprir sua função social transformadora, ou seja, favorecer que os alunos possam aprender e se desenvolver, levando-se em conta o compromisso com a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

A questão norteadora que construiu a ideia de realizar esse trabalho foi: Será que a avaliação realizada influenciou na vida profissional dos estudantes de medicina do internato de saúde coletiva?

O objeto de pesquisa então foi: Como os egressos do curso de medicina perceberam o processo de avaliação de aprendizagem durante o seu internato médico em saúde coletiva?

1.2 OBJETIVO GERAL

Revelar como o processo de avaliação de aprendizagem do Internato de Saúde Coletiva foi percebido pelo egresso.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Relatar se algum acadêmico entrevistado se tornou docente profissionalmente e relatar a influência da avaliação na sua formação profissional.

1.4 JUSTIFICATIVA

Na percepção de Hoffman (1991) é essencial e urgente o repensar do significado da ação avaliativa da educação Infantil à universidade. Quaisquer práticas inovadoras irão se desenvolver em falso se não alicerçadas por uma reflexão profunda sobre concepções de avaliação e de educação.

Considerando que os cursos de medicina no Brasil estão em expansão, que muitos médicos se tornam professores da noite para dia e que vivemos um processo de mudança de paradigma mundial sobre a forma de pensar e de como avaliar, acredito ser interessante pesquisar diretamente os egressos de medicina e evidenciar o que eles têm a dizer sobre a avaliação e a influência dessa na sua formação profissional.

2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 DEFINIÇÕES DE AVALIAÇÃO

A avaliação é uma tarefa complexa que não se resume na realização de provas e atribuição de notas. A mensuração apenas proporciona dados que devem ser submetidos a uma apreciação qualitativa. A avaliação, assim, cumpre funções pedagógico-didáticas, de diagnóstico e de controle em relação às quais se recorrem a instrumentos de verificação do rendimento escolar. (LIBÂNEO, 1994).

Avaliação educativa é um processo complexo, que começa com a formulação de objetivos e requer a elaboração de meios para obter evidência de resultados, interpretação dos resultados para saber em que medida os objetivos foram alcançados e formulação de um juízo de valor. (SARABBI, 1971).

Avaliação é a coleta sistemática de dados, por meio da qual se determinam as mudanças de comportamento do aluno e em que medida estas mudanças ocorrem. (SANT'ANNA, 2014).

Segundo Vasconcelos (2013), não basta a ênfase em medir a aquisição de conhecimentos ou as aptidões específicas e habilidades, hoje a avaliação volta-se para as modificações que a aprendizagem provoca no educando e nos objetivos do programa educacional. Isto inclui não apenas conhecimento do conteúdo da matéria, mas também atitudes, interesses, ideias, hábitos de trabalho, modo de pensar e agir, bem como adaptação social. Portanto, a avaliação é um processo pelo qual se procura identificar, aferir, investigar e analisar as modificações do comportamento e rendimento do aluno, do educador, do sistema, confirmando se a construção do conhecimento se processou, seja este teórico (mental) ou prático.

A avaliação discente, para efeito de estudos, pode ser dividida em duas grandes dimensões: a cognitiva e a sócio afetiva (ou atitudinal). A avaliação cognitiva diz respeito àquilo que é solicitado do aluno em termos de conhecimento, habilidades e operações mentais envolvidas. Por avaliação sócio afetiva, podemos entender aquela relativa a aspectos como interesse, responsabilidade, comportamento, disciplina, etc. (VASCONCELOS, 2013).

2.2 MODALIDADES DE AVALIAÇÃO

Existem três modalidades de avaliação: diagnóstica, formativa e somativa.

A avaliação diagnóstica é baseada em averiguar a aprendizagem dos conteúdos propostos e os conteúdos anteriores que servem como base para criar um diagnóstico das dificuldades futuras, permitindo então resolver situações presentes. Segundo Sant'Anna (2014), visa determinar a presença ou ausência de conhecimentos e habilidades, inclusive buscando detectar pré-requisitos para novas experiências de aprendizagem. Permite averiguar as causas de repetidas dificuldades de aprendizagem.

A avaliação formativa deve mostrar ao professor e ao aluno o seu desempenho na aprendizagem bem como no decorrer das atividades escolares, oportunizando localizar as dificuldades encontradas no processo de assimilação e produção do conhecimento, possibilitando ao professor a correção e recuperação a fim de assegurar o alcance dos objetivos. (SANT'ANNA, 2014).

Conforme Erica Grassau (1975 citado por Sant'Anna, 2014, p34), para que se processe a avaliação formativa devemos:

- a) Saber o que se quer avaliar e para que servem os resultados.
- b) Obter as evidências que descrevem o evento que nos interessa.
- c) Estabelecer os critérios e os níveis de eficiência para comparar os resultados.
- d) Emitir um juízo de valor que sirva de base para ações futuras.

As tarefas que devem ser desencadeadas para que o processo formativo ocorra:

1. Especificar o que deseja avaliar e a razão porque se avalia.
2. Determinar os objetivos que se deseja alcançar.
3. Selecionar as variáveis relevantes para se obter uma informação objetiva.
4. Traduzir os objetivos educacionais e estabelecer critérios para se emitirem juízos valorativos.

5. Construir instrumentos para obter as informações.
6. Fixar uma amostra que servirá de base para obter as informações relevantes.
7. Processar e analisar os dados coletados para obter informações que permitam um diagnóstico do que desejamos avaliar.
8. Tomar decisões para executar a ação desejada.

A avaliação somativa detecta o nível de rendimento realizando um balanço geral, no final de um período de aprendizagem, podendo classificar de acordo com o nível de aprendizagem. Sua função é classificar o aluno ao final da unidade, segundo níveis de aproveitamento apresentados. (SANT'ANNA, 2014).

2.3 FUNÇÕES DA AVALIAÇÃO DISCENTE

São funções gerais da avaliação discente: fornecer as bases para o planejamento, possibilitar a seleção e a classificação de pessoal e ajustar políticas e práticas curriculares; e são funções específicas: facilitar o diagnóstico, melhorar a aprendizagem e o ensino (controle); estabelecer situações individuais de aprendizagem; interpretar resultados, promover e agrupar alunos (classificação). (SANT'ANNA, 2014).

Segundo Cook (1961) citado em Sant'Anna (2014), essas funções estão intimamente relacionadas às funções primordiais da educação, que são as integrativas e as diferenciadas. Quando cumpre a educação sua função integrativa, busca tornar as pessoas semelhantes em ideias, valores, linguagem, ajustamento intelectual e social. Unifica e dá coesão ao grupo. Em sua função diferenciada, no entanto, visa a salientar as diferenças individuais, preparar as pessoas segundo suas competências particulares, formando-as para profissões e atividades específicas.

Existem os efeitos não intencionais da avaliação, por exemplo, aprendizagem superficial e não profunda, as limitações de cada método, incluindo o custo, o tempo de faculdade necessário para a pontuação dos exames e a cultura dominante do programa ou da instituição em que a avaliação está a decorrer. Caso essas

avaliações sejam mal planejadas, elas podem inadvertidamente desmotivar os alunos da aprendizagem profunda. (SANT'ANNA, 2014).

A avaliação do estudante constitui, possivelmente, a etapa de maior relevância em todo o processo educacional, permitindo aos docentes e aos estudantes averiguarem se os objetivos educacionais planejados estão se desenvolvendo no rumo traçado, corrigindo-se eventuais distorções. A forma e o conteúdo das avaliações são importantes, por constituírem poderoso determinante de como os estudantes estudam e aprendem. (LOWRY, 1993).

As avaliações na educação médica devem ter três objetivos principais: (1) motivar e orientar os treinamentos dos médicos praticantes a aspirar continuamente a níveis mais elevados de especialização, (2) identificar os médicos que não são competentes para praticar com segurança e (3) fornecer provas de que o estagiário está pronto para o treinamento avançado ou prática não supervisionada. (KALET, PUSIC, 2014, p6).

Para Dantas (1996), o Internato Médico é um ótimo momento para o desenvolvimento de um processo avaliativo que seja pleno e completo, pois, o aprendizado em serviço possibilita ao professor – médico uma oportunidade privilegiada de ensino e avaliação.

2.4 MUDANÇA NA CONCEPÇÃO DO PENSAMENTO E NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Segundo Minayo (2014), o positivismo constitui a corrente filosófica que mantém o domínio intelectual no seio das Ciências Sociais na relação com Medicina e Saúde. Porém, essa forma de pensar é alvo de muitas críticas e a mais forte restrição a essa corrente vem da constatação de que os seres humanos não são simples forma, mas possuem uma vida interior que escapa à observação primária e que, em si, constitui uma realidade passível de análise. A força do positivismo de Comte e Durkheim associa-se a sua funcionalidade para o poder, sobrevalorizando-se a tendência de usar instrumento de análise como se eles falassem por si mesmos, na ilusão de que nada há além deles.

A falta de perspectiva epistemológica dos que se empenham escrupulosamente na construção de modelos matemáticos para seus dados e que se mostravam totalmente incapazes de fazer uma análise sociológica dos indicadores que geravam, deixando, aos demandantes, total liberdade para usá-los de acordo com interpretações que passam por interesses pessoais. O escrúpulo profissional propalado pelos positivistas, que consiste em não interpretar pelo fato ou processo algum que não possa ser comprovado por dados matemáticos, na verdade se configura como uma subserviência ao poder. (MINAYO, 2014).

O funcionalismo, então, como variante do positivismo não reduz mais a ciência do social à descrição de acontecimentos ou de fatos observáveis. A ideia agora, é reproduzir as condições globais da existência social de um grupo, descrevendo-as em sua complexidade, diversidade e movimento integrativo de tal forma que possam ser comparadas. (MINAYO, 2014).

As teorias compreensivas, tendo Dilthey como um dos seus expositores reconhecidamente antipositivista, vem influenciar o modo de pensar, afirmando que os fatos humanos não são suscetíveis de quantificação e de objetivação porque cada um deles tem sentido próprio e identidade peculiar, exigindo uma compreensão específica e concreta. (MINAYO, 2014).

Teses do pensamento crítico da área da saúde coletiva: a) a atenção médica não tem significado necessariamente a melhoria de qualidade de saúde da população (MCKEOWN, 1984); b) o caráter dominador da medicina tem induzido a prática médica a aplicar cada vez mais seu controle sobre o corpo, sobre os eventos da vida humana, sobre os ciclos biológicos e sobre a vida social (BOLTANSKI, 1979); c) o profissionalismo médico tem redundado principalmente na defesa de privilégios corporativos e servido mais para atender a interesses econômicos do que para responder às necessidades de saúde da população (BOLTANSKI, 1979; AROUCA, 1975).

Os questionamentos trazidos pelas teorias compreensivas para o campo da saúde, quando não são tomadas em suas vertentes reducionistas, têm sido fundamentais para a compreensão de fenômenos focalizados, locais e específicos e para humanizar o sistema de saúde.

Segundo Vasconcelos (2013) parece que o que tem maior força na prática da escola são coisas que não estão escritas em lugar algum (currículo oculto), exemplos, selecionar aptos, premiar os bons, preparar para os exames, cumprir o programa, ter domínio de classe, agradar os pais, entender que ser bom professor é ser temido pela classe. Por isso, o autor identifica a necessidade de envolvimento dos sujeitos com tal processo, para haver mudança é preciso compromisso com uma causa, que pede tanto a reflexão, a elaboração teórica, quanto a disposição afetiva, o querer.

A premissas do pensamento sistêmico sugerem aos profissionais que atuam de forma transdisciplinar posturas metodológicas: ampliação do foco, contextualizando o fenômeno em estudo, aposta nos processos de auto-organização, nem tudo é positivo ou negativo, existem muitos caminhos que torna impossível controlar a direção dos processos. O caminho da objetividade é colocado entre parênteses, o estudioso se reconhece parte do sistema e entende que só há sentido na co-construção das soluções. Exige um exercício de um olhar e uma abordagem diferente, que ilumina aquele ponto cego da visão unidimensional, fazendo-o enxergar as interações; subverte a mente compartimentalizada, buscando fazer as diferenças e as oposições se comunicarem; e modifica a prática antiga que só valoriza regularidades e normas. (MINAYO, 2014).

Na área da saúde coletiva o pensamento sistêmico traz a possibilidade de um olhar mais abrangente e complexo que atravessa as interconexões entre o biológico, o social e o ambiental. (MINAYO, 2014).

Para Morin (2000), ficamos *experts* em resolver problemas localizados, mas perdemos a capacidade de ver o todo e o essencial. (MORIN, 2000). É preciso desestabilizar as formas vigentes de raciocínio; analisar não só os produtos simbólicos, mas também seus modos de produção, tanto do ponto de vista de sua vinculação com a base material da existência quanto com o funcionamento da própria subjetividade (sensibilidade, percepção, memória, pensamento, linguagem, emoção, reflexos, esquemas, *habitus*, funções, lógicas, estruturas, princípios, regras, quadros, estratégias, categorias de pensamento), falta de visão coletiva, de processualidade e de exercício crítico. (VASCONCELOS, 2013).

A visão behaviorista está na modificação de comportamento quando alguém que ensina produz em alguém que aprende. A avaliação é classificatória, o controle é permanentemente exercido sobre o aluno para que ele demonstre comportamentos definidos como ideais pelo professor. O dialogar como perguntar e ouvir respostas e registrar os resultados. A visão construtivista/ sociointeracionista influi na construção do conhecimento e na organização das experiências vividas pelos sujeitos numa compreensão progressiva das noções. (HOFFMAN, 2014).

Seguindo esta linha construtivista, a avaliação mediadora, proposta por Hoffman (2014), seria uma ação provocativa do professor, desafiando o aluno a refletir sobre as situações vividas, a formular e a reformular hipóteses, encaminhando-se a um saber enriquecido. O processo de dialogar e refletir sobre o objeto de conhecimento. Acompanhar e favorecer o estudante a “vir a ser” por meio de ações educativas que promovam a superação.

Para Vasconcellos (1998, p. 85):

Avaliação é um processo de captação das necessidades, a partir do confronto entre a situação atual e a situação desejada, visando uma intervenção na realidade para favorecer a aproximação entre ambas. Avaliar é ser capaz de acompanhar o processo de construção do conhecimento do educando, para ajudar a superar obstáculos. É diferente de “ensinar” e cobrar o produto final, e ser capaz de dizer se confere ou não com o certo, com o parâmetro.

A diminuição da confiança do público nos cuidados de saúde tem despertado o interesse em um maior controle público sobre o setor de saúde. O controle é um esforço para excluir o risco, enquanto a confiança implica que o risco deve ser aceito em certa medida. (CATE, 2015). Para Kalet (2014), a avaliação impulsiona o currículo e a aprendizagem sendo um desafio alinhar a avaliação com os resultados de competência desejados.

Segundo Irby (2010), o relatório da Fundação Carnegie, que comemorava o centenário do Relatório Flexner, apelou para uma reforma fundamental da educação médica. Uma chamada para a reforma da faculdade de medicina e residência, que exige (1) padronização dos resultados de aprendizagem e individualização do processo de aprendizagem, (2) promoção de múltiplas formas de integração, (3) incorporar hábitos de investigação e aprimoramento e (4) focar a formação

progressiva da identidade profissional do médico. Os autores, que escreveram o relatório Carnegie de 2010, traçam as sementes desses temas no trabalho de Flexner e descrevem suas próprias concepções, abordando os desafios anteriores e atuais da educação médica, bem como recomendações para alcançar a excelência. Os autores esperam que o novo relatório gere a mesma empolgação com a inovação educacional e a reforma da educação médica de graduação e pós-graduação, como o Relatório Flexner fez há um século.

O Instituto Internacional de Educação Médica produziu um consenso internacional sobre os resultados da aprendizagem ou requisitos essenciais mínimos esperados de um aluno em graduação em medicina. O modelo é baseado no essencial aspectos da competência de um médico generalista que incluem as habilidades clínicas, processuais, de investigação, gestão, promoção da saúde, comunicação e informação. Avalia as habilidades com conhecimento e compreensão, princípios éticos / legais, raciocínio clínico e habilidades de tomada de decisão e o desenvolvimento das características pessoais do médico, tais como o entendimento dos papéis dos médicos em sociedade e seu desenvolvimento pessoal como aprendizes ao longo da vida profissional. Este modelo também tem sido usado em outros países como a Espanha e Suécia e na formação de médicos e especialistas juniores no Reino Unido. (FRIEDMAN, 1999).

2.5 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS (DCNS)

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em Medicina visam a ênfase na formação médica utilizando os princípios do SUS, valorizando a gestão do cuidado integral e o desenvolvimento das capacidades de envolvimento multiprofissional com atuação direta na comunidade, salientando uma educação centrada no aluno.

De acordo com o Art. 24º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em Medicina, a formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, o estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviço próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-

Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

E ainda, conforme o Art. 31º. da mesma diretriz, as avaliações dos estudantes basear-se-ão em conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCNs objeto desta Resolução. (BRASIL, 2014).

2.6 AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS

O estudante deve 'mostrar como' ele / ela leva uma história, examina um paciente conforme apropriado, interpreta os achados e formula um plano de ação para chegar a um diagnóstico final. A literatura traz novas ideias para abordar essa avaliação. Desde técnicas para avaliação de habilidades como OSCE (Exame Clínico Objetivo Estruturado), até a criação de EPAS (*Entrustable Professional Activities*), em português seriam 'Atividades Profissionais Confiáveis', que definem marcos a serem alcançados para que o médico residente progrida no alcance de competências e conseqüentemente ganhe mais autonomia até que sejam declarados aptos para a prática sem supervisão. Essa ideia já está em prática em vários locais de outros países. (SHUMWAY&HARDEN, 2003; KALET, 2014; HOLMBOE, 2004; CATE 2015)

Educação baseada em competências é definida por uma capacidade alcançada para ser realizada no local de trabalho como o resultado da educação. A aquisição de competências, integrando conhecimentos, aptidões e atitudes para trabalhar na prática deve ser confirmada num ambiente de trabalho através de avaliação. (EPSTEIN, HUNDERT, 2002).

Competências são descritores individuais das qualidades das pessoas e as EPAs descrevem o trabalho que está sendo feito ou deve ser feito no local de trabalho. Uma EPA é uma unidade de prática profissional que pode ser totalmente confiada a um estagiário, assim que tiver demonstrado a competência necessária para executar esta atividade sem supervisão. (CATE, 2015).

A definição da competência médica evoluiu de uma impressão vaga e intuitiva para uma articulação mais analítica de áreas de competência com expectativas bem definidas dentro de cada área. "A competência não é uma conquista, mas sim um hábito de aprendizagem ao longo da vida." (KALET, 2014).

A avaliação de competência, portanto, tem como princípios básicos a observação do desempenho do estudante em tarefas clínicas específicas executadas em pacientes, bem como o correspondente juízo de valor sobre a adequação desse desempenho. Os instrumentos devem avaliar o estudante "mostrando como faz", devendo ser consideradas as habilidades clínicas, psicomotoras, a interação com o paciente, o manejo da informação, a capacidade de julgamento, síntese e decisão e a preservação de atitudes éticas. (FEUERWERKER, 2002).

Alguns professores preferem ignorar essas fontes adicionais de informações sobre as habilidades clínicas do aluno por causa do potencial falta de confiabilidade dos dados ou o custo de recolher e analisar. Para que os professores melhorem o trabalho de avaliação, é necessária uma compreensão do processo de avaliação, uma apreciação dos resultados da aprendizagem e o reconhecimento das ferramentas mais apropriadas para avaliar cada resultado. (SHUMWAY&HARDEN, 2003).

Uma abordagem para preparar os médicos para a prática que é fundamentalmente orientada para graduar habilidades de resultado e organizado em torno de competências derivadas de uma análise das necessidades da sociedade e do paciente. Isso desestimula o treinamento baseado no tempo e promete uma maior responsabilização, flexibilidade e centrado no aluno". (FRANK et al., 2010).

2.7 SUBJETIVIDADE NA AVALIAÇÃO

Para Schutz (1979), os conhecimentos construídos a partir da compreensão da realidade social e divide em três categorias: o vivido e o experimentado no cotidiano, a epistemologia que investiga esse mundo vivido e o método científico para proceder à investigação. A intersubjetividade é vivida em situação de "familiaridade" sob a forma do "nós" permitindo a compreensão do outro como único

em sua individualidade. E ao contrário da intersubjetividade, existente a situação de anonimato que, na teoria de Schutz, é a negação da vida social pois, nela, a unicidade e individualidade dos sujeitos não são reconhecidas. O grau máximo de anonimato é a consideração do outro como número ou função. (MINAYO, 2014).

A subjetividade é inerente ao processo de elaboração de questões em todos os graus de ensino. No momento em que o professor formula uma questão, seja oralmente ou por escrito, revela uma intenção pedagógica e uma relação como estudante, o que implica obrigatoriamente subjetividade. As questões elaboradas revelam o entendimento do professor sobre os assuntos, sua compreensão sobre as possibilidades dos estudantes, sua visão de conhecimento. Ao fazê-las, ele seleciona temas que lhe parecem prioritários, o vocabulário utilizado é parte de sua vivência pessoal, a pergunta elaborada segue uma semântica própria. Isso significa que não há como isolar o professor que pergunta da pergunta que ele faz. Ela é reveladora do indivíduo, do seu conhecimento a respeito dos fenômenos. (HOFFMAN, 2014).

Os professores preocupam-se em eliminar o processo de correção da subjetividade porque na visão tradicional da avaliação, a correção é que determina a aprovação ou reprovação do estudante. Em nome da “justiça” buscam tarefas que evitem ao máximo possíveis interpretações evitando a variabilidade de escores decorrente de caráter subjetivo o que levaria ao professor cometer injustiças no momento de tomada de decisão final. (HOFFMAN, 2014).

Hoffman (2014) sugere que elaboração e correção de tarefas avaliativas não deveriam ser um problema, mas um elemento a trabalhar positivamente, utilizando o momento de correção como um momento de reflexão sobre as hipóteses que vieram sendo construídas pelos estudantes e não como resultados definitivos.

Vasconcelos (2013) descreve dificuldades para uma mudança da prática de avaliação da aprendizagem do ponto de vista subjetivo do educador: não estar suficientemente convencido da necessidade de mudar, não conseguir vislumbrar um caminho para mudança e não ter clareza conceitual. Exemplos: achar que se faz avaliação formativa só porque não se trabalha mais com notas estabelecendo uma dicotomia entre qualitativo e quantitativo na avaliação; associar-se á crítica à prova com a ideia de que agora não se deve mais recorrer a qualquer avaliação que seja escrita.

É comum a falta de convencimento da necessidade de mudar por parte dos educadores. Diante da constatação da realidade mais geral que envolve situações de avaliação (sociedade cada vez mais seletiva: luta pelo emprego, concursos, Exame nacional de Cursos), o próprio professor vacila. O docente cheio de boas intenções de quere “preparar para a vida”, vive o conflito de ser cobrado pela instituição, pelos pais “por que não preparou para os exames?”. (VASCONCELOS, 2014).

Uma avaliação sofre influências de pressupostos subjetivos do avaliador que decide os padrões de qualidade. Portanto, é necessária uma ética do avaliador, garantindo a legitimidade da avaliação com a possibilidade de diálogo, assim como a existência de marcos objetivos claros que justifiquem as decisões. Ainda assim, todas as questões de caráter subjetivo pertinentes ao educador e à sua concepção de mundo, direta ou indiretamente aparecem nas práticas avaliativas. (DUMBAR, NICHOLS, 2012).

Vasconcelos (2014) sugere que condições subjetivas para mobilização do professor, embora não suficiente, são absolutamente necessárias no processo de construção do interesse pro aprendizado. O autor questiona em que medida não seria possível ver na grande queixa dos professores em relação á falta de interesse dos estudantes a projeção de seu próprio desinteresse? Freud dizia que conhecer dá prazer.*

É necessário reconhecer que a avaliação, além de aspectos técnicos e científicos, tem um alto grau de componentes políticos e éticos, que ultrapassam os critérios de cientificidade e objetividade e trazem uma elevada dose de subjetividade e de elementos imprevisíveis.

* FREUD, S. Cinco Lições de Psicanálise. In Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural.

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO E MÉTODO DA PESQUISA

Foi um estudo descritivo exploratório. A abordagem foi qualitativa com utilização da técnica de grupo focal para investigação. Aprovado pelo CEP das Faculdades Pequeno Príncipe sob nº 81043617.8.000.5580.

A escolha da técnica de grupo focal foi porque favorece a obtenção de informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para consenso, seja para explicitar divergências. Na área de saúde, o grupo focal tem sido mais consistentemente usado a partir da segunda metade dos anos 80 (CARLINI-COTRIM, 1996; VEIGA; GONDIM, 2001).

Valoriza-se ainda, no emprego do grupo focal, a flexibilidade do seu formato, que permite ao moderador explorar perguntas não previstas e incentivar a participação dos integrantes; além disso, são referidos como pontos positivos: seu baixo custo e rapidez no fornecimento de resultados (GOMES; BARBOSA, 1999; RALLIS; ROSSMAN, 1998; GREENBAUM, 1998).

A utilização dos grupos focais, de forma isolada ou combinada com outras técnicas de coleta de dados primários, revela-se especialmente útil na pesquisa avaliativa. Vale lembrar que nos estudos de avaliação de implantação de programas e estratégias de saúde, que costumam subsidiar a tomada de decisão, são mais valorizadas as metodologias de inspiração construtivista, posto que, nestes casos, é necessário apreender a complexidade do objeto e seu caráter dinâmico (NOVAES, 2000).

Para Kitzinger (2000), o grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços.

O grupo focal difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da

investigação, cabendo a este a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (PATTON, 1990; MINAYO, 2000).

Um dos benefícios dos grupos focais, é a eficácia da técnica na obtenção de informações qualitativas, relativamente complexas, com um mínimo de interferência dos pesquisadores (RALLIS; ROSSMAN, 1998; MORGAN,1998). Para isso, o moderador deve ter o papel de focalizar o tema, promovendo a participação de todos, inibindo a monopolização da palavra e aprofundando a discussão. Conforme Minayo (2014) o moderador deve: a) introduzir e manter a discussão; b) orientar que não haveria respostas certas ou erradas; c) encorajar a palavra de cada um; d) buscar as deixas para propor aprofundamentos; e) construir relação entre os participantes para aprofundar, individualmente, respostas e comentários considerados relevantes para a pesquisa; f) observar a comunicação não verbal e g) monitorar o tempo do debate.

Ainda no tocante ao moderador, uma condição de partida é que ele tenha substancial conhecimento do tópico em discussão para que possa conduzir o grupo adequadamente. (TRAD, 2009).

A população estudada foi de egressos do internato de saúde coletiva que passaram pelo Estágio de Saúde Coletiva na Unidade de Saúde Santos Andrade, em Curitiba durante o período de abril de 2011 a dezembro de 2015, todos provenientes da mesma instituição de ensino superior com currículo tradicional e submetidos à mesma ementa pedagógica.

Primeiramente os possíveis participantes foram contatados por meio do WhatsApp para tomar conhecimento da pesquisa e optarem por participar. Após foi feito um segundo contato com quem respondem as mensagens demonstrando interesse, sugerindo três opções de datas e esclarecendo o local para agendar a possibilidade de um ou mais encontros para realização da técnica de grupo focal.

As amostras não foram pensadas por quantidade e nem sistematizadas, mas foi levado em consideração a maior abrangência possível dos atores sociais sendo enviado o convite para 90 dos aproximadamente 130 egressos que constituíam a população pesquisada (discentes que passaram pelo estágio entre abril de 2001 a dezembro de 2015).

Foram esgotadas todas as possibilidades de reunir os que manifestaram algum interesse em participar da pesquisa considerando o desejo pessoal, a disponibilidade e a possibilidade de presença física no grupo. O ponto de pausa ocorreu no limite dos recursos disponíveis, conforme (RITCHIE; LEWIS; ELAM, 2003).

A amostra foi suficiente para o propósito de dar corpo à pesquisa e torná-la defensável como refere Mason (2010). Ou seja, os grupos se esgotam quando não apresentam novidades em termos de conteúdo e argumentos, os depoimentos tornam-se repetitivos e previsíveis; ou seja, acredita-se que a estrutura de significados tenha sido apreendida (VEIGA; GONDIM, 2001).

As reuniões ocorreram, em um local neutro, um Café Bistrô acolhedor, lugar calmo e agradável e tiveram a duração de 1 hora e 30 minutos até 2 horas.

3.2 COLETA DE INFORMAÇÕES

Foram concretizados 4 grupos focais. As reuniões tiveram números diferentes de egressos. A primeira reunião forma 2 entrevistadas, na segunda reunião 7, na terceira 3 e na quarta reunião compareceram 4 egressos. Todos os grupos tiveram a presença do moderador (a pesquisadora) e de um relator (um convidado). Teve uma entrevista gravada à distância.

A técnica foi aplicada mediante um roteiro que iniciou com uma pergunta geral e seguiu com outras mais específicas em um ambiente não diretivo, sob coordenação da pesquisadora como moderadora que possibilitou a participação e o ponto de vista de cada um. (APÊNDICE 2)

Como em Schader (1987), o autor reconhece, que grupos sociais atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas desenvolvem opiniões informais abrangentes sobre estes; deste modo, quando se apresenta uma situação de interlocução entre os membros de um desses grupos a respeito de um dado fato ou situação, tais opiniões se impõem, influenciando normativamente na consciência e no comportamento individual.

Foi utilizada técnica de Análise Temática para tratamento das informações conforme os conhecimentos de Maria Cecília de Souza Minayo (2014).

Na primeira etapa, as entrevistas foram digitadas na íntegra (fase de pré análise) e de organização do material e então realizada a leitura flutuante para descobrir os núcleos de sentidos que compunham a comunicação.

Após a retomada da pergunta de pesquisa “Como os egressos se sentiram avaliados durante o internato de saúde coletiva?”, as identificações das possibilidades de respostas no discurso transcrito foram separadas por temas (unidades de contexto) e em seguida foi realizada uma interpretação da síntese de cada dito (unidades de registro). Essas informações foram então organizadas em tabela no Word. Além de recortes separados considerados relevantes na primeira fase (fase de pré-análise).

Após essa fase, foi realizado a classificação e agregação das informações escolhendo as categorias analíticas (análogas ao plano de avaliação realizado durante o internato em Saúde Coletiva, sugerido na ementa da disciplina) e posteriormente foram criadas as categorias empíricas, desenvolvidas ao longo da interpretação dos resultados com a influência da fundamentação teórica e a experiência da pesquisadora.

Para a classificação em categorias específicas foram respeitados: único princípio de classificação (os tipos de avaliação), ser exaustivo (as categorias incluindo todas as respostas) e permitiu a inclusão de qualquer resposta numa das categorias do conjunto mutuamente exclusivas. (MINAYO, 2014).

Foram respeitados aspectos éticos sem causar danos aos pesquisados durante a realização do grupo na presença do moderador e também na discussão dos resultados preservando a anonimidade de todos os participantes sendo a identificação substituídas por letras do alfabeto, seguidas do ano em que realizou o estágio e número romano referente ao grupo focal do qual participou. Todas as falas transcritas na dissertação foram conjugadas no masculino para preservar a identificação.

A técnica possibilitou construir uma série de possibilidades de informações que me permitiram ampliar o olhar e obter mais informações sobre a realidade.

Todos os achados empíricos trazidos na fala dos egressos foram sendo confrontados com uma vasta literatura que, a partir de uma revisão inicial, fui

descobrir e dela me apossando durante e depois do estudo. As questões surgidas nos grupos focais me ajudaram a entender as referências teóricas e vice-versa. Caso me perguntem se esgotei todas as possibilidades e se houve uma saturação na compreensão do objeto 'a percepção dos egressos sobre a avaliação', direi que não. Mas tenho certeza de que me aproximei bastante do objeto e consegui mostrar como o tema é complexo.

3.3 INSTRUMENTO UTILIZADO

O roteiro de entrevista foi pensado para que o egresso falasse livremente, expondo suas lembranças e opiniões com o mínimo possível de indução externa de ideias sobre o assunto. Inicialmente com uma pergunta esclarecedora sobre o tema a ser discutido (Como você compreende avaliação de rendimento?), e após a pergunta principal (Como você sentiu ser avaliado durante o internato em Saúde Coletiva?). As perguntas subsequentes com o intuito de desenvolver a discussão foram: percebeu que foi avaliado pelo conhecimento, pelas habilidades e atitudes? Conte sobre os pontos positivos, negativos e sugestões de sua avaliação; Recebeu algum feedback?; Qual forma de avaliação mais contribuiu para seu aprendizado profissional? (APÊNDICE 1).

Para potencializar a técnica, cuja finalidade é captar impressões dos informantes, valorizando, portanto, dimensões simbólicas e/ou subjetivas, não é conveniente incorporar no roteiro questões objetivas que poderiam ser obtidas através de outras fontes. (TRAD 2009).

É preciso ter em mente que estudos com grupo focal não oferecem boas estimativas de frequência, uma vez que não é esse seu propósito (CARLINI-COLTRINI 1996).

Segundo Trad (2009), o roteiro de questões que irá nortear a discussão nos grupos deve conter poucos itens, permitindo certa flexibilidade na condução do grupo focal, com registro de temas não previstos, mas relevantes. Convém estruturar o roteiro de tal modo que as primeiras questões sejam mais gerais e mais "fáceis" de responder. Esta estratégia visa a incentivar a participação imediata de todos. Gradativamente vão sendo inseridos os tópicos mais específicos e polêmicos, bem como questões suscitadas por respostas anteriores. Devem ser evitadas questões

que se iniciem com a expressão “por que”, as quais podem deixar os participantes numa situação muito defensiva, admitindo o lado “politicamente correto” da questão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Para o primeiro grupo focal compareceram 2 egressos que participaram do estágio em Saúde Coletiva no ano de 2012 e outro do ano de 2014. Todas do sexo feminino acompanhadas do moderador (a pesquisadora) e de um relator.

O segundo grupo focal contou com a presença de 9 egressos, 2 deles passaram pelo estágio em 2011, 1 em 2013 e a maioria (5) em 2015, 5 femininos e 2 masculinos.

Para o terceiro grupo focal, 3 egressos estiveram presentes, sendo que 2 realizaram o estágio em 2015 e 1 egresso em 2016, 2 femininos e 1 masculino.

O quarto e último grupo focal realizado contou com 4 egressos, 1 concluiu o estágio em 2013 e 3 deles concluíram em 2015, 3 femininos e 1 masculino.

Um egresso masculino participou com seu depoimento gravado à distância seguindo o mesmo roteiro utilizado nos grupos focais. (ANEXO 1).

A amostra total foi de 17 egressos com idade entre 26 e 37 anos, sendo 13 do sexo feminino e 4 do sexo masculino.

Os egressos foram todos profissionais de áreas clínicas, a maioria (14) atuantes nas áreas básicas (Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia Obstetrícia) e a minoria (3) em especialidades (Reprodução Humana, Radiologia e Dermatologia). Apenas um egresso no momento estava atuando como docente.

A maioria, 11 egressos, frequentaram o estágio no ano de 2015, 2 em 2016, 2 em 2011 e apenas 1 estudante em 2013.

TABELA 1 – PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Egressos	Idade	Sexo	Ano estágio	Especialidade atual
GRUPO 1				
A/2014/I	26	Feminino	2014	Clínica médica
B/2015/I	32	Feminino	2015	Medicina de família e comunidade
GRUPO 2				
C/2015/II	26	Feminino	2015	Clínica médica
D/2015/II	27	Feminino	2015	Medicina de família
E/2016/II	27	Masculino	2016	Clínica médica
F/2013/II	29	Feminino	2013	Pediatria
G/2011/II	36	Feminino	2011	Generalista (PSF)
H/2011/II	28	Feminino	2011	Dermatologia
I/2015/II	27	Masculino	2015	Clínica médica
J/2015/II	27	Masculino	2015	Generalista (consultório)
K/2015/II	27	Feminino	2015	Clínica médica
GRUPO 3				
L/2105/III	28	Feminino	2015	Ginecologia e obstetrícia
M/2015/III	28	Masculino	2015	Clínica médica
N/2106/III	26	Feminino	2016	Generalista (UPA)
GRUPO 4				
O/2015/IV	37	Masculino	2015	Medicina de família e comunidade
P/2015/IV	27	Feminino	2015	Medicina de família e comunidade
Q/2015/IV	27	Feminino	2015	Radiologia
R/2013/IV	29	Feminino	2013	Reprodução humana/ Docente
À DISTÂNCIA				
X/2015	27	Masculino	2015	Generalista (PSF)

FONTE: O autor (2018).

4. 2 UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE CONTEXTO

O primeiro passo foi organizar as informações transcritas da fala dos egressos e sintetizá-las em “unidades de registro” ou “unidades de significado”, que é o elemento unitário de conteúdo a ser submetido posteriormente à classificação. A unidade de contexto serve para dar um significado completo à unidade de análise que pode perder o sentido quando isolada e permitir a categorização.

QUADRO 1 - UNIDADES DE REGISTRO, UNIDADES DE CONTEXTO

Unidades de registro	Unidades de contexto
<p>Não lembro ou não teve. Estressante. Era injusta. Diferente pra cada professor. Sem feedback. Não gerou aprendizado Não ser o principal método. Ter um peso menor. Pode ser eliminada. Ter feedback.</p>	<p>Provas</p>
<p>Menos estressante. Melhor aprendizado. Importante a proximidade com o professor. Importante na passagem do caso. Importante com caso real. Era estressante. Tinha dificuldade na relação com o professor. Foi subjetiva. Efeito emocional Ser julgado distinção entre os gêneros. sem feedback gerava inibição Estabelecer previamente os objetivos avaliados.</p>	<p>Avaliação Diária</p>
<p>Insegurança do professor. unidirecional Feedback negativo. Desconhecimento do professor ausência de professor. Não aceitação da critica informalidade subjetividade Faltava de meta. Mais objetividade. Feedback de todos os professores.</p>	<p>Feedback Mensal</p>
<p>Na pontualidade, uso do jaleco Na atitude com os profissionais Na busca ativa de pacientes No manejo casos complexos. No relacionamento em equipe de saúde. No relacionamento com o paciente. Na passagem do caso. Na realização do exame físico. Tudo meio junto. Na construção do registro. Na Utilização evidências científicas. Não teve procedimento. Não tinha habilidades manuais. Teve pouco. procedimento. Subjetividade. Feedback sobre postura e relacionamentos. Ter mais procedimentos.</p>	<p>Habilidades e atitudes</p>
<p>Reforçava o conhecimento técnico. Útil profissionalmente. Forçava buscar informação. Avaliava indiretamente. Injusto para aluno tímido.</p>	<p>Seminários e Lecs</p>

Relação próxima. Professor conhece o aluno. Dias que você estava bem e outros que não. Avaliado subjetivamente. Tinha que me adequar ao jeito do professor. Senti um conflito de gênero. Teve Julgamento pessoal. Ruim ser comparado. Falta de empatia do professor. Forte preconceito com especialistas focais. Tentativa convencimento e não reflexão. Professor ter uma posição mais neutra. Ter contato com todos os professores.	Relação com o professor
---	-------------------------

FONTE: O autor (2019).

As unidades de contexto (Avaliação por prova, Avaliação diária, Avaliação por feedback mensal, Avaliações por LECs e Seminários, Avaliação de habilidade e atitude e Relacionamento com o professor), foram organizadas em tabelas dentro de categorias específicas (Pontos positivos, Pontos negativos e Sugestões) para melhor organização geral dos dados. Posteriormente, foram acrescentadas as Categorias empíricas com o intuito de trabalhar todas as informações coletadas nas entrevistas realizando a discussão com a literatura.

4.3 AVALIAÇÃO POR VÁRIOS MÉTODOS

Houve uma descrição semelhante em todos os grupos focais de que o internato em saúde coletiva teve uma avaliação discente realizada por vários métodos: prova teórica (pré-teste e teste final), avaliação das atividades práticas diárias, feedback individual mensal com os professores, realização de LECs (Linha Essencial de Cuidados - resumo de agravos) e Seminários (revisão teórica de grandes temas como hipertensão, diabetes e outros).

Os quadros a seguir mostram uma seleção das unidades de contexto de acordo com as categorias específicas (Pontos positivos, Pontos negativos e Sugestões) em relação aos métodos de avaliação.

QUADRO 2 – PONTOS POSITIVOS DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

Como se sentiu avaliado...	Pontos positivos
por prova?	Importante para rever conteúdos necessários. (H/2011/II) Importante para a prova de residência. (O/2015/IV) É mais concreta. (A/2014/I) Ajudou adquirir conhecimento. (A/2014/I) Não foi a principal (P/2015/IV) Não reflete o conhecimento (Q/2015/IV)
diariamente?	Menos estressante. (A/2014/I, B/2012/I) Melhor aprendizado. (A/2014/I, B/2012/I, F/2013, M/2015/III, L/2015/III, N,2016/III, O/2015/IV, O/2015/IV, Q/2015/IV) Importante a proximidade com o professor. (A/2014/I) Importante na passagem do caso real (A/2014/II, D/2015/II, E/2015/II, L/2015/III, M/2015/III) Importante o feedback. (G/2011/II, M/2016/III, O/2015/IV, P/2015/IV, Q/2015/IV) Importante para vida profissional. (B/2012/I, H/2011/II, M/2015/III, O/2015/IV, X/2015) Tinha objetivos (O/2015/IV, Q/2015/IV) Oportunidade de aprendizagem (M/2015/III, O/2015/IV, X/2015) Oportunidade de discussão em equipe. (G/2012/II, E/2016/II, M/2015/III) Importante para autonomia. (H/2011/II, L, 2015/III, R/2013/IV, O, 2015/IV, Q/2015/IV)
feedback mensal?	Reconhecimento das falhas. (M/2015/III), Mostrou os pontos positivos. (I/2015/II) Foi melhor que uma prova. (D/2012/II) Teve a opinião de mais de um professor. (M/2015/III) Foi um “brainstorn”. (M/2016/III) Foi bom receber a crítica. (B/2012/I, H/2011/II, N/2016/III, R/2013/IV, P/2016/IV, Q/2015/IV) Foi coerente (I/2015/II) Foi bom ter a opinião de mais de um professor (M/2015/III)
em habilidades e atitudes?	Na pontualidade, uso do jaleco (G/2011/II) Na atitude com os profissionais (L/2015/III, Q/2015/IV) Na busca ativa de pacientes (L/2015/III) No manejo casos complexos. (L/2015/III) No relacionamento em equipe de saúde. (B/2012/I) No relacionamento com o paciente. (B/2012/I, M/2015/III) Na passagem do caso. (L/2015, III, M/2015/III) Na realização do exame físico. (R/2013/IV) Tudo meio junto. ((B/2012/I, P/2013/IV) Na construção do SOAP ² . (M/2015, III, O/2015/III, X/2015) Na Utilização de <i>guidelines</i> , Dynamed ¹ (H/2011/II, O, 2015/IV)
em seminários e LECS?	Reforçava o conhecimento técnico. (N/2015/III, P/2016/IV, X/2015) Adorava fazer e utilizo até hoje. (H/2011/II, X/2015) Forçava buscar informação. (L/2015/III, M/2015, III, P/2015/IV, X/2015) Avaliava indiretamente no atendimento do paciente (M/2015/III)
na relação com o professor?	Relação próxima. (A/2014/I, Q/2015/IV, O/2015/IV, X/2015) Falta de empatia do professor (A/2014/I, N/2016/III, H/2011/II, Conflituosa (G/2011/II, D/2015/II, E/2015/II, C/2015/II, X/2015) Subjetiva (A/2014/I, F/2013/II, N/2016/III)

FONTE: O autor (2018).

1 Dynamed é uma plataforma *on line* para consulta à informação médica baseada em evidência científica atualizada.

QUADRO 3 – PONTOS NEGATIVOS DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

Como se sentiu avaliado...	Pontos negativos
por prova?	Decorativa. (A/2014/I) Não lembro ou não teve. (A/2014/I, F/2013/II, C/2015/II, Q/2015/IV, M2015/III) Estressante. (A/2014/I, B/2012/I, C/2015/II) Era injusta. (A/2014/I) Diferente pra cada professor. (C/2015/II) Dependia da sorte. (A/2014/I) Sem feedback. (H/2011/II) Gerava inibição. (A/2014/I, O/205/IV) Não gerou aprendizado ((M/2015/III)
na avaliação diária?	Era estressante. (G/2011/II, C/2015/II) Tinha dificuldade na relação com o professor. (C/2015/II) Foi subjetiva. (A/2014/I, C/2015/II) Fui culpado pelo erro. (E/2015/II) Fui julgado pela opinião. (D/2015/II) Teve distinção entre os gêneros. (M/2015/III) Não teve feedback (N/2016/III, R/2013/IV) Gerava inibição (C/ 2015/II, O/2015/IV)
No feedback mensal?	Insegurança do professor. (C/2015/II) Foi unidirecional e não um diálogo. (H/2011/II) Feedback foi negativo. (I/2015/II) Professor que não me conhecia. (M/2015/III) Teve ausência de professor. (M/2015/III) Não gosto da crítica. (N/2016/III) Foi informal. (R/2013/IV) Foi subjetiva. (G/2012/II, F/2013/II, C/2015/II, N/2016/III) Faltava meta. (B/2015/I, F/2013/II)
em habilidades e atitudes?	Teve pouco procedimento. (N/2016/III), M2015, III), (L/2015/III) Foi subjetivo (G/2015/II, C/2015/II) Foi feedback sobre postura, relacionamentos (L/2015/III, M/2015/III)
em seminários e LECs?	Injusto para aluno tímido. (M/2015/III, N/2016/III, L/2015/III)
na relação com os professores?	Avaliado subjetivamente. (N/2916/III, X/2015) Tinha que me adequar ao jeito do professor. (G/2011/II, M/2015/III, N/2916/III, M/2015/III, M,2105/III,) Senti um conflito de gênero. (M/2015/III) Teve julgamento pessoal (D/2015/II, E/2015/II, F/2013/II, X/2015) Ruim ser comparado (H/2011/II) Falta de empatia do professor (H/2011/II, G/2015/II) Forte preconceito com especialistas focais. (D/2015/II) Foi convencimento e não reflexão. (D/2015/II)

FONTE: O autor (2018).

QUADRO 4 – SUGESTÕES DE MELHORIA POR MÉTODO DE AVALIAÇÃO

Como se sentiu avaliado...	Sugestões
por prova?	Não ser o principal método. Ter um peso menor. (P/2015/IV) Pode ser eliminada. (F/2013/II) Ter o feedback (D/2015/II)
na avaliação diária?	Estabelecer previamente os objetivos que serão avaliados. (B/2012/I, G/2015/II, O/2015, IV)
No feedback mensal?	Detalhar melhor previamente os pontos avaliados. (B/2012/I, H/2011/II) Mais objetividade. (B/2012/I, N/2016/III, F/2013/II) Feedback de todos os professores. (B/2012/I)
em habilidades e atitudes?	Ter mais procedimentos (P/2015/IV)
Na relação com os professores?	Professor ter uma posição mais neutra. (D/2015/II) Ter contato com todos os professores. (M/2015/III, L,2015, III)

FONTE: O autor (2018).

A avaliação é essencial para a aprendizagem; habilidades devem ser avaliadas em múltiplos modos e contextos; o conteúdo é o estímulo para a aprendizagem; a avaliação de desempenho implica critérios explícitos, feedback e autoavaliação; as habilidades essenciais devem ser avaliadas repetidamente ao longo do tempo para medir o crescimento; a avaliação deve ser cumulativa e abrangente; as deficiências devem ser remediadas. (FRIEDMAN, 1999).

“Não era um método fixo de avaliação, era um método diário, de certa forma te cobrava estudo diário, acho que me senti super bem avaliado, porque cobrava de mim todo dia, toda semana, em todo seminário, toda LEC, a cada atendimento que a gente fazia, depois discutíamos, se teria faltado alguma pergunta na história. A avaliação foi diária, semanal, mensal até o final do estágio.” (M/ 2015/III)

Existe uma recomendação forte da utilização de várias ferramentas de avaliação com a denominação de carteira. A confiabilidade de carteiras é, pelo menos em parte, devido à capacidade dos avaliadores desseguirem as normas e os critérios estabelecidos para o conteúdo. Sua confiabilidade é reforçada pela triangulação de evidência de várias fontes e, infelizmente, um instrumento padrão-ouro para medir a validade de uma avaliação é muitas vezes indisponível. Para avaliação de instrumentos, a validade diz respeito a uma medida específica em uma situação específica com um grupo específico de indivíduos. (FRIEDMAN, 1991).

A avaliação é um processo contínuo. Ela não pode ser esporádica nem improvisada, mas ao contrário deve ser constante e planejada. Nessa perspectiva a

avaliação faz parte de um sistema mais amplo que é o processo ensino-aprendizagem, nele se integrando. (HAYDT, 1997, p.13).

Segundo Baffa (2008), a avaliação só ganha sentido se integrada ao processo ensino-aprendizagem. Isolada, não passa de um instrumento arcaico que é preciso eliminar.

“Gostei da avaliação porque não se ateve a um tipo único de avaliação.” (D/2015II). O estudante de Medicina, além de adquirir um conjunto de conhecimentos fundamentais, necessita, também, dominar uma série de habilidades de complexidade variável, que nem sempre são de fácil avaliação e exigem diversidade de métodos e de instrumentos específicos. (MEGALE, 2009).

“A avaliação de saúde coletiva foi diferente se comparada com os outros estágios do internato pois não tinha especificamente uma prova ou uma nota. Era uma avaliação diária, desde o atendimento, montagem do SOAP, da sua relação com a Unidade de Saúde e com o paciente.” (M/2015/III)

O programa de avaliação deve ser multifacetado, quando inclui diversas fontes de dados de avaliação, cada um projetado explicitamente para alcançar objetivo próprio limitado (para o propósito) e motivar o esforço e profundo aprendizado. Ideal é a avaliação ser baseada em portfólio, testes de escolha múltipla, OSCE, exercício de exame clínico e pontuações de avaliação no local de trabalho. (KALET, 2014).

O que está sendo medido depende tanto no conteúdo da avaliação como da característica do método (VAN der VLEUTEN, 1996).

Shumway J.M e Harden R. M. (2003) sugerem o kit de ferramentas que deve incluir alguma forma de teste escrito, um teste como a OSCE em que a competência do aluno possa ser testada em uma situação simulada e avaliação do desenvolvimento da competência do aluno ao longo do tempo na prática clínica como relatórios dos tutores e portfólios, além da autoavaliação. Este pacote básico não é para ser exaustivo, de fato, as instituições são encorajadas a desenvolver estratégias de avaliação adicionais que atendam às necessidades particulares de suas próprias configurações.

Os instrumentos de avaliação podem ser descritos de acordo com certos critérios prescritos baseados em evidências e reconhecidos pelos profissionais da área. Os critérios mais comumente referidos são: (1) validade, (2) confiabilidade, (3) impacto no aluno e no programa educacional, e (4) praticidade incluindo custo. A validade de um instrumento é o grau em que um instrumento mede o que deve medir. (SHUMWAY & HARDEN 2003).

A literatura sugere a vantagem de usar simulações para avaliação de efeitos é que, os procedimentos normalmente difíceis de avaliar podem ser avaliados sob condições com alta 'fidelidade' sem colocar o aluno ou o paciente em risco. Em simulações, o *feedback* para o aluno pode ser dado instantaneamente para que o aluno possa responder a essa informação e corrigir o comportamento. O OSCE também tem um impacto potencialmente negativo pois mesmo contendo várias estações que mostram aspectos da medicina clínica, o aluno pode preparar-se para a o exame compartimentalizado das habilidades e não entendendo completamente a conexão e o fluxo das habilidades. (SHUMWAY & HARDEN 2003).

Os Portfólios também são muito recomendados para documentar o aprendizado dos alunos, porém eles não documentam competência ou qualidade. São elementos típicos de um portfólio: incidentes ou eventos críticos, uma publicação reflexiva ou diária, tutoriais e planos de aprendizagem, experiências clínicas, consultas gravadas revisões críticas de artigos (SNADDEN, 1999). Mas a literatura é fraca em determinar se portfólios são completados com precisão pelos aprendizes (ACGME e ABMS, 2000 citado em SHUMWAY & HARDEN 2003).

4.4 AVALIAÇÃO POR PROVA TEÓRICA

Hoffmann (2014) pontua que a avaliação deixa de ser apenas comprovação de resultados, verificação das metas atingidas, ou simples averiguação do grau de conhecimento adquirido pelos alunos, para ser um “continuum” solidificando as interações entre educando e educador ao longo do processo avaliativo.

“No internato a gente não teve prova escrita como durante toda faculdade que você senta e tem o tempo para responder as questões. O que eu percebi quando passei com o professor é que ele conhecia a gente... muito

contato. ...diferente de quando o aluno estudava tudo, decorava tudo e tirava 10, ou ficava nervoso e ia mal. Se você faz uma prova não quer dizer que você sabe.” (A/2014/I).

As respostas dos alunos aos exames teóricos podem incluir memorização, estudar no último momento, concentração na percepção de "o que é certo responder" e nas realizações de trapaças. Shumway & Harden, (2003), também, enfatizou que os educadores médicos precisavam prestar mais atenção a essas características. O excesso de confiança no formato de múltipla escolha para medir a recordação de conhecimento resultou em uma medida de desencanto com o teste de múltipla escolha. Críticos de itens de múltipla escolha têm sugerido que, porque eles testam partes discretas de conhecimento, e porque eles são projetados para discriminar o que um estudante sabe ou não sabe, as questões tendem a testar fatos "triviais" ou o conhecimento superficial de um assunto, em vez de uma profunda compreensão. Os estudantes vão estudar para o teste ao invés de aprender a informação como um todo integrado.

HOLMBOE (2004), refere que muitas pesquisas demonstraram repetidamente que um exame de múltipla escolha não pode atestar a proficiência de um aprendiz em habilidades clínicas. As notas são uma das formas de feedback mais pobres (SHUTE, 2008).

A maioria dos egressos entrevistados disse que as provas teóricas não foram a principal forma de avaliação, e concordaram que esse tipo de avaliação não é o melhor, pois favorece o decorar e não o saber fazer. Na opinião de alguns egressos, a prova teórica ainda tem a sua importância, pois o conhecimento teórico seria a base para a profissão. Foi sugerido um menor peso na composição da nota para a prova teórica, ou que ela poderia até ser eliminada do processo de avaliação. "Um equilíbrio entre os métodos de avaliação seria melhor." (A/2014/I).

Os professores clínicos frequentemente se queixaram da falta de conexão entre o que os aprendizes aprendem em sala de aula e o que podem ser aplicados uma vez colocados em ambientes reais de trabalho com os pacientes. (CATE, 2015).

Corroborando a intuição dos egressos, Megale (2009) diz que, apesar de aceitar o pressuposto de que uma prática profissional de excelência é obtida pelo

domínio de uma sólida base de conhecimentos teóricos, considera-se que a apropriação de numerosos conhecimentos pode não ensejar sua mobilização em situações de ação. A construção de competências no indivíduo, se baseia não apenas em inteligência e conhecimentos, mas também em esquemas próprios, em processos intuitivos, procedimentos de identificação e resolução de problemas. Para a boa prática profissional é importante verificar a capacidade de mobilização dos conhecimentos teóricos em situações de ação. As competências manifestadas por meio das ações humanas não são somente conhecimentos, mas elas utilizam, integram e mobilizam tais conhecimentos.

Shumway & Harden, (2003) descrevem uma mudança na avaliação de aquisição de conhecimento para além da recordação factual para avaliar mais amplamente os resultados do aprendizado, como a resolução de problemas, o julgamento clínico, as habilidades de comunicação, as atitudes e o profissionalismo. Até o momento, no entanto, essas mudanças no currículo não foram totalmente refletidas na avaliação do processo.

É necessário que a educação médica considere todos os diferentes contextos socioculturais e a singularidade de diferentes instituições. Particularmente, há uma necessidade de conciliar o processo educacional como um que deve integrar conhecimento técnico e trabalho prático no mundo real. (CAMPOS, 2009).

Os programas baseados em resultados enfrentam a necessidade de desenvolver técnicas de ensino e avaliação, que captem tanto a aprendizagem e o desempenho de amplas habilidades. Recentemente, a evolução da metodologia de avaliação centra-se na avaliação de desempenho e negligencia um pouco o paradigma da educação baseada em resultados. Idealmente, na fase didática da educação médica, onde o escopo completo do desenvolvimento profissional é considerado, os dois são inseparáveis. (FRIEDMAN, 1999).

A realização de feedback foi muitas vezes relatada como gerador de aprendizado, porém por vezes foi negligenciado. “Faltou um *feedback* da prova, a gente errava e ficava sem saber o que errou. Sair da prova com algo a mais e não da mesma forma.” (D/2015/II).

A realização de *feedback* da prova para verificação dos erros é importante contribuição para aprendizagem. Assim, como para Friedman (1999), objetivos

claros, avaliação-feedback e autoavaliação dos alunos são fundamentais para a educação baseada em resultados.

Segundo Demo (2010), a nota, quando bem dada, pode ter a vantagem de ser pertinente ao indicar, por trás dela, o mundo complexo da qualidade em jogo. Tal mundo não aparece na nota, mas nos comentários agregados à nota e que lhe fazem parte constituinte sempre. Neles o professor pode exercitar a elegância do pedagogo que a nota não revela.

4.5 AVALIAÇÃO PRÁTICA DIÁRIA

A avaliação diária foi o método de avaliação que mais contribuiu para o aprendizado na opinião da maioria dos egressos, então ressaltou algumas opiniões individualizadas que parecem relevantes para discussão. Entre elas, três egressos descreveram como um processo, no geral, estressante: “Avaliação é um mal necessário.” (O/2015).

O ponto principal é que a avaliação só ganha sentido se integrada ao processo ensino-aprendizagem. Isolada, não passa de um instrumento arcaico que é preciso eliminar. Como atividade incluída no processo de ensino-aprendizagem, a avaliação acompanha-o continuamente. (CASTANHO, 2000, p.174).

“Todo processo de avaliação gera um estresse. Você tem que aplicar o conhecimento ao mesmo tempo em que o professor presente está te avaliando.” (C/2015). A retenção de decisões e atribuições excessivas podem dificultar o desenvolvimento do estagiário em direção à prática não supervisionada. Quando feitos descuidadamente, no entanto, elas comprometem a segurança do paciente.

“O estágio de saúde coletiva foi o mais estressante. Ser avaliado por todos os professores e todos os dias foi estressante.” (L/2015). Os professores podem transparecer que a ação de educar e a ação de avaliar como dois momentos distintos e não relacionados o que pode ser o gerador desse sentimento de stress.

A ação de avaliar se fez presente e de forma efetiva na sua ação educativa. A dicotomia educação e avaliação é uma grande falácia. São necessárias a tomada de consciência e a reflexão a respeito dessa compreensão equivocada de avaliação como julgamento de resultados, porque ela veio se transformando numa perigosa prática educativa. (HOFFMANN, 2014, p.21).

Os alunos podem inconscientemente, alterar seu comportamento de cuidado com os pacientes por causa do medo de ser criticado. Cuidado também precisa ser exercido no uso de feedback para os aprendizes nesta área. Médicos aplicam o julgamento clínico e a medicina baseada em evidências em sua prática. (SHUMWAY & HARDEN, 2003). Equilibrar a supervisão eficaz com o risco inerente na criação de atrito construtivo é crítico e ajuda a preservar a segurança do paciente.

“Não me senti pressionada, não me senti tensa, eu sentia como se fosse preparo para vida profissional.” (H/2011/II). Há uma grande quantidade de evidências de que o feedback formativo pode melhorar a aprendizagem (KLUGER & DENISI, 1996; HATTIE & TIMPERLEY, 2007; SHUTE, 2008).

Eu gostava como a gente fazia, a gente checava o que a gente tinha de ruim e a performance depois em um caso parecido, como por exemplo, hipertensão, eu era meio ruim na hipertensão, tinha um insuficiente, não pelo que errei mas no que podia melhorar, e como eu ia fazer pra frente... (O/2015/IV).

A devolutiva deveria ser diretamente proporcional ao aprendizado do aluno, quando oportuniza o conhecimento sobre o que já atingiu, o que precisa melhorar, quais as lacunas no aprendizado, a fim de que possa reconduzir seus estudos/desempenho e atender o exigido na formação. (ZIMMERMANN; SILVEIRA; GOMES, 2016). “Eu lembro que era aquele do insuficiente que a gente sentava na frente dos preceptores, que a agente discutia os pontos que podia melhorar. Adultos devem receber críticas construtivas sobre as áreas em que devem melhorar. (O/2015/IV).

Interpretar e analisar o desempenho pessoal usando feedback de outros e fazer juízos sobre a necessidade de mudar, ou um feedback escrito do paciente após atendimento também seria uma proposta de avaliação. (KALET, 2014). Uma ideia semelhante foi trazida por um egresso do seu atual treinamento em residência,

sua avaliação foi realizada pelo próprio paciente que forneceu feedback do seu atendimento. (O/2015/IV).

Incorporando uma ideia construtivista Heckman (2016) sugere as escalas de escassez, com foco no feedback sobre a prontidão do aprendiz para a prática, em vez de deficiências do estagiário ou de sua classificação em relação aos pares.

4.6 AVALIAÇÃO POR FEEDBACK MENSAL

O *feedback* individual mensal foi sentido como algo subjetivo por vários egressos entrevistados. “Os retornos mensais eram extremamente subjetivos.” (F/2013).

Não podemos nos esquecer de que a avaliação informal sofre influências de pressupostos subjetivos do avaliador, que decidirá os padrões e critérios de qualidade, assim como a tomada de decisão sobre o objeto, é algo inerente ao processo. Colaborando com essa discussão, Baffa (2008) chama a atenção para a necessidade de uma ética epistemológica crítica presente no avaliador, a qual permeará esse processo decisivo, procurando garantir legitimidade na ação avaliativa e possibilidade de diálogo, assim como a existência de pontos objetivos claros que justifiquem as decisões. Tal fato não elimina todas as questões de caráter subjetivo pertinentes ao educador e à sua concepção de mundo e ideologias que, direta ou indiretamente serão vislumbradas nas práticas avaliativas.

Isso implica reconhecer que a avaliação, além de aspectos técnicos e científicos, tem em alto grau componentes políticos e éticos, que ultrapassam os critérios de cientificidade e objetividade e trazem uma elevada dose de subjetividade e de elementos imprevisíveis. (SOBRINHO, 2002, p.42).

“Saúde coletiva tem uma intenção de desenvolver habilidades subjetivas no médico e realiza uma avaliação subjetiva.” (L/2015). Segundo Shumway & Harden (2003) abordagens de avaliação qualitativa foram subutilizadas na educação médica. A avaliação qualitativa é associada erroneamente com avaliação subjetiva. Existe literatura baseada em evidências que descreve os princípios da boa avaliação

qualitativa (MURPHY et al.,1998) e os métodos de avaliação qualitativa fornecem ao avaliador uma noção do ambiente e das condições em que a aprendizagem e sua prática ocorrem.

A avaliação qualitativa permite o assessor entender melhor não apenas o que os alunos sabem ou não sabem, mas o que eles fazem com esse conhecimento, as configurações reais que exigem a aplicação do conhecimento, as atitudes e habilidades do aluno. São três princípios para aplicar no uso de avaliação qualitativa: triangulação, avaliação frequente e contínua, e treinamento dos avaliadores. Triangulação significa medir o mesmo fenômeno de diferentes ângulos ou pontos de vista usando uma variedade de estratégias de medição. Em outras palavras, assessores 'triangulam' os fenômenos que estão sendo medidos. Cushing (2000 citado em Sumway & Harden, 2003) descreveu a triangulação como um meio pelo qual os dados são adquiridos de diferentes fontes e considerados consistentes, assim, eles podem confirmar a validade e a confiabilidade da informação. Devem ser empregadas múltiplas medidas devido à complexidade de avaliar a aplicação dos conhecimentos junto as atitudes e habilidades no cuidado de pacientes.

Alguns relataram situações negativas no relacionamento interpessoal entre discente e professor e surgiram, por mais de um momento durante as discussões em grupo. “Para mim foi bom, mas no geral foi ruim pois se o professor não gostava do aluno...” (F/2013/II).

Achei que o feedback foi unidirecional e não um diálogo. A justificativa foi “Vocês perderam ponto porque a outra turma tomou café da manhã com a equipe e vocês não.” Não foi uma coisa discutida que a gente pudesse argumentar que ia de ônibus. (H/ 2011/II).

Para que o corpo docente avalie as habilidades dos alunos eles precisam ser treinados como fazê-lo. Um exemplo específico é a necessidade de um acordo com o avaliador sobre as normas e sobre a marcação de escala de escores. A prática da avaliação baseada em evidências significa que os instrumentos utilizados e a aplicação desses instrumentos serão válidos e confiáveis. (SHUMWAY& HARDEN, 2003). “Uma questão pessoal entre aluno e professor pode gerar angústia e o professor tratar ele mal.” (N/2016/III).

Segundo Sacristán (1994) a avaliação com fins formativos, depende muito mais da capacidade diagnóstica do professor do que de técnicas de avaliação. O supervisor clínico cujos julgamentos subjetivos do desempenho do aluno podem produzir classificações ricas, também ocasionalmente pode refletir em viés. Para Rekman (2016) as validades dos instrumentos de avaliação no local de trabalho simultaneamente ao julgamento subjetivo significativo ainda não estão claras.

“Professores deixavam seu lado pessoal aflorar.” (G/2011/II). Uma das principais questões da avaliação dos alunos pelo corpo docente é a falta de confiabilidade de avaliações da faculdade. Isso pode ser devido ao fato de a equipe ter contato insuficiente com o aluno para fazer um julgamento das habilidades do aluno. (MURPHY, 1998).

O feedback possibilita uma tomada de consciência das estratégias de pensamento que o aluno está utilizando para progredir na aprendizagem proposta. (PERRENOUD, 1999).

“Uma coisa que aconteceu diferente dos outros internatos é que a gente recebeu um feedback no meio do estágio e a tempo de mudar sua atitude.” (N/2016III). Na realidade, é durante o internato que o estudante deve demonstrar sua competência, ainda sob supervisão, de tal maneira que ainda seja possível promover ajustes no aprendizado. O feedback regula o processo de ensino-aprendizagem, fornecendo, continuamente, informações para que o estudante perceba o quão distante, ou próximo, ele está dos objetivos almejados (BORGES et al., 2014, p.326).

A avaliação formativa permite, numa perspectiva construtivista, ao professor conhecer mais sobre o processo de aprendizagem do aluno, sobre as estruturas de pensamento do aprendiz, a ponto de entender por que ele não está aprendendo. Não se trata de verificar de forma continuada, o quanto o aluno está aprendendo do conteúdo, mas de ajudar a refletir sobre o processo. (PERRENOUD, 1999).

Agora como professora, um dia cheguei na sala e estava uma aluna no celular atrás da paciente enquanto uma outra aluna conversava com a paciente. Quando acabou a consulta eu falei: olha gente, eu não posso julgar o que vocês estão fazendo no celular, mas a paciente pode, ela pode se sentir mal e tudo mais. Acho importante corrigir imediatamente o que

está ruim nas atitudes dos estudantes pois corrigir é nosso papel de professor. (R/2013/IV).

Portanto, no delineamento do conteúdo programático, o professor não deve deixar de considerar o espaço para que o feedback seja realizado de forma efetiva. Além de o professor levar em conta o ambiente adequado e atenção à preservação da individualidade do aluno, deve seguir alguns passos: o primeiro deles é iniciar com o questionamento da percepção que o aluno teve sobre seu desempenho. No segundo passo, o professor deve fornecer devolutiva dos aspectos positivos do aluno na ação, o terceiro é elencar o que faltou a ser atingido ou poderia ter sido feito melhor. O quarto consta em fornecer orientações de melhorias e, o quinto e último passo, escutar do aluno a reelaboração da tarefa futuramente, ou seja, o que ele faria diferente diante da mesma atividade solicitada. (HEWSON; LITTLE, 1998).

4.7 AVALIAÇÃO POR LECS E SEMINÁRIOS

A avaliação escrita é o instrumento predominante no 'saber'. Os professores clínicos frequentemente se queixaram da falta de conexão entre o que os aprendizes aprendem em sala de aula e o que podem ser aplicados uma vez colocados em ambientes reais de trabalho com os pacientes. (CATE,2015).

Para revisar a teoria durante os atendimentos clínicos, eram realizados grupos de estudos dos grandes temas da atenção primária em forma de seminários com pós teste final.

Tinham os seminários de alguns temas de grande prevalência da saúde coletiva, como hipertensão, diabetes, o que acabava sendo avaliado indiretamente na prática porque se você participava, você conseguia agir com o paciente de forma adequada na prática, realizando o diagnóstico e prescrevendo o medicamento mais corretamente.(M/2015/III)

Para fornecer informações suficientes das habilidades do aluno pode ser possível a partir dos relatórios de observadores como superiores clínicos com diários de bordo e portfólios. (SHUMWAY&HARDEN, 2003) Para as avaliações de

Competências Clínicas, os alunos enviam os resumos dos pacientes juntamente com o feed de texto recebido dos preceptores clínicos. (KALET, 2014) .

A gente teve uma nota muito justa. Caso a nossa consulta era muito boa a nota era muito boa, mas se a consulta fosse ruim a nota era muito ruim, mas a gente sempre teve a oportunidade de repor a nota ruim realizando uma LEC, que era uma revisão na literatura de forma objetiva a respeito do tema que a gente errou, o que nos tornava mais capacitados naquele assunto. (X/2015).

Para os entrevistados eram cobrados resumos, denominados de LECs (Linhas essenciais de cuidados) referentes a agravos atendidos na unidade de saúde. “Tinha a LEC – achava ótimo, faço até hoje, rápido, fácil de fazer e responde suas dúvidas clínicas. Eu fazia extra pois me dava oportunidade de completar onde eu tinha que aprender.” (H/2011).

A avaliação pode ocorrer utilizando-se de: resumos e cartas de alta, receitas médicas e outras, como entradas no registro eletrônico de saúde, apresentações e relatos de casos. (CATE, 2015).

Van der Vleuten (1996) descreveu pelo menos quatro maneiras pelas quais a avaliação pode conduzir o processo de aprendizado. Avaliação impulsiona aprendizado através de: (1) seu conteúdo, (2) sua estrutura ou formato, (3) o que é perguntado (por exemplo, a informação dada), e (4) a sua frequência, tempo e número de exames repetidos.

Parece que ainda existe uma tendência de os professores privilegiarem a avaliação do domínio cognitivo em detrimento dos demais. As justificativas para tal ocorrência podem ser: a formação do avaliador, os instrumentos utilizados por ele, a “cultura da avaliação” e a influência dos exames de Residência.

A avaliação deve ser contínua e frequente. A fim de experimentar as habilidades e atributos do aluno, não se pode confiar em uma única medida em um único ponto no tempo. Essas amostras são inerentemente não confiáveis, e sua validade pode ser questionada. A fim de adequadamente mostrar a competência dos alunos, A avaliação precisa ocorrer mais frequente. (SHUMWAY&HARDEN, 2003).

4.8 AVALIAÇÃO DE HABILIDADES E ATITUDES

Holmboe (2004) cita estudos em que os docentes estavam avaliando apenas duas dimensões do desempenho dos residentes: o conhecimento médico baseado em casos e as habilidades interpessoais e concluiu que sem avaliação precisa das habilidades clínicas, que só pode ser realizada por observação direta, é improvável que as habilidades clínicas dos médicos formandos sejam melhoradas. “Habilidade e atitude, acho que esses dois se misturam, que foi avaliado tudo meio junto, era como você fazia, como você se relacionava. As habilidades acabavam se misturando um pouco.” (R/2013/IV).

Quanto a qualidade das habilidades de observação da faculdade, existem poucos dados sobre a qualidade da observação de habilidades clínicas pelos professores, mas as evidências disponíveis sugerem que existem deficiências significativas. Na pesquisa de Harris, 95% dos médicos entrevistados classificaram as habilidades de comunicação e diagnóstico como muito ou extremamente importantes, porém identificaram que muitos médicos não reconhecem a comunicação não verbal do paciente. Em um estudo com situações clínicas sem aviso prévio, Ramsey et al, encontraram que um grupo de médicos de atenção primária pediu apenas 59% dos itens essenciais da história e as habilidades de comunicação e não pareceram melhorar mesmo após a conclusão do treinamento de residência. Ele considerou preocupante que 69% dos professores ainda classificaram o desempenho geral de um residente como satisfatório ou superior. (HOLMBOE, 2004)

4.9 AVALIAÇÃO BASEADA EM RESULTADOS

A falta de objetivos claros foi citada pelos egressos. “No internato, eu não tinha ideia dos objetivos, e eu não fazia ideia do que era ser um Médico de Família e Comunidade.” (B/2012/I).

Segundo Shumway & Harden (2003), a educação baseada em resultados tem dois requisitos:1. Os resultados esperados do tratamento são inicialmente

acordados e então comunicada a todos os envolvidos no processo educacional (estudantes, instrutores, empregadores, o público, etc.). 2.Os resultados do aprendizado determinam o conteúdo do currículo, métodos de ensino e avaliação. Todas as decisões relativas ao currículo baseiam-se em alcançar os resultados desejados.

Programas de educação baseados em resultados, argumentou Friedman (1999), se deparam com a necessidade de desenvolver técnicas de ensino e avaliação não tradicionais que capturem tanto o aprendizado quanto o desempenho de habilidades amplas. Quanto mais clara a definição dos objetivos baseados em resultados, mais eficazes são as técnicas de avaliação. A clareza da definição permite a especificação da natureza das habilidades e do ambiente em que são avaliadas, mais importante, como os resultados devem ser interpretados. (MESSICK, 1994).

Se as classificações são usadas para fins somativos, é um perigo que os alunos sejam encorajados a esconder seus deficiências e deficiências, em vez de revelá-las ao professor com vista a corrigi-los. (SHUMWAY& HARDEN, 2003).

“Teve aluno que foi bem o estágio inteiro e no final foi mal e você não entendia onde perdeu o ponto.” (F/2013). A falta de clareza na meta a ser atingida, deixa a ideia ao aluno de que sua avaliação foi subjetiva e que depende da impressão pessoal do professor sobre ele. (HOMLBOE, 2004, p.16-22).

Aprender a realizar tarefas clínicas com competência é um processo que todos os alunos de medicina devem navegar no seu caminho para a independência profissional. Os preceptores clínicos são responsáveis por ajudar os estudantes a assumirem responsabilidades crescentes e devem continuamente se perguntar se o interno é capaz de completar uma tarefa independentemente. (CATE, 2015).

“Cada professor era de um jeito e para buscar uma nota mais alta a gente tentava pensar como o professor pensava.” (N/2015). Em vez de os alunos almejarem avançar em seus conhecimentos, desejam apenas obter boas notas ou, ainda, o diploma, com o mínimo esforço necessário. Avaliar também é e trabalhar com esses mecanismos artificiais de promoção desse sistema, sendo assim o retorno só deveria ser obtido se cumprido o objetivo a ser alcançado a fim de qualificar o profissional para o mercado de trabalho. (BAFFA, 2008).

Existe ainda uma grande diversidade entre os professores que avaliam. Kalet (2002), descobriu que o corpo docente era inconsistente em identificar o uso de perguntas abertas e empatia quando avaliaram vídeos de entrevistas clínicas. O valor preditivo positivo para habilidades de entrevistas "adequadas" foi de apenas 12%. O autor sugere que somente com a observação de pacientes reais os educadores podem obter uma visão completa das mudanças longitudinais e do crescimento das habilidades clínicas entre os formandos.

É nesse contexto que nasce uma avaliação ainda limitada, praticada por grande parte do corpo docente do país, em todo e qualquer nível educacional, não porque são responsáveis por isto, mas porque a lógica perversa do capital subsidia esta prática de maneira que ela seja a única forma de controle sobre os alunos. (MÉSZÁROS, 2003).

A matéria foi bem subjetiva, eu achei, quando começávamos a acertar os pontos trocávamos de professor e cada um tinha seu jeito, o novo professor falava totalmente ao contrário. A gente tinha que se virar para nos adequar. Acho que avaliação só subjetiva não é bom, tem que ter uma prova teórica. (L/2015/III)

Resquício de uma educação tradicional quando se recorre a prova teórica para dar conta da sensação de subjetividade na avaliação. Percebe-se que ainda não existe o reconhecimento de outras formas de avaliação por parte do egresso.

Para Hoffman (1991) é necessária a tomada de consciência dessas influências para que a nossa prática avaliativa não reproduza, inconscientemente, a arbitrariedade e o autoritarismo que contestamos pelo discurso. Temos de desvelar contradições e equívocos teóricos dessa prática, construindo um novo significado para a avaliação e desmistificando-a de fantasmas de um passado ainda muito em voga.

Por que você é assim ou assado?" (E/2016/NIII). Segundo Friedman (1999), habilidades podem ser definidas como comportamentos de curto prazo, pré-requisitos para o próximo estágio de aprendizado. Competência é a "capacidade de mobilizar e integrar o conjunto de conhecimentos especializados e saberes, recursos e habilidades para a resolução de problemas num contexto profissional determinado." (PERRENAUT, 1999).

Escalas de escassez com foco no *feedback* sobre a prontidão de um aprendiz para a prática independente, em vez de mostrar as deficiências de um estagiário ou fazer sua classificação em relação aos pares. Portanto, não aponta deficiências ou realiza comparação com pares, mas declara aptidão para autonomia. (REKMAN, 2016).

A base do currículo é construída em torno de marcos de avaliação para estudantes. É a avaliação que muitas vezes impulsiona os currículos das escolas médicas, torna-se então uma força motivadora para o aprendizado. A sociedade tem o direito de saber que os médicos que se formaram na escola de medicina e no treinamento de residência subsequente são competentes e podem exercer sua profissão de maneira compassiva e habilidosa. É de responsabilidade da escola de medicina demonstrar que tal competência foi alcançada para que a certificação seja feita. (SHUMAWAY; HARDEN, 2003). Por exemplo, a *Brown University School of Medicine*. Smith & Fuller (1994) desenvolveu um currículo baseado em competências que define nove atividades: comunicação; habilidades médicas básicas; usando ciência básica na prática da medicina; diagnóstico, manejo e prevenção; aprendizagem ao longo da vida; autoconsciência, autocuidado e crescimento pessoal; contextos sociais e comunitários de cuidados de saúde; moral, raciocínio e julgamento ético; e resolução de problemas. (FRIEDMAN, 1999).

Para Cândido (2009), educação médica, deve-se considerar a diversidade acadêmica e estabelecer um compromisso adequado, à luz dos desafios de saúde, através da construção de competências profissionais que impliquem os conhecimentos, aptidões e atitudes e, adicionalmente, através do desenvolvimento de abordagens de gestão democrática, instituições e cuidados de saúde.

Para Vasconcelos (2012) avaliar é ser capaz de acompanhar o processo de construção do conhecimento do educando para ajudar a superar os obstáculos. É um processo de captação de necessidades, a partir do confronto entre a atuação e a situação desejada, visando à intervenção na realidade para favorecer a aproximação de ambas.

Eu achei legal e muito interessante que algumas vezes a gente discordou da conduta do professor, buscamos na literatura e quando a gente estava certo, o professor nos dava nota máxima. Achava muito legal pois quebrava um pouco aquele paradigma do professor ser um intocável, com sabedoria universal que não poderia ser contrariado, o que prevaleceu foram os

estudos e as discussões científicas que foram muito legais, foi realmente muito bacana. (O/2015/IV).

A avaliação da aprendizagem necessita, para cumprir seu verdadeiro significado, assumir a função de subsidiar a construção da aprendizagem bem-sucedida. A condição necessária para que isso aconteça é que deixe de ser utilizada como um recurso de autoridade, que decide sobre os destinos do educando, e assume o papel de auxiliar o crescimento. (LUCKESI,1997).

“Eu sei que eu era avaliada em todos os sentidos, mas eu não me senti muito avaliada, eu acho que era uma coisa natural.” (R/2015). Confiança entre pacientes e clínicos é fundamental para um bom atendimento, e a confiança entre os formandos e supervisão médica profissionais é fundamental para a educação clínica eficaz. (CATE, 2015).

A decisão de confiar em um estagiário com a responsabilidade crítica de cuidar de um paciente é fundamental para o treinamento clínico. Quando cuidadosamente e deliberadamente tomadas, essas decisões podem servir como estímulos significativos para a aprendizagem e também moldar a avaliação dos formandos.

As “escalas de confiabilidade” podem ajudar a preencher a lacuna entre os julgamentos subjetivos de avaliação dos supervisores clínicos e os instrumentos de avaliação no local de trabalho. (REKMAN, 2016).

Construir a confiança para tomar decisões de confiabilidade faz parte de complicadas interações sociais influenciadas por muitos fatores concorrentes no local de trabalho. (REKMAN, 2016, P.1-5).

Segundo Cate (2016) o objetivo da educação médica é a preparação para a prática não supervisionada e recomenda-se que o resultado da avaliação no local de trabalho seja medido em termos do nível de supervisão a ser prestada. O movimento em direção à educação baseada em competências, em última instância, serve para aumentar a confiança da sociedade na competência dos profissionais médicos. (CARRACCIO; ENGLANDER, 2013). Um modelo que alinhe a confiança no estagiário com a avaliação da competência do estagiário pode ajudar a prosseguir nesta direção.

A confiança fundamentada é baseada em experiência essencial e prolongada com o estagiário, aumentando os graus de responsabilidade.

Essa maneira de dividir em áreas para ver quais pontos precisam ser melhorados, isso era muito bom. E a gente sabia quais eram os pontos, os principais, tudo bem que hoje como médicos a gente sabe que existiam muitos mais pontos para melhorar, mas naquele momento como acadêmicos, aquilo era importante e a gente soube onde pecava, onde que a gente tinha que melhorar, não só a questão do conhecimento. O médico não é só de conhecimento, ele é uma pessoa, tem que tratar o paciente que é outra pessoa. Isso foi muito bom. (O/2015/IV).

O egresso tem a percepção de existem objetivos a alcançar e demonstra uma demanda da ideia de avaliação por competências.

Como exemplo da utilização de avaliação de competências no México, publicado em 2000, os marcos (ou metas) citados foram: realizar uma história clínica e o exame físico, priorizar um diagnóstico diferencial depois da consulta clínica, recomendar e interpretar possibilidades diagnósticas e situações rotineiras, elaborar e discutir orientações e prescrições médicas, documentar a consulta, fazer a apresentação oral da consulta, formular interrogações clínicas e obter evidências para melhorar a atenção ao paciente, dar e receber uma referência e uma contra referência ao paciente, colaborar como membro de uma equipe profissional, reconhecer um paciente que necessite atenção de urgência e iniciar seu manejo, obter consentimento informado para realizar procedimentos, realizar procedimentos de médicos generalistas, identificar as falhas do sistema e melhoramentos. (AGUILERA, 2016). Esse exemplo pode servir como guia para validação de um instrumento que ordenasse e clareasse as metas a serem atingidas nesse internato.

À medida que a educação médica baseada em competências (CBME) se torna mais prevalente, a necessidade de desenvolver e implementar ferramentas de avaliação clínica que reflitam a realidade no local de trabalho se torna cada vez mais crítica. (REKMAN, 2016). “Importante fazer um contrato prévio de como serão as avaliações para não ter surpresas no final.” (B/2012/II).

Nessa nova concepção de avaliação por competências é que surgiu o conceito de EPA. Esse conceito tem menos de uma década que começou a ser

usado como uma estrutura para o desenvolvimento do currículo no local de trabalho. (CATE,2016).

As EPAS integram múltiplas competências, evitando a distinção artificial entre as competências individuais. São adequados para a aprendizagem no local de trabalho, porque permitem aos avaliadores avaliar os formandos em tarefas clínicas observáveis. O docente pode observar diretamente a atividade profissional totalmente integrada, ao invés de tentar avaliar as competências subjacentes, que, como habilidades abstratas, só podem ser inferidas. (CHANG, 2013).

Para aplicação das EPAs são criados níveis de confiança do professor em relação ao aluno, um exemplo de 5 níveis de confiança:1. observar a atividade, 2. supervisão direta,3. supervisão reativa/ breve, 4. sem supervisão, 5. pode supervisionar. (AGUILERA, 2016, p.6).

As EPAs permitem que os diretores de residência identifiquem os residentes que enfrentam dificuldades. (REKMAN, 2016).

Na Califórnia, já existe a utilização das EPAs que são definidas como atividades, essenciais de cuidados de saúde, esperadas de serem realizadas logo no início da residência sem a supervisão direta, uma estruturação de competências, já na graduação, para aprendizagem em local de trabalho, com intuito de aumentar a transparência e confiança ao aluno e garantir a segurança e qualidade dos cuidados. Essas EPAs estão relacionadas a expectativas de entrada na residência clínica e ao interesse do aluno. (REVIEWED, 2008).

As EPAs podem ser alcançadas e concedidas com uma diminuição da supervisão e aumento da autonomia, assim que o estagiário demonstrar a competência requerida. (CATE, 2016).

Existiu algum subjetivo na maneira de avaliar, senti que na maior parte do tempo estava indo tudo certo e de repente uma questão pontual podia modificar um conceito que o professor tinha de 1 ou 2 meses de você, talvez se a maneira de avaliar fosse mais objetiva, com critérios para cumprir, talvez ficasse mais justo e a gente se sentisse melhor. (D/2015/II).

A nova forma de avaliação por atividades profissionais confiáveis é uma possibilidade de resolver esse conflito.

As EPAs são características de trabalho, não características de pessoas. O que esse aluno é capaz de fazer sem supervisão? Na Holanda, nos estágios iniciais é privilégio do estagiário estar presente e observar o que dele ou dela será esperado para fazer na próxima fase. Gradualmente, o estagiário pode começar a fazer parte da atividade. (CATE, 2015).

Estimular a autêntica experiência de responsabilidade nos alunos é fundamental. (MARJAN, 2017).

O esquema de avaliação foi muito bom porque a gente conseguia dividir em áreas, para ver o que precisávamos melhorar. Era uma avaliação constante, a gente percebia qual conhecimento, quais pontos precisávamos melhorar e onde a gente precisava de um pouquinho de apertão para ter o empenho de estudar e continuar. (Q/2015/IV).

Lidar com situações delicadas que o interno vai mostrar sua competência, porque na vida profissional ele não estará examinando atores ou manequins. O estudante deve aprender a tomar decisões sob condições de incerteza, a lidar com a ambiguidade, com a complexidade, a singularidade e os conflitos de valores que quase sempre escapam à racionalidade técnica. (MEGALE, 2009).

“O sistema de avaliação gostei bastante. Sem sombra de dúvidas dos meus internatos, o estágio em saúde coletiva foi o melhor e hoje em dia são os mais decisivos na minha prática como médico generalista.” (O/2015/IV). Aprender a realizar tarefas clínicas com competência é um processo que todos os alunos de medicina devem passar no seu caminho para a independência profissional. Os preceptores clínicos são responsáveis por ajudar os doutorandos a assumir responsabilidades crescentes e devem continuamente se perguntar se o doutorando é capaz de completar uma tarefa independentemente. (CATE, 2015).

Não quer dizer que você é autônomo, mas você tem que desenvolver certa autonomia, você que vai pensar todo raciocínio clínico, se isso não fosse necessário, a gente não aprendia que o remédio o paciente tinha em casa para tomar e ele simplesmente não tomava. Era liberado a cordinha para se tornar médico, mas era verificado as condições para isso, assim permitiu um crescimento profissional. (M/2015/III).

Nesta fase, o estagiário pode realizar a atividade completa independentemente. O supervisor está na sala assistindo e pode intervir ou assumir

a qualquer momento que julgar necessário. Isso tem sido chamado de "supervisão proativa" ou "supervisão rotineira".

Segundo Cate (2014), a educação baseada em competências é definida pela capacidade tangível para realizar no trabalho o resultado da educação. A aquisição de competências ocorre integrando conhecimentos, aptidões e atitudes para trabalhar na prática. Ela deve ser confirmada num ambiente de trabalho em uma abordagem para preparar os médicos para a prática que é fundamentalmente orientada por graduação de habilidades de resultado e organizada em torno de competências derivadas de uma análise das necessidades da sociedade e do paciente. Isso desestimula o treinamento baseado no tempo e promete uma maior responsabilização, flexibilidade e centro no aluno.

Consciente do papel da instituição formadora de buscar as melhores alternativas de avaliação discente para garantir à sociedade que seus formandos serão profissionais éticos, humanos, socialmente responsáveis e competentes para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população. (MEGALE, 2009).

A observação de habilidades médicas, com avaliações tipo OSCE por exemplo, ajuda a cumprir uma obrigação para o público de que a profissão está assegurada, por que os graduandos adquiriram essas habilidades como resultado de sua formação na escola médica. Essa observação assegura que o aluno que entra na residência necessariamente adquire o nível mais alto de habilidades clínicas e julgamento necessário para a prática independente. (HOMBOE, 2014).

Os instrumentos para avaliar validamente as competências obtiveram sucesso limitado. (LURIE, MOONEY, LYNESS, 2011). Cate (2015) sugere, para melhorar o alinhamento das tarefas de classificação com tarefas clínicas, recriar as escalas de avaliação abstratas, por exemplo, substituindo "pobres a excelentes" com a pergunta "Qual a supervisão que é justificada?" (WELLER et. al, 2014).

Para cate (2014), ter conhecimento do conteúdo, capacidade de comunicação e colaboração, e uma atitude profissional para não prejudicar pacientes após a formação é o desejável. Um currículo baseado em competência, e utilizando as EPAs, visa estabelecer este aumento gradual da responsabilidade e autonomia de uma forma segura e justificável.

Como resultado de nosso contrato social com a sociedade, as escolas médicas e os programas de formação médica devem ser responsáveis pela competência profissional de seus graduados e estagiários. Portanto, esse processo requer suporte para aqueles que não atendem aos nossos padrões e a remediação é fundamental para esse esforço.

A evidência sugere que não há programas fixos ou rígidos: sua qualidade parece depender da flexibilidade institucional para implementar o currículo proposto e avaliar os resultados. Existe um precisa diagnosticar possíveis erros e corrigir problemas. Está em por sua vez, requer um diálogo eficiente entre administradores, professores e estudantes. Em outras palavras, as instituições de saúde estão intimamente ligadas à sua capacidade de renovação e adaptação.(

4.10 SUPERVALORIZAÇÃO NA AVALIAÇÃO

No entanto, Rekman (2016) diz que, frequentemente, os resultados da avaliação médica são desviados para o topo da escala, e a maioria dos residentes recebe "acima da média". Os educadores médicos propuseram muitas razões para este fenômeno, incluindo a falta de opções de remediação e o desejo de médicos assistentes para preservar uma relação positiva de trabalho. "O professor dava o "plus" da nota que correspondia ao acima de 7,0, que era subjetivo." (M/2015).

No enfrentamento da classificação há uma "pseudo-superação" que é o de ir aprovando o aluno, dando nota/conceito para ele não seja retido. Diante do estudante que não está acompanhando o caminho é ensinar! (VASCONCELOS, 2013).

Não há como fugir da interpretação do professor no momento da correção. A prova disso é que pesquisas demonstram a variabilidade de escores obtidos quando mais de um professor corrige uma mesma questão dissertativa ou produção textual. (HOFFMAN, 2014).

Os avaliadores médicos também podem hesitar em atribuir pontuações baixas se estas exigirem mais justificção ou puderem levar à ação legal. Em termos práticos, é pouco provável que os avaliadores clínicos digam aos seus residentes

que seu desempenho foi "insatisfatório" ou mesmo "abaixo do nível esperado". (DUDEK; MRAKS; REGEHR, 2005).

Historicamente, tem havido muitas barreiras para abordar as necessidades de alunos que não atendem a padrões ou expectativas (DUDEK et al., 2005; HAUER & CICCONE, 2009; GUERRASIO & FURNARI, 2014). Essas barreiras podem ser a falta de consenso em medidas apropriadas para o desenvolvimento para a competência clínica; falta de ferramentas de avaliação válidas; pessimismo da faculdade de que as fraquezas nos domínios acadêmico ou profissional podem ser abordadas de maneira eficaz; falta de conhecimento do corpo docente e habilidades com estratégias de remediação eficazes; falta de clareza sobre quem deve enfrentar essas questões difíceis; o desejo de evitar conflitos com estagiários que não são "competentes"; preocupações sobre responsabilidade legal; e mudanças no local de trabalho, tais como restrições de horas de serviço e atribuições de supervisão rápidas, que diminuem a continuidade da instrução com os alunos.

Norcini et. al (2007) descreve o "efeito halo" ao avaliarem residentes. Notaram que existia uma correlação estatisticamente significativa entre o grau de complexidade do caso clínico e a nota dada pelo professor, como se o examinador compensasse o residente pela falta de sorte em ser avaliado num caso difícil. Outra possibilidade foi de que casos mais complexos permitiam ao residente demonstrar melhor seu desempenho. (MEGALE, 2009).

Vleuten e Verhoeven (2013) observam que o valor dos instrumentos de avaliação depende mais dos usuários (avaliadores) do que dos próprios instrumentos.

Frente às distorções históricas, a nota, frequentemente não corresponde ao real estágio do conhecimento do aluno; isto coloca um grande desafio aos educadores: como saber se o aluno está aprendendo efetivamente. É necessário criar um novo clima de respeito e confiança em sala de aula para que o aluno possa se expressar com liberdade, possibilitando o efetivo acompanhamento por parte do professor, além de buscar a construção de instrumentos adequados de avaliação, que, todavia, só terão efeito se este clima estiver garantido. (VASCONCELOS, 2012).

A avaliação é a reflexão transformada em ação. Ação essa, que nos impulsiona a novas reflexões, reflexão permanente do educador sobre sua realidade, e acompanhamento, passo a passo, do educando na sua trajetória de construção do conhecimento. (HOFFMAN, 2014).

4.11 ENSINO CENTRADO NO ALUNO

Para serem eficazes, as medidas de avaliação devem detectar de forma confiável os progressos significativos e devem refletir os "objetivos finais". Portanto, devem ser centradas no aluno e não no curso. (KALET, 2014).

A importância do ensino centrado no aluno é evocada na fala do egresso:

Teve um paciente com alcoolismo e lembro que um colega que tinha problema de alcoolismo na família também. O professor discutiu no final da aula os temas e solicitou que o aluno deveria ter sido mais receptivo ao paciente, mas percebi que o professor não conseguiu ser receptivo ao aluno. (G/2011/I)

O supervisor precisa além de ter experiência clínica, experiência com supervisão e avaliação de formandos, familiaridade com o contexto clínico e predisposição para confiar em alguém, é essencial ter o senso de responsabilidade para com pacientes, com os estagiários e com as instituições, além da experiência com os principais eventos adversos dependentes de ambiguidade de papel do supervisor como treinador, advogado e avaliador na relação com os estagiários. (CATE, 2105).

Para Luckesi (1997), o ato de avaliar, antes de mais nada, deve implicar disposição para acolher.

4.12 PRECONCEITO COM SAÚDE COLETIVA

Levinson et al (2014) definiram quatro valores centrais do profissionalismo médico: cuidado centrado no paciente, integridade e responsabilização,

administração justa e ética dos recursos e busca pela excelência. Esses valores devem ser essenciais para a formação em qualquer especialidade e são características prioritárias trabalhadas no estágio de saúde coletiva. O desinteresse pelo estágio em saúde coletiva pode levar a uma falha na formação profissional do egresso.

A disciplina da saúde coletiva sofre um pouco de preconceito dentro da faculdade. A avaliação acaba dependendo do perfil do aluno, os alunos que gostam de saúde coletiva se dão melhor com os professores e conseguem melhores notas. Os alunos que não vão para essa área, que procuram uma praticidade maior, eles acabam prejudicados na avaliação. Tinha aluno que realizava a investigação do contexto do paciente porque fazia porque a grade exigia, não porque acreditava naquilo. (G/2011/II).

Segundo Chang (2013), nos EUA também existe um déficit de médicos na APS, 2% apenas dos estudantes querem, pois, o retorno econômico é pequeno e as populações são complexas. A partir desse perfil na assistência levantaram o que seria importante mudar na formação desses médicos e como adequá-los a essa demanda de profissionais, foram então propostas EPAs específicas para APS. Para distinguir as EPAs das competências foram utilizadas completar a frase: “amanhã o residente será confiado à ...” Foram criadas 25 EPAs longitudinais para orientarem os residentes durante um período de tempo.

4.13 CONSIDERAÇÕES POR GRUPO FOCAL

Para o Grupo Focal I a prova teórica não foi o método mais importante do estágio, como foi durante o restante do curso. A avaliação diária com feedback, o estudo diário e a proximidade com o professor foram o mais importante para o aprendizado e influência na formação profissional. A falta de objetivos e metas claras a serem alcançadas durante o estágio foi um dos pontos negativos do estágio.

No Grupo Focal II a avaliação durante o internato de saúde coletiva foi sentida como geradora de stress, realizada com julgamento pessoal do professor em relação a alguns estudantes. No entanto, o internato de saúde coletiva foi a melhor forma de avaliação da faculdade, por ser mais completa e não somente uma avaliação teórica. O diálogo, feedback com troca de opiniões, foi a forma de avaliação que mais contribuiu para formação profissional, sendo importante também as avaliações cognitivas das LECs, e nos seminários.

Para o Grupo Focal III, a melhor avaliação foi a diária e o fato de ser constante foi uma grande geradora de aprendizado, o que contribuiu mais para formação profissional. A subjetividade de cada professor foi um fator muitas vezes relatado como negativo na relação com o estudante e por vezes causando stress emocional. A percepção de distinção entre gêneros causou uma sensação de avaliação injusta e subjetiva em mais de um egresso. Episódios de ausência de empatia do professor com o doutorando também foi um ponto negativo na avaliação.

Para o Grupo focal IV, a avaliação diária com feedback imediato também foi o método que mais contribuiu para o aprendizado profissional. Todos concordaram com a diminuição do valor da prova teórica justificando que nota não corresponde ao que o estudante realmente sabe, porém ainda existe uma busca importante pela nota dentro da universidade. Um doutorando se tornou e atua como docente.

Para o egresso entrevistado individualmente, a avaliação foi bem completa, utilizando-se de vários critérios. O que mais contribuiu para sua formação profissional foi o feedback individualizado com pontuação nas falhas que precisariam serem melhoradas com a oportunidade de correção e ainda durante o estágio. O

inconveniente foi ser julgado injustamente pelo seu tempo e não pela qualidade dos seus atendimentos.

5. CONCLUSÃO

O processo de avaliação de aprendizagem do internato de Saúde Coletiva foi percebido de maneira similar entre os quatro grupos focais realizado.

As percepções positivas foram: a forma de prova teórica não foi o método mais importante de avaliação do estágio em saúde coletiva; a avaliação diária e constante, com feedback durante o atendimento real ao paciente e o feedback mensal com os professores, apesar de geradoras de stress, foram os que mais contribuíram para o aprendizado e para a formação profissional; a diversificação foi a melhor forma de avaliar de todos os internatos;

As percepções negativas foram de uma subjetividade na forma de avaliar, na disciplina e na atitude de professores junto com a falta de objetivos claros e definição de metas que resultaram em stress emocional e dificuldade de aprendizagem; e que ainda existe uma busca importante pela nota dentro da universidade.

Apenas um doutorando dos entrevistados se tornou docente.

Tanto na opinião geral dos egressos quanto na maioria da literatura pesquisada, a avaliação em geral, foi vista como algo negativo tanto pelos professores quanto pelos alunos. Isso porque talvez ambos já foram vítimas de processos avaliativos negligentes, em que o que mais importava era a mera verificação de assimilação de conteúdo e a nota. Todavia, é impossível não avaliar, pois cabe à escola preparar o aluno para as demandas sociais, que se apresentam a cada dia mais desafiadoras. Sugere-se, então, foi que a solução é avaliar com competência e transparência. O mais importante não é discutir nota ou conceito, e sim, preocupar-se com a aprendizagem adequada do aluno.

Não há mais tempo para que a avaliação do interno seja definida por uma simples nota final atribuída apenas pelo professor, mas que seja composta por mais de uma forma de avaliação, que esse professor seja capacitado para utilizar a avaliação como parte integrante do processo de ensino e aprendizagem e que no final possa concluir a nota final atribuída a todo processo com o aval de sua experiência.

Os tempos estão mudando, a educação médica baseada em competência está avançando rapidamente, estamos cada vez mais obrigados a medir e relatar medidas de competência detalhadas, o interesse em individualizar a formação médica está aumentando e as expectativas exigências da sociedade estão em alta. O atual desenvolvimento de EPAs é a tentativa mais atual de melhorar o ensino e a avaliação da prática médica do interno ou residente.

O grande desafio percebido foi como garantir que os próprios educadores possuam fortes habilidades clínicas, mas também tenham a habilidade necessária para observar, avaliar e fornecer *feedback* efetivo aos aprendizes em relação às habilidades e atitudes. Esse desafio não pode, no entanto, se tornar desculpa para não melhorar a avaliação das habilidades clínicas por parte do corpo docente. A sociedade espera que avancemos e melhoremos. As habilidades clínicas são importantes para os pacientes, e são claramente importantes para os médicos que desejam ser profissionais de sucesso.

Algumas sugestões para contornar, minimizar ou intervir nessas dificuldades seriam: priorizar a avaliação de habilidades clínicas, investir na formação de professores clínico-educadores e implantar sistema de avaliação das avaliações.

Tenho a percepção que a mudança na didática da avaliação durante o período de internato médico pode contribuir para a transformação necessária da prática médica atual no Brasil através da mudança no modo docente de avaliar. Ainda convivemos com um serviço médico superespecializado, carente de generalistas em decorrência do antigo método tradicional de ensino.

É necessário um progresso rápido na elaboração de currículos baseados em competências e na avaliação dos alunos de forma cada vez mais realista. precisamos de uma compreensão do processo de avaliação e conhecimento das ferramentas disponíveis e como elas podem ser usadas para avaliar o alcance dos resultados da aprendizagem. No fim, vamos ser capazes de educar com confiança um médico 'competente e reflexivo'.

Finalmente, acredito que a avaliação é o cerne do profissionalismo para a educador médico. Os educadores médicos têm a obrigação moral e profissional de assegurar que qualquer estagiário que saia do seu programa de treinamento tenha atingido um nível mínimo de habilidades clínicas para cuidar dos pacientes com

segurança, eficácia e compaixão. A maioria dos egressos sugeriu uma avaliação efetiva e feedback de seus professores.

Não encontrei uma visão única sobre o objeto de investigação a que me propus (a percepção do egresso sobre a avaliação) e foi preciso contemplar a diversidade na coleta de dados e na análise, levando em conta a vasta literatura sobre o tema 'avaliação'. Portanto, ao terminar a pesquisa considero que coloquei um ponto final provisório no assunto, pois deixei em aberto muitas questões que o campo e a literatura me propiciaram.

REFERÊNCIAS

- AGUILERA, C.S et al. **Actividades profesional esconfiables (APROC): um enfoque de competencias para el perfil médico.** v. 19, n. 1, p.55-62, 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v19n1/revision.pdf>. Acesso em 20/09/2018.
- AROUCA, A.S.da S. **O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** Doutorado. Campinas; Unicamp, 1975.
- BAFFA, A. M. **Internato Médico: Desafios da avaliação da aprendizagem em serviço.** 104 f. Dissertação (Título de Mestre) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, PUC, Campinas, 2008. Disponível em: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/611>. Acesso em 29/09/2018.
- BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em Medicina, 2014.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf> Acesso em 01 de abril de2017
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- CAMPOS, J.B.; ELIAS, P.E.M.; CORDONI JUNIOR, L. **O ensino da saúde coletiva na graduação médica: estudo de caso em três universidades do Paraná.** São Paulo Med J. , v.127, n.3, p.335-41, 2009.
- CATE, T. O. et al. **Curriculum development for the work place using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99.** Medicalteacher, v. 37, n. 11, p. 983–1002, 2015. Informa UK Ltd. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26172347>. Acesso em 23/08/2018.
- CARLINI-COTRIM, B. **Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.
- CASTANHO, S. **O que há de novo na Educação Superior: do projeto pedagógico à prática transformadora.** São Paulo. Papyrus, 2000. P75-92.
- CHANG, A. et al. **Transforming Primary care Training-Patient-Centered Medical Home Entrustable Professional Activities for Internal Medicine Residentes.** Journal of General Internal Medicine, v.28, n6, p.801-809, 2013.
- CORE COMMITTEE, INSTITUTE FOR INTERNATIONAL MEDICAL EDUCATION.IIME. **Global minimum essential requirements in medical education.** Medical Teacher, v.24, n.2, p.130-135, 2002. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.108>. Acesso em 04/02/2019.
- DANTAS, R. O et al. **Avaliação de Habilidades Clínicas por exame objetivo estruturado por estações com emprego de pacientes padronizados: descrição de dois métodos.** Revista Brasileira de Educação Médica, ABEM. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.15-20, 1996.

DEMO, P. **Mitologias da Avaliação: de como ignorar, em vez de enfrentar os problemas.** 3ª. ed. Campinas, SP. Autores Associados, 2010.

DUNBAR, R.; NICHOLS M. **Fosterin empathy in undergraduate health Science major throught the reconciliation of objectivity and subjectivity: na integrated approach.** *Anatomical sciences education.* v. 5, n.5, p301 – 308. 2012

EPSTEIN, R.M.; HUNDERT, E.M. **Definingandassessing professional competence.** *Jama.* Vol 287, n.2, p 226 – 235. 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica. Além do discurso de mudanças na educação médica: processos e resultados.** *Interface.* Rio de Janeiro. Vol. 7, n.12. 2002 p.169-170. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a16.pdf>. Acesso em 29/09/2018.

FRANK, J.R. et all. **Competency-based medic education: theory to practice.** *Medteach,* n. 32, v. 8, p. 638-645. 2010.

FRIEDMAN BEM-DAVID, M. **AMEE Guide N.14: Outcome-based education, part 3: Assessment in outcome-based education.** *Medical Teacher,* v.21, n.1, p1-78. 1999.

FRIEDMAN BEM-DAVID, M., HUNTER, I. &HARDEN, R.M. **Introduction of a progress test as a tool for defining core undergraduate curriculum.** *Educacion, Medica XV Congreso de la Sociedad nacional de Educacion Medica,* v.4, n.3, p97-99. 2001 a.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais.** In: GASKELL, G.; BAUER, M. W. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.* Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. **A técnica educativa de grupos focais para obtenção de dados qualitativos.** *Educativa,* 1999. Disponível em: [www. http://www.tecnologiadeprojetos.com.br](http://www.tecnologiadeprojetos.com.br). Acesso em: 04/02/2019.

GONDI.G. M, S.M. **Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários.** *Estud. Psicologia, natal,* v.7, n.2, 2002.

GREENBAUM, T. L. **The Handbook for Focus Group Research.** Thousand Oaks: Sage, 1998.

HATTIE, J.; TIMPERLEY H. **The power of feedback.** *Ver Educ Res,* 77, 81-112, 2007.

KITZINGER, J. **Focus groups with users and providers of health care.** In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Qualitative research in health care.* 2. ed. London: BMJ Books, 2000

KLUGER, A.N, DENISI A. **The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminar feedback intervention theory.** Psychol Bull, 119, 254-284, 1996.

GONDIM, S. M. G. **Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários.** Estud. Psicologia, Natal, v. 7, n. 2, 2002.

HAYDT, R. C. **Avaliação do processo ensino aprendizagem.** 6. ed. São Paulo: Ática, 1997.

HARDEN, R.M. & CROSBY, J.R. **AMEE Education Guide No. 20: The good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher.** Medical Teacher, n.22, v.4, pp. 334-347, 2000.

HARDEN, J. R. et al. **Amee Guide no. 14: Outcome-Based Education: Part 5 – From Competency to Meta-Competency: A Model for the Specification of Learning Outcomes.** Medical teacher, v.21, p546-552, 1999.

HEKMAN, J. et al. **Entrustability Scales Academic medicine,** v.91, n.2, 2016. p.1-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26630609>. Acesso em 30/08/2018.

HOFFMANN, J. **Avaliação: mito & desafio.** 44ª.ed. Porto Alegre, RS. 1991.

HOLMBOE, E. **Faculty and the Observation of Trainees' Clinical Skills: Problems and Opportunities.** Academic medicine, v.79, n1, p.16-22, 2004.

IRBY, D.M.; COOKE, M.; O'BRIEN, B.C. **Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010.** Acad Med. Vol 85, n.2, 2009. P 220 – 227.

KALET A, KRAKOV S, REY M. **Mentoring for a new era.** Acad Med. 2002; 77(11):1171-2

KALET, A.; PUSIC, M. **Remediation in Medical Education. A med- Course Correction,** Nova York, 2014. Disponível em: <http://elib.vums.ac.ir/bitstream/Hannan/20544/1/9781461490241.pdf> Acesso em 21/08/2018.

KITZINGER, J. **Focus groups with users and providers of health care.** In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). Qualitative research in health care. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

LEVINSON, W. et al. **Understanding medical professionalism.** New York, USA: McGraw Hill. 2014.

LIBÂNIO, J.C. **Didática**. 2ª ed. São Paulo, 1994.

LINCOLN, Y.S.; GUBA, E.G. **Naturalistic inquiry**. Londres, Sage, 1985.

LOWRY, S. **Assessment of students**. BMJ. Vol.306, 1993, p. 51-54.

LUCKESI, C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

MASON, M. **Sample size and saturation in Phd studies using qualitative interviews**. *Forum qualitative social research*, Berlin, v. 11, n.3, p1-19. 2010.

MCKEOWN, T.; LOWE R. **Introducción a la medicina social**. 2ª ed. México: Siglo XXI, 1984.

MEGALE, L.; GONTIJO, E.D.; MOTTA, J.A.C. **Avaliação de Competência Clínica em Estudantes de Medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex)**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Minas Gerais, v.33, n.2, 2009. p166-175. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200002. Acesso em 28/08/2018.

MESSICK, S. **The interplay of evidence and consequences in the validation of performance assessment**. *Educational Researcher*, v. 23, n2, p13-23. 1994.

MÉSZÁROS, I. **O século XXI – socialismo ou barbárie?** São Paulo, Boitempo Editorial, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14ª. edi. São Paulo, SP. 2014.

MINAYO, M.C.S. **Amostragem e Saturação em pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias**. *Revista de Pesquisa Qualitativa*, v.5, n.7, p.01-12, 2017.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2000.

MORGAN, D. L. **The Focus Group Guidebook**. Thousand Oaks: Sage, 1998.

MURPHY, E. et al. **Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature**. *Health Technology Assessment*, v.2, n6. 1998.

NOVAES, H. M. D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods.** 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 1990.

PEREIRA, G.A.; STADLER, A.M.U.; UCHIMURA, K.Y. **O olhar do Estudante de Medicina sobre o Sistema Único de Saúde: a Influência de Sua Formação.** Revista Brasileira de Educação Médica, PR, v.42 (3): 57-66,2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300008. Acesso em 28/09/2018.

RALLIS, S.; ROSSMAN, G. **Learning in the field: an introduction to qualitative research.** Thousand Oaks: Sage, 1998.

PERRENAUT, P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artmed, p166-175. 1999

REVIEWED, P. et al. **Previously Published Works. Academic medicine.** Vol 90, n.4 San Francisco, p.1-14, 2008.

RITCHIE, J.; LEWIS, J.; ELAM, G. **Qualitative research practice. A guide for social Science students and researchers.** Thousand Oaks, CA: Sage, p. 77-108, 2003

SANTANNA, I.M. **Por Que Avaliar? Como avaliar? - Critérios e Instrumentos.** - 17ª ed. Petrópolis, 2014.

SOBRINHO, J.D. **Universidade e Avaliação. Entre ética e mercado.** Florianópolis: Insular, 2002.

SHUMWAY, J.M.; HARDEN, R.M. **AMEE Guide No. 25: The assessment of learning out comes for the competente and reflective physician.** Medical teacher, v.25, n.6, 2003, p. 569-584. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369904>. Acesso em 23/08/2018.

SHUTE, V.J. **Focus on formative feedback.** Ver Educ Ver, 78, 153 – 189, 2008.

SNADDEN, D. **AMEE Education Guide N.11 (revised): Portfolio-based learning and assessment in medical education.** Medical Teacher, 4, 370 – 386, 1999.

SCHRADER, A. **Introdução à pesquisa social empírica.** Porto Alegre: Globo, 1987.

TRAD, L. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde.** Physi. V.9, n.3. , p777-796, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The focus group manual**. Genebra: WHO, 1992. (Methods for Social Research in Tropical Disease, 1)

VAN DER VLEUTEN, C.P.M.; SWANSONM D. **Assessment of clinical skills with standardized patientes: sateofthe art**. **Teaching and Learning in Medicine**, v2, p 58-76, 1990.

VASCONCELLLOS, C. dos S. **Avaliação da Aprendizagem: Práticas de Mudanças. Por uma Práxis transformadora**. São Paulo, 5ª. ed. 2012.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. **A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político**. Opin. Publica, Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001.

ZIMMERMANN, M.H.; SILVEIRA, F.M.; GOMES, R.Z. **Formação Continuada no Ensino de Ciências da Saúde: Avaliação de habilidades e feedback efetivo**. Revista Multidisciplinas de Licenciatura e formação docente, Ponta Grossa, PR, v.14, n.02, p 197-213, 2016.

APENDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MOTIVO: PESQUISA DE MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE.

TEMA DA PESQUISA: AVALIAÇÃO NO INTERNATO DE SAÚDE COLETIVA.

Declaro _____ que

Eu, _____,

RG nº _____, abaixo assinado (a), AUTORIZO Ieda Maria Leonel, RG 55173680 a utilizar os resultados da entrevista por mim concedida, referente à pesquisa que está desenvolvendo no Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde "A percepção do egresso sobre o processo de avaliação no internato médico de saúde coletiva" e estou ciente de que:

O objetivo da pesquisa é revelar como o processo de avaliação do Internato de Saúde Coletiva foi percebido pelo egresso.

A metodologia aplicada será grupo focal e entrevista semiestruturada gravada, cujas técnicas servem para gerar ou formular teoria a ser posteriormente testada por estudos quantitativos, identificar conceitos, crenças, percepções, expectativas, motivações e necessidades do grupo, caracterizando o universo vocabular e avaliando políticas, programas ou ações desenvolvidas.

Os **grupos focais** serão no máximo 8 alunos identificados por números, em ambiente neutro e na presença de um moderador, com a conversa gravada e duração máxima de 2 horas.

A **entrevista individual gravada** será em um ambiente isolado que proporcione total sigilo de identidade do entrevistado. O tempo máximo de duração será de 30 minutos.

Os **riscos do trabalho** podem decorrer da quebra do anonimato entre os participantes do grupo, porém esses riscos serão minimizados sendo os dados pessoais e de identidade mantidos em sigilo com a condução dos trabalhos em um ambiente isolado previamente combinado.

A **cooperação com a pesquisa é voluntária**, sendo os dados exclusivamente para fins da pesquisa.

Os **resultados** poderão ser apresentados em eventos de natureza acadêmicos-científica e/ou publicados, sem exposição da identidade. Nestes casos, abre-se mão dos direitos autorais e dos descendentes. Tem a garantia de tomar conhecimento, pessoalmente, do (s) resultado (s) parcial (is) e final (is) desta pesquisa. Será enviada cópia dos resultados da pesquisa via e-mail e não existe ônus financeiro ou profissional.

Poderá entrar em **contato** com o pesquisador responsável, Ieda Maria Leonel, aluna do Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe, sempre que julgar necessário pelo e-mail iedamleonel2@gmail.com; telefone (41)988586274; com a Faculdade Pequeno Príncipe pelo e-mail: contato@fpp.edu.br, telefone (41) 3310-1500 ou com o orientador Roberto Zonato Esteves por email: manhabc209@gmail.com.

Tem a **liberdade de recusar-se** a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa;

Esta carta de cessão é feita em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Declaro que obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha aceitação em conceder a entrevista;

Data ____/____/____

Pesquisador responsável pelo Projeto

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE PESQUISA

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA O GRUPO FOCAL

Apresentação:

Idade:

Período do estágio:

Ano de formatura:

Qual área está atuando?

Pergunta esclarecedora:

Como você compreende avaliação de rendimento?

Pergunta principal:

COMO VOCÊ SENTIU SER AVALIADO DURANTE O INTERNATO?

Perguntas subsequentes:

Qual seu entendimento sobre avaliação.

Você percebeu que foi avaliado pelo conhecimento, pelas habilidades e atitudes?

Conte sobre os pontos positivos de sua avaliação.

Conte sobre os pontos negativos de sua avaliação. Alguma sugestão de como melhorá-lo?

Recebeu algum tipo de feedback?

Qual forma de avaliação mais contribuiu para o seu aprendizado profissional?

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO OFICIAL DO INTERNATO MÉDICO

Formulário de Avaliação Discente				
Internato				
Estágio em				
Nome do Discente:				
Nome do Docente:				
	Parâmetros	Peso	Notas	Observações
1.	Relacionamento e ética	1		
2.	Interesse e cumprimento de atividades	1		
3.	Percepção da situação real do paciente	1		
4.	Comunicação	1		
5.	Capacidade de tomar decisões	1		
6.	Conhecimento, habilidades e competências	5		
Média Final				

Nota	Conceito	Resultado
------	----------	-----------

0,0 - 2,9	Muito ruim	Reprovação
3,0 - 4,9	Ruim	Reprovação
5,0 - 6,9	Regular	Reprovação
7,0 - 8,9	Bom	Aprovação
9,0 - 10,0	Excelente	Aprovação

Observações

A avaliação é um processo contínuo e ações pedagógicas de correção devem ser implementadas.

O professor-supervisor deverá informar a Comissão de Estágio sobre o desenvolvimento dos alunos, no mínimo a cada quatro semanas.

