

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE RESIDENTES
DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

CURITIBA
2021

EMILE FERNANDES SPINASSI TEIXEIRA

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE RESIDENTES
DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Projeto de Dissertação apresentado como requisito parcial da avaliação para a conclusão do Curso de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe - FPP.

Orientador Prof.Dr. Rogério Saad Vaz

CURITIBA

2021

TEIXEIRA, Émile Fernandes Spinassi.

Construção de um instrumento para avaliação de competências de residentes de Medicina de Família e Comunidade. / Émile Fernandes Spinassi Teixeira - Curitiba: Faculdades Pequeno Príncipe, 2020

Orientador: Prof. Rogério Saad Vaz.

Dissertação (mestrado) - Faculdades Pequeno Príncipe.
Mestrado Acadêmico em Ensino nas Ciências da Saúde, 2021.

1. Avaliação. 2. Competências. 3. Residência médica. 4. Medicina de Família e Comunidade. 5. Instrumento

TERMO DE APROVAÇÃO

EMILE FERNANDES SPINASSI TEIXEIRA

“Construção de um Instrumento para Avaliação de Competências de Residentes de Medicina de Família e Comunidade”

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

Orientador (a):



Prof. Dr. Rogério Saad Vaz

Doutor em Engenharia de Bioprocessos e Biotecnologia pela Universidade Federal do Paraná (2006). Professor, Pesquisador e Gestor de Internacionalização da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.ª Dr.ª Maria Rosa Machado Prado

Doutora em Processos Biotecnológicos pela Universidade Federal do Paraná (2014). Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe..



Prof.ª Dr.ª Mara Eli de Matos

Doutora em Engenharia de Bioprocessos e Biotecnologia pela Universidade Federal do Paraná (2015). Professora de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Administração, Ciências, Educação e Letras (FACEL).

Curitiba, 24 de fevereiro de 2022.



Dedico este trabalho à minha família, que esteve sempre ao meu lado nesse período desafiador e ao mesmo tempo de grande crescimento pessoal e profissional, e especialmente ao meu esposo, Leonardo, que foi fundamental para o enfrentamento dessa fase e sem o qual esse trabalho não seria possível, e aos meus meninos Davi e Artur, que são motivação para o meu crescimento diário.

Aos professores do Programa de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, que com grande dedicação à este programa, foram fonte de inspiração para este e tantos projetos.

Aos futuros colegas de profissão, alunos do curso de medicina Bruna, Giulia e André, que trabalharam ao meu lado na produção desta dissertação. Finalmente, dedico esta Dissertação ao Professor Doutor Rogério Saad Vaz, que me instruiu durante todo o processo e foi também apoio nos momentos de frustração e soube acolher as minhas inquietações frente à um momento tão desafiador para todos os profissionais de saúde, que foi o enfrentamento à pandemia da COVID-19 durante os anos de 2020 e 2021, com todas as mudanças que ele promoveu em todos nós.

AGRADECIMENTOS

Ao ao Professor Doutor Rogério Saad Vaz, pela orientação e apoio.

Aos acadêmicos Bruna, Giulia e André, que dedicaram seu tempo e contribuíram grandemente para este projeto.

Ao meu esposo Leonardo, por estar ao meu lado em todos os momentos desse desafio, sempre me encorajando e apoiando em todos os nossos projetos.

Aos meu filhos, Davi e Artur, inspiração diária para o meu melhoramento profissional e pessoal.

À minha amada família, pelo apoio incondicional, por não poupar esforços para que eu tivesse todas as possibilidades de chegar onde eu cheguei, tornando os desafios mais leves e por fim prazerosos.

Aos colegas Médicos de Família e Comunidade que contribuíram em todo o meu processo de formação e foram inspiração para esse trabalho.

Aos colegas da quinta turma do Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde.

Aos amigos, profissionais e todos aqueles que de alguma forma ajudaram na concretização desse projeto.

Muito obrigada!

RESUMO

TEIXEIRA, E. F. S. CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Orientador: Professor Dr. Rogério Saad Vaz

Palavras-chave: Avaliação, Competências, Residência médica, Medicina de Família e Comunidade.

O Ensino em Ciências da Saúde é uma área de estudo em expansão e que vem trazendo grande inovação nos modelos de ensino-aprendizagem. A formação do profissional em saúde é central para a obtenção de resultados significativos na saúde da população. Desde o relatório Flexner, inúmeros modelos vem sendo apresentados e aperfeiçoados no sentido de entregar à sociedade um profissional capacitado para suas reais necessidades. No século XX, para melhor atender a essas demandas, surgiu o conceito de competências no ensino em saúde. Competência é a capacidade de articular e colocar em prática conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para exercer determinado trabalho. Em essência, é o que o profissional deve ser apto a fazer para atingir o objetivo central de seu trabalho. Entende-se que esse conceito é de central importância na formação do Médico de Família e Comunidade, profissional chave na Atenção Primária à Saúde. Essa pesquisa objetivou a criação de um instrumento de avaliação baseado em Competências para a Residência de Medicina de Família e Comunidade e sua validação por experts. O instrumento desenvolvido, com base em revisão de literatura, consta de 9 competências gerais, subdivididas em subcompetências, que por sua vez foram organizadas em 5 níveis de proficiência, os *milestones*. Para a validação de conteúdo do documento, 29 *experts* responderam aos Feedbacks 1 e 2. As análises estatísticas utilizadas foram o Índice de Validade de Conteúdo e o Teste de Concordância. O Instrumento de Avaliação em Competências foi validado, com um Índice de Validade de Conteúdo de 0,892 no Feedback 1 e com Teste de Concordância de 100% para todas as perguntas no Feedback 2. Desse modo, tem-se à disposição um instrumento substancial e validado para avaliação baseada em competências na residência de Medicina de Família e Comunidade. O conhecimento dessas ferramentas e a sua correta utilização permitem uma avaliação integral, prática e completa dos alunos, sobretudo em um cenário em que a necessidade de métodos de avaliação competentes que acompanhe o progresso dos currículos baseados em competências. Esses métodos inovadores de avaliação possibilitam a participação ativa do residente de Medicina de Família e Comunidade no próprio processo de ensino-aprendizagem, fazendo-o evoluir de forma mais consistente durante a residência.

ABSTRACT

TEIXEIRA, E. F. S. CONSTRUCTION OF AN INSTRUMENT FOR ASSESSMENT OF RESIDENTS'S SKILLS OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE

Advisor: Doctor Rogério Saad Vaz

Keywords: Assessment, Competencies, Medical Residency, Family and Community Medicine.

Teaching in Health Sciences is an expanding area of study that has brought great innovation in teaching-learning models. The training of health professionals is central to the achievement of significant results in population health. Since the Flexner report, numerous models have been presented and improved in order to provide society with a professional capable of meeting its real needs. In the 20th century, to better meet these demands, the concept of competences in health education emerged. Competence is the ability to articulate and put into practice the knowledge, skills and attitudes necessary to perform a certain job. In essence, it is what the professional must be able to do to achieve the central objective of his work. This concept is of central importance in the formation of the Family and Community Doctor, a key professional in Primary Health Care. This research aimed to create an assessment instrument based on Competencies for the Family and Community Medicine Residency and its validation by experts. The instrument developed, based on a literature review, consists of 9 general competences, subdivided into sub-competencies, which in turn were organized into 5 levels of proficiency, the milestones. For document content validation, 29 experts responded to Feedbacks 1 and 2. The statistical analyses used were the Content Validity Index and the Concordance Test. The Competency Assessment Instrument was validated, with a Content Validity Index of 0.892 in Feedback 1 and with a 100% Concordance Test for all questions in Feedback 2. Therefore, we have a substantial and validated instrument available for evaluation competence-based residency in Family and Community Medicine. Knowledge about these tools and their correct use enables an integral, practical and complete assessment of students, especially in a scenario where the need for competent assessment methods that accompany the progress of competency-based curricula grows. These innovative assessment methods enable the active participation of the Family and Community Medicine resident in the teaching-learning process itself, making it evolve more consistently during the residency program.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 : Trajetória metodológica.....	49
FIGURA 2: CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS para Medicina de Família e Comunidade.....	51
FIGURA 3: Modelo de Dreyfus de progressão individual dos profissionais de saúde.....	56

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Pergunta 1 - quanto à clareza, o instrumento é:.....	62
GRÁFICO 2: É possível o avaliador aplicar os instrumentos para cada residente individualmente?.....	63
GRÁFICO 3: O instrumento de avaliação por competências permite que o avaliador atribua uma nota ao residente de forma clara?.....	64
GRÁFICO 4: A quantidade de competências avaliadas é adequada?.....	65
GRÁFICO 5: O instrumento atinge o objetivo proposto?	66
GRÁFICO 6: Como você avaliaria o conteúdo contido no instrumento de avaliação? É capaz de avaliar as competências necessárias?.....	67
GRÁFICO 7: Você achou fácil de aplicar o instrumento e aplicaria na avaliação de residentes de Medicina de Família e Comunidade?.....	68
GRÁFICO 8: Avaliação da Usabilidade do instrumento.....	70
GRÁFICO 9: Porcentagem de concordância em relação a compreensão e utilidade do instrumento no teste de Concordia.....	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Práticas educacionais na educação médica.....	16
QUADRO 2: Avaliação somativa e formativa.....	32
QUADRO 3: Métodos de avaliação na educação médica.....	34
QUADRO 4: Medidas para avaliação de validade de conteúdo.....	39
QUADRO 5: Artigos selecionados para a revisão integrativa	41
QUADRO 6: Conteúdo dos artigos analisados.....	42
QUADRO 7: Competência Saúde Coletiva e os cinco níveis de subcompetências.....	54
Quadro 8: Exemplo de quadro de avaliação de competências do <i>The Family Medicine Milestone Project</i>	69
QUADRO 9: Considerações dos <i>experts</i> na sessão aberta para comentários e sugestões.....	72
QUADRO 10: Exemplo de questão de <i>feedback</i>	74
QUADRO 11: Exemplo da estrutura do <i>Feedback 2</i> , utilizado para validação do Instrumento de avaliação de Competências dos Residentes de Medicina de Família e Comunidade.....	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 HISTÓRIA DA MEDICINA NO BRASIL.....	13
2.2 ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE.....	15
2.3 ENSINO MÉDICO NO BRASIL.....	17
2.3 FLEXNER E O MODELO FLEXNERIANO.....	20
2.5 MUDANÇAS DE PARADIGMAS NO ENSINO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE...	22
2.6 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS NO ENSINO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE...	26
2.7 EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS.....	27
2.8 AVALIAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE.....	30
2.9 AVALIAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS.....	34
2.10 TEORIAS PSICOMÉTRICAS EM AVALIAÇÃO.....	38
2.10.1 Validação de Instrumentos de Avaliação	40
2.11 REVISÃO INTEGRATIVA.....	40
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	44
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	44
3.2 CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	44
3.3 LOCAL DE PESQUISA.....	45
3.4 EXPERTS PARTICIPANTES DA PESQUISA	46
3.4.1 Critérios de inclusão	46
3.4.2 Critérios de exclusão	46
3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	46
3.6 CONFIDENCIALIDADE DOS REGISTROS.....	47
3.7 ETAPAS DA PESQUISA E TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	47
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	50
3.9 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	50
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
4.1 CRIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	51
4.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	59
4.2.1 Feedback 1	60

4.2.2 Feedback 2.....	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	86
APÊNDICE II – FEEDBACK DO INSTRUMENTO.....	90
APÊNDICE III – FEEDBACK PARA CADA ITEM.....	92

1 INTRODUÇÃO

O ensino médico começa no Brasil no século XIX, com a inauguração do primeiro curso de Medicina do Brasil, a Escola de Medicina e Cirurgia do Hospital Militar da Bahia, em 1808. Até os anos 1930, período de fundação da Universidade de São Paulo, o ensino da Medicina era baseado na tradição prática, sem fundamentação científica para a explicação dos fenômenos estudados. (MACHADO *et al.* 2018).

Novo salto de evolução ocorreu nos anos 1950, com a adoção do modelo norte-americano de Ensino Superior, que integra ensino e pesquisa. É nesse contexto que o modelo flexneriano de ensino médico, biomédico, individualista, centrado no hospital, expande-se como modelo hegemônico. (MACHADO *et al.* 2018).

A expansão do modelo de ensino e exercício da Medicina pelo mundo trouxe consigo alguns problemas. Primeiramente, aumentou os custos assistenciais exponencialmente; além disso, trouxe resultados insatisfatórios, já que não se preocupava com a intervenção nos determinantes de saúde das populações. Como resposta a esses problemas, ocorre a Conferência de Alma Ata em 1978. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Nessa Conferência, defendeu-se a Atenção Primária à Saúde como estratégia de expansão da assistência à saúde integral para toda a população do mundo, objetivando melhores resultados e menores custos. Surgiu então a necessidade da formação de um novo profissional médico, capaz de lidar com um cenário de baixa densidade tecnológica, extra-hospitalar, e alta complexidade contextual. O médico deveria ser capaz de compreender e intervir sobre os determinantes em saúde, bem como prover cuidados integrais às condições mais prevalentes de comunidades, independente de sexo ou idade. (CASTIEL, 2012).

No Brasil, a formação desse novo profissional foi ainda impulsionada pelo Programa Saúde da Família, de 1994, que utilizou a Atenção Primária à Saúde como modelo de universalização da assistência à saúde. A partir dos anos 90 e 2000, vários incentivos foram dados pelo governo, tanto Ministério da Saúde quanto Ministério da Educação, para a implementação de mudanças no Currículo de Medicina. Passou-se de um modelo dividido em ciclos básico e clínico para um modelo integrado, o Currículo Integrado. (ALVES, 2005) (SOUZA; ZEFERINO; DA ROS, 2011).

Nesse tipo de Currículo, os estudantes são expostos a situações práticas desde

o início do curso. Em relação à Atenção Primária, são introduzidos no ambiente das Unidades de Saúde desde o primeiro período do curso. O estudante é submetido a cenários de aprendizagem condizentes com a capacidade de fazer algo adequado determinado momento de aprendizagem. Esse tipo de ensino, que trabalha com os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para executar alguma tarefa, denomina-se Educação Baseada em Competências. (GRUPPEN; MANGRULKAR; KOLARS, 2012).

Associada a qualquer tipo de ensino-aprendizagem, tradicional ou baseado em competências, surge a necessidade de um modo de avaliação. Assim como no ambiente universitário propriamente dito, em que podem ser realizadas simulações controladas, testes de progresso, entre outros modelos de avaliação, na residência médica também deve haver um modo de avaliação. Surgem então alguns instrumentos de avaliação de residentes das especialidades médicas.

Esses documentos estabelecem as competências necessárias para a formação do especialista. Na Medicina de Família e Comunidade, destacam-se dois documentos. O Can-MEDS, (SHAW; OANDASAN; FOWLER, *et al.* 2017), documento canadense com propósito formativo, e o *Family Medicine Milestones Project* (LAWRENCE; SCHULTZ, 2017), documento americano com propósito formativo e avaliativo. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade cria, em 2014, o Currículo Baseado em Competências, documento direcionador da formação de especialistas no país. (BRASIL, 2014), (LERMEN, 2015)

Nessa direção, foi criada a Matriz de Competências Médicas da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Essa matriz estabeleceu competências necessárias ao Médico de Família e Comunidade (MFC) para ser resolutivo nos cenários de prática que contemplem os atributos da atenção primária à saúde (APS), sendo eles, acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência.

Em virtude da importância do tema para a formação do MFC, esta autora indagou: Quais são as competências necessárias para a avaliação do residente de Medicina de Família e Comunidade?

Esta pesquisa contribui para a Educação Médica Brasileira, em especial com a formação de profissionais qualificados ao trabalho na APS (Atenção Primária à Saúde) considerando suas particularidades e necessidades, e colocando-a em sintonia com os padrões mais elevados de avaliação existentes no mundo.

1.1 OBJETIVOS

- **Objetivo geral:**

O objetivo geral desta dissertação de mestrado é a construir um instrumento de avaliação, baseado em competências, para avaliação formativa e somativa dos residentes da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), bem como sua validação.

- **Objetivos específicos:**

- Estudar os instrumentos de avaliação de residentes de Medicina de Família e Comunidade, baseado em competências, existentes na literatura.
- Identificar os modelos de currículos baseados em competências para Residência em Medicina de Família e Comunidade.
- Elaborar um instrumento para avaliação de competências dos residentes em Medicina de Família e Comunidade.
- Validar os conteúdos do instrumento de avaliação de competências dos residentes em Medicina de Família e Comunidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRIA DA MEDICINA NO BRASIL

A medicina no Brasil, tratada em seu sentido mais amplo, remonta ao período colonial, com as práticas tradicionais dominando o cenário. Os indígenas que habitavam o território brasileiro atual utilizavam várias ervas, tubérculos, folhas, entre outros, com finalidade medicinal. Além desse aspecto medicinal puro, sua compreensão da totalidade do ser humano, sua compreensão holística das pessoas gerava rituais para a restauração do equilíbrio entre mente, corpo e espírito. Essa devolução da harmonia entre os componentes da existência era importante principalmente em situações de saúde complexas, de grande adoecimento, já que acreditavam ser o desequilíbrio entre mente, corpo e espírito o gerador de doenças graves. (BARBOSA; LEMOS; KERNTOPF; FERNANDES, 2016).

Com a chegada dos europeus à América, houve um choque antropológico, com o encontro do saber erudito europeu, baseado na razão, e o saber tradicional dos povos indígenas, baseado em teorias holísticas, ritualísticas. Três grupos sociais portugueses foram importantes nessa fusão: os jesuítas, que se integraram às tribos indígenas para expansão da fé católica e, no que se refere à cura, também utilizavam a abordagem holística, de incorporação da espiritualidade cristã; os barbeiros, sabedores da medicina erudita europeia (ainda em sua fase pré-científica, já que as causas das doenças seriam conhecidas somente no século XIX), que prescreviam medicamentos e faziam cirurgias; por fim, os boticários, que catalogavam e produziam as medicações no Brasil. Todos os grupos utilizaram conhecimentos produzidos pelos indígenas, incorporando algumas práticas sociais e exterminando aquelas que julgavam prejudiciais para o processo de colonização. Por exemplo, a figura do pajé como ser dotado de espiritualidade na tribo e capaz de curar foi fortemente combatida pelos jesuítas, já que tal característica impedia que a fé cristã fosse hegemônica entre todos os habitantes da colônia, negros, indígenas e brancos. O pajé, nesse contexto, era considerado uma entidade tomada pelo demônio e que deveria ser exorcizada, o que pode ser teorizado sob o guarda-chuva teórico do etnocentrismo, conceito que permeia todos os processos colonizadores europeus pelo mundo. (BARBOSA; LEMOS; KERNTOPF; FERNANDES, 2016).

Dada a importância do conceito de etnocentrismo para a discussão do tema, já que a visão europeia de mundo foi imposta no Brasil a partir do século XVI, abaixo se segue uma definição:

A lógica do etnocentrismo consiste, pois, em pensar o mundo por meio de um referencial único, ou seja, tendo como referência a cultura, os valores e costumes de uma sociedade em detrimento de outra, manifestando-se por meio de julgamento de valores da cultura do outro, seu modo de pensar e agir. (NAKAMURA, 2011, p.98).

Aplica-se também o etnocentrismo ao tratamento dado às práticas medicinais trazidas pelos negros escravizados para o Brasil Colonial. Embora fossem largamente utilizadas para a cura de diversas doenças, como incorporavam rituais, a exemplo daqueles realizados pelos indígenas, eram considerados feiticeiros pelos europeus brancos e seus descendentes, que compunham a classe social mais elevada do período. (BARBOSA; LEMOS; KERNTOPF; FERNANDES, 2016).

Uma iniciação da Medicina Brasileira sintonizada com os avanços científicos do século XIX, com a incorporação de ciências básicas na explicação de fenômenos clínicos, dá-se com a Escola Tropicalista Baiana, que estudava doenças infectocontagiosas de acordo com paradigmas científicos atuais. Porém, é a partir de Oswaldo Cruz, discípulo do renomado cientista Louis Pasteur, que a medicina científica brasileira progride, com descobertas importantes no campo das doenças infectocontagiosas e ganho de renome internacional, dada a relevância do trabalho realizado. (BRAGA, 2018).

Uma consideração importante a se fazer em relação à Medicina praticada no Brasil é que não destoava daquela praticada no resto do mundo. Até o Relatório Flexner, do final do século XIX, não havia uma padronização do Ensino Médico e, portanto, da medicina praticada no mundo. É a partir do final do século XIX, com essa mudança importante na Educação Médica, que surgem mudanças impactantes no tipo de médico formado no século XX. Desse modo, fica indissociável, a partir desse documento, o tipo de cuidado médico prestado das práticas pedagógicas inseridas para a formação médica.

2.2 ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

A palavra educação é definida no dicionário Michaelis como “processo que visa ao desenvolvimento físico, intelectual e moral do ser humano, através da aplicação de métodos próprios, com o intuito de assegurar-lhe a integração social e a formação da cidadania.” (2020).

Analisando essa definição observamos que processo de ensino-aprendizagem é um assunto complexo, que foi objeto de estudo de muitos pesquisadores ao longo dos anos, especialmente nas últimas décadas. Destes estudos resultou um amplo repertório de conhecimentos que podem ser aplicados ao ensino médico. Entre esses conhecimentos destaca-se o conceito de Aprendizagem Significativa, elaborado por David Ausubel, para explicar o processo cognitivo construtor do conhecimento.

Para Ausubel, especialista em Psicologia Educacional, o conhecimento prévio do estudante é a chave para a aprendizagem significativa, ou seja, aprender significativamente é reconfigurar e ampliar as ideias já existentes a partir dos novos conceitos recebidos e com isso ser capaz de desenvolver e acessar novos conteúdos. Ele define este conhecimento prévio como “conceito subsunçor” e afirma que a aprendizagem significativa ocorre quando a nova informação ancora-se em conceitos relevantes (subsunçores) preexistentes na estrutura cognitiva do aprendiz. É desse modo que o estudante adquire conhecimentos cada vez mais complexos. (apud GOMES, 2008).

Considerando a estrutura da aprendizagem significativa, centrada no estudante, temos o professor/tutor como um facilitador, com o papel fundamental de problematizar, auxiliando o aprendiz a construir seus novos conhecimentos do melhor modo possível, guiado por suas preferências e ampliando as possibilidades de retenção de conteúdo com grande aplicabilidade prática. (GOMES, 2008).

A teoria da aprendizagem significativa é um dos alicerces da Educação Médica atual e é direcionadora de uma série de práticas pedagógicas, as metodologias ativas de ensino, que procuram formar um profissional médico que responda às necessidades sociais em saúde de uma população. Esse modelo de educação, materializado pelos cursos de Medicina com Currículos Integrados e Metodologias Ativas de Ensino, se contrapõe ao modelo Flexneriano, hegemônico anteriormente, como demonstrado no Quadro 1. (GOMES, 2008).

QUADRO 1 - Práticas educacionais na educação médica

Novas práticas educacionais (ausubelianas)	Práticas educacionais antigas (flexnerianas)
Competências bem definidas, baseadas nas necessidades sociais	Conteúdos mal definidos, não contextualizados
Construção de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades e atitudes por meio de metodologias ativas de aprendizagem	Transmissão de informações e memorização
Professores capacitados em conteúdos e em práticas pedagógicas	Professores capacitados em conteúdos
Ensino centrado no estudante	Ensino centrado no professor
Ambiente colaborativo entre professor (mestre) e estudante (aprendiz)	Ambiente hierárquico entre professor e estudante
Processo de aprendizagem ação-reflexão-ação (problematização a partir do problema concreto)	Processo de aprendizagem seguindo a ordem teoria-prática
Ambientes de aprendizagem prática diversificados, comunitários	Ambiente hospitalar
Avaliação formativa e somativa	Avaliação somativa

Fonte: adaptado de GOMES, 2008.

As Metodologias Ativas de Ensino, caracterizadas como processos educacionais em que os estudantes desenvolvem atividades que necessitam de reflexão de ideias e desenvolvimento da capacidade de usá-las, são o eixo condutor para aplicação da aprendizagem significativa nos cursos da área da saúde. São várias, sendo as mais conhecidas a PBL (do inglês *Problem Based Learning*), o TBL (*Team Based Learning*) e a problematização. (FARIAS *et al.*, 2015).

Algumas características desses métodos ativos de ensino são citadas por Farias *et al.* (2015, p. 143-150):

- Construtivista - se basear em aprendizagem significativa;
- Colaborativo - favorecer a construção do conhecimento em grupo;
- Interdisciplinar - proporcionar atividades integradas a outras disciplinas;
- Contextualizado - permitir que o educando entenda a aplicação deste conhecimento na realidade;
- Reflexivo - fortalecer os princípios da ética e de valores morais;
- Crítico - estimular o educando a buscar aprofundamento de modo a entender as limitações das informações que chegam até ele;
- Investigativo - despertar a curiosidade e a autonomia, possibilitando ao educando a oportunidade de aprender a aprender;
- Humanista - ser preocupado e integrado ao contexto social;

Motivador -trabalhar e valorizar a emoção;
Desafiador - estimular o estudante a buscar soluções.

Os novos conhecimentos sobre aprendizagem e suas características foram fundamentais para a sistematização de um novo currículo nas escolas de Medicina. O médico moderno precisa ser preparado para uma nova realidade, o paradigma biopsicossocial introduzido por George Engel, em 1977, e, portanto, precisava ser formado por um novo currículo. Um médico capaz de buscar explicações e intervir nos problemas para além do raciocínio anatomo-clínico tornou-se necessário, de modo a reduzir problemas pelo excesso de intervenção preconizado pelo pensamento cartesiano/flexneriano. (MACHADO *et al.*, 2018), (ANDERSON; RODRIGUES, 2016).

Logo, apresentar ao estudante um novo paradigma de saúde, com uma nova abordagem sobre o processo saúde-doença da população passou a ser o foco dos currículos dos novos cursos de Medicina a partir dos anos 2000. Surgem nesse momento os cursos com currículos integrados, caracterizados pela centralidade na resolução de problemas profissionais, conhecimentos transversais e uso da multidisciplinaridade. (SOUZA; ZEFERINO; DA ROS, 2011).

No Brasil, as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina de 2010 consolidam esse novo modelo ao listar as competências necessárias para a formação do médico. Esse modelo vanguardista de Educação Médica está fortemente organizado pela Educação Baseada em Competências, um método de ensino centrado no que o estudante é capaz de fazer com tudo que aprendeu, ou seja, focada na prática efetiva. Além da capacidade técnica do profissional, questões emocionais, relacionais são importantes. O conhecimento é somente um componente do resultado, ao contrário do método tradicional, em que o conhecimento adquirido é o principal objetivo.

2.3 ENSINO MÉDICO NO BRASIL

O Ensino Médico, do ponto de vista formal, inicia-se no ano de 1808 com a abertura da primeira Faculdade do Brasil, a Escola de Medicina e Cirurgia do Hospital Militar da Bahia, ainda sem fundamentação científica organizada. Até o ano de 1829, com a fundação da Sociedade de Medicina, a medicina segue sendo praticada e ensinada em bases científicas sólidas. Somente a partir de 1832 os cursos passam a

ter um currículo básico e minimamente padronizado. A graduação em medicina passa a ser de 6 anos, com disciplinas base, a fim de formar médicos com boa capacidade técnica. (MACHADO *et al.*, 2018).

A primeira escola a servir de modelo para a educação médica brasileira foi a escola francesa. Seu modelo de ensino se caracterizava pela observação clínica, à beira do leito, em hospitais, e com aulas em grandes anfiteatros. Os assuntos teóricos eram lecionados por professores nomeados, com boa reputação, ainda que não houvesse, em suas formações, qualquer rigor científico. Seguindo os princípios analíticos, os achados patológicos, obtidos após o estudo em cadáveres, eram associados aos achados da observação clínica. (KEMP; EDLER, 2004).

Esse modelo foi inaugurado na França, no contexto de derrocada do Antigo Regime, absolutista, pela Revolução Francesa no final do século XVIII. *Pierre-Jean-Georges Cabanis*, médico e pensador, foi responsável pela reforma universitária francesa, necessária no momento para legitimar do ponto de vista intelectual o novo paradigma económico do período, o capitalismo burguês. Além da ruptura com o ensino defendido pela Monarquia, esse novo desenho pedagógico do ensino superior francês foi responsável pela produção de mão-de-obra especializada requerida pela Revolução Industrial e, portanto, tal método educacional foi exportado da formação médica para as demais. A esse processo, convencionou-se chamar de Reforma Cabanis. Em desacordo com a História da Medicina hegemônica, em que Flexner é o paradigma principal de formação médica brasileira até hoje, o autor Almeida Filho (2017) afirma que Cabanis é uma força muito importante no Ensino Médico até hoje. (ALMEIDA-FILHO N., 2017).

A Reforma Cabanis introduziu no Ensino Universitário francês uma série de modificações (ALMEIDA FILHO, 2017):

- Observação direta do doente, à beira do leito. Isso se opunha ao ensino tradicional, teórico e catedrático, sem contato com pacientes reais.
- Organização do conhecimento em matérias e disciplinas, de modo sucessivo e gradual, progredindo do simples e geral ao complexo e específico.
- Currículo médico com matérias obrigatórias (anatomia, patologia, fisiologia, semiologia médica) e matérias acessórias (filosofia, artes, letras, clássicos).
- Utilização do conceito de aprendizado como sinónimo de memorização de padrões, de modo que o estudante consiga fazer diagnósticos a partir dos modelos armazenados durante o curso de Medicina.

- Educação baseada na prática real, com aulas realizadas pelos professores e estudantes à beira do leito.
- Formação coordenada pela corporação profissional, de acordo com as exigências convencionadas. A partir de então, o médico é transformado em profissional liberal e responde a algum órgão normatizador de sua prática. Passa a ser crime de charlatanismo o exercício da Medicina sem a devida formação regulada pelo Estado.

Em contraponto ao modelo francês, o modelo alemão de ensino em Medicina tinha como alicerce as ciências básicas emergentes no século XIX, como fisiologia, histologia, biologia celular, bioquímica. Sob o ponto de vista alemão, o estudante deveria ser capaz de relacionar a prática clínica à teoria fornecida por essas ciências. Isso só foi possível após a organização de uma estrutura educacional especializada e fragmentada, dividida em departamentos, sem a influência direta dos catedráticos. (KEMP; EDLER 2004).

Uma consideração crítica importante é que tanto o modelo francês quanto o alemão são centrados na doença e na hierarquização dos cuidados médicos, o que ainda é considerado como modelo hegemônico quando se investiga os ideais de formação médica dos estudantes de Medicina. Segundo Rodrigues (2020), o “currículo implícito”, constituído pelos modelos médicos a que o acadêmico de Medicina é exposto durante o curso é determinante para o Médico que se formará. Influências externas ao currículo desenhado pelos cursos, como prestígio econômico, crenças, status social relacionados a determinada prática em saúde são tão ou mais importantes que supostas práticas imparciais baseadas exclusivamente em afinidade intelectual ou destreza técnica. Desse modo, deve-se considerar a importância dos modelos concretos de profissionais a que os estudantes são expostos e não somente mudanças curriculares com a intenção de formar um profissional da saúde diferente. A fim de evitar uma homogeneização de práticas centradas no modelo biomédico, os médicos-professores precisam ser escolhidos para que o corpo docente seja heterogêneo nas mais diversas facetas do ser humano. (RODRIGUES, 2020)

No Brasil, Silva Mello, que viria a se tornar uma referência internacionalmente reconhecida em ensino médico após o relatório Flexner, foi um entusiasta do modelo alemão de educação. Silva Mello tinha formação em medicina no Brasil e realizou estudos complementares na Alemanha, onde aprofundou seu conhecimento em medicina baseada em ciências básicas e tornou-se um grande crítico do modelo de

ensino vigente no Brasil à época. Para Silva Mello, as escolas médicas deveriam ser menos numerosas e formar menos profissionais, no entanto os profissionais deveriam sair das escolas com altíssimo nível de excelência, tanto técnico quanto humanístico. Segundo ele, o profissional de Medicina deveria pertencer à elite intelectual do país. (apud KEMP; EDLER 2004).

Apesar da existência de cursos superiores no século XIX e início do século XX, apenas a partir de 1934, com a criação da Universidade de São Paulo (USP), o ensino superior moderno baseado na razão, seguindo o modelo francês, expande-se no Brasil. Inicia-se então um período de educação democrática, pública e gratuita, com a criação de Universidades Federais e expansão dos cursos principalmente depois de 1946. (MACHADO *et al.*, 2018).

É válido esclarecer que o modelo de ensino médico francês do século XIX, sem fundamentação nas ciências básicas, é distinto do modelo de Universidade Francesa dos anos 30, este alicerçado nas ciências básicas (fisiologia, histologia, genética, biologia celular, bioquímica, entre outras), e que inspirou a criação de diversas Universidades, a exemplo da USP, no Brasil.

No governo de Juscelino Kubitschek um novo modelo é introduzido na Educação Superior do Brasil. Passamos a inspirarmo-nos no modelo norte-americano, que organiza os cursos em ciclos básico e profissionalizante e defende a indissociabilidade entre ciência, pesquisa e tecnologia. A nova divisão apresenta departamentos organizados por disciplinas e abandona as cátedras vitalícias dos professores. (MACHADO *et al.*, 2018).

É nesse contexto de estrutura universitária norte-americana que se insere o modelo flexneriano de Ensino Médico, com incentivo à pesquisa, individualista, hospitalocêntrico, biomédico, e com ênfase na especialização. (MACHADO *et al.*, 2018).

2.4 FLEXNER E O MODELO FLEXNERIANO

Abraham Flexner, filho de pais judeus alemães, nasceu em Louisville, Kentucky, em 1866. Seus pais imigraram para os Estados Unidos em 1853. Estudou Artes e Humanidades na Universidade de Johns Hopkins, com término do curso em 1886. Em 1889, casou-se com Anne Crowford, uma ex-atriz da Broadway, com quem se transferiu para a Alemanha em 1906. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Em Heildenberg, após seu contato com o modelo universitário alemão, escreve seu primeiro livro em 1907, *The American College: a Criticism*, uma crítica ao ensino superior americano como o próprio título sugere. Após a publicação desse livro, volta aos Estados Unidos em 1908, quando recebe o convite de Henry S. Pritchett, presidente da Carnegie Foundation, para realizar um estudo sobre as escolas de medicina americanas e canadenses. De suas visitas aos 155 cursos de Medicina dos dois países, surge o famoso “Relatório Flexner”, cujo título original foi *Medical Education in United States and Canada – A Report for the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Uma característica importante desse documento foi o método de avaliação (ou a falta dele, pode-se dizer). Em 180 dias, visitou as 155 escolas de Medicina, ficando aproximadamente um dia em cada uma. Colhia informações pela simples observação de estrutura física de laboratórios e hospitais, sem formulação prévia de um instrumento de avaliação padronizado e validado. Em sua autobiografia, pode-se perceber o teor do seu processo de avaliação: “Em umas poucas horas, uma estimativa confiável pôde ser feita a respeito das possibilidades de ensinar medicina moderna em quase todas as 155 escolas que visitei”. Flexner concluiu que das 155 faculdades de Medicina, somente 31 poderiam permanecer abertas. O fato é que antes de seu estudo, não havia regulamentação estatal para a abertura de cursos médicos, inexistindo critérios de admissão, tempo de duração e exigência de fundamentação teórico-científica para a formação profissional. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Flexner foi o autor que disseminou a medicina científica, ou ortodoxa, pelos Estados Unidos e depois pelo mundo, baseando-se no ensino alemão fundamentado em ciências básicas. Sua notoriedade também foi garantida pela influência da indústria farmacêutica crescente no século XIX, que em associação com profissionais médicos, exercia grande pressão para adoção da medicina ortodoxa como padrão dominantes de ensino e prática. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Com o tempo, suas ideias ganharam o status de modelo de ensino médico, o “Modelo Flexneriano”. Seguindo esse modelo, o currículo deve ser dividido entre ciclo básico, centrado em laboratórios, e ciclo clínico, nos hospitais. A doença é vista como processo individual, biológico, sem a influência de fatores sociais, culturais. A ciência é vista como única fonte segura de conhecimento, sendo a arte relegada a um lugar periférico. O conhecimento é compartimentalizado em disciplinas, levando à superespecialização na medicina. A saúde-doença é entendida como um processo

unicausal, biológico, o que levou a uma visão reducionista da medicina, considerando-se saúde como ausência de doença. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008), (ALMEIDA FILHO, 2010).

Muito embora se atribua ao modelo biomédico de ensino a qualificação de flexneriano, tal visão pode ser contestada ao se avaliar o famoso relatório. O sanitarista Naomar Almeida Filho defende que muito do que se atribui a Flexner pelos estudiosos de Saúde Coletiva no Brasil a partir dos anos 60, em especial Eugênio Vilaça Mendes, não condiz com o conteúdo dos escritos do autor americano ou, pior, os contradiz (ALMEIDA FILHO, 2010). Feita essa ressalva histórica, pode-se dizer que o ensino médico como preconizado por Flexner, ainda que vanguarda na época de sua divulgação, já não mais responde às necessidades de aprendizagem de graduandos em Medicina e deve ser superado por outro paradigma pedagógico. Atualmente, o paradigma mais utilizado por cursos de Medicina, principalmente os inaugurados após os anos 2000, é o aprendizado baseado em competências a partir de currículos desenhados para isso. (MACHADO *et al.*, 2018).

2.5 MUDANÇAS DE PARADIGMAS NO ENSINO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Com a implementação do modelo Flexneriano de Atenção à Saúde e Educação Médica no mundo, houve um aumento cada vez maior de custos com resultados insatisfatórios. Essa ideia foi primeiramente introduzida pelo documento “*A New Perspective on the Health of Canadians*”, de 1974, que ficou conhecido como documento Lalonde (em homenagem a Marc Lalonde, então Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá). Esse texto tirava a perspectiva do sistema de saúde de se concentrar somente na cura de doenças. Introduziu-se o conceito de promoção em saúde, que considerava o indivíduo em seu contexto social, psicológico e econômico. (CASTIEL, 2012).

Tal ação foi seguida pelo maior documento na história da Atenção Primária à Saúde, a Declaração de Alma Ata. Com o slogan “Saúde para todos no ano 2020”, a Conferência de Alma Ata conceituou o que vários países implementaram ao longo dos últimos 40 anos em sistemas de saúde baseados em Atenção Primária. (MACHADO *et al.*, 2018), (CASTIEL, 2012).

Segundo Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde deve ter várias características. Deve levar em conta condições sociais, econômicas e políticas das sociedades e

comunidades; tratar os principais problemas de saúde de um conjunto de pessoas, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação; envolver ações em outros setores, como educação, habitação; requerer e incentivar a participação popular no planejamento e execução das ações em saúde; basear-se no trabalho de profissionais da saúde em serviços ambulatoriais, fora do hospital. (apud MACHADO *et al.*, 2018), (CASTIEL, 2012).

No Brasil, a implementação das ideias de Alma Ata começou efetivamente com o Programa Saúde da Família, em 1994. Este programa foi a grande iniciativa brasileira para a implementação do que foi proposto pela Constituição de 1988 no campo da saúde, com a operacionalização posterior dos preceitos nela contida pela Lei 8080 de 1990, a Lei Orgânica da Saúde. Um princípio fundamental adotado desde então para a modificação do Modelo de Atenção à Saúde, com orientação a partir de então pela Atenção Básica, é a Integralidade. (apud ALVES, 2005).

No campo da saúde, mais precisamente da Saúde Coletiva, a Integralidade assume vários sentidos. Várias dessas acepções são importantes para a Educação Médica atual, que busca formar um médico capaz de perceber as necessidades em saúde de sua população e promover um cuidado contextualizado. Quanto à organização dos serviços de saúde, a integralidade pretende que não haja separação de prevenção e promoção; quanto ao cuidado individual, pretende que o indivíduo seja visto em todo seu contexto, com grande importância para questões biológicas, psicológicas e sociais (modelo biopsicossocial). O cuidado não deve se restringir só ao médico e este profissional deve saber disso para que coordene a trajetória do indivíduo nas redes de atenção à saúde. (ALVES, 2005).

Essa mudança de paradigma na saúde, deslocando o cuidado do hospital para a comunidade, um ambiente em que a Integralidade é parte fundamental da formação profissional médica, exigia (e ainda exige) modificações na estrutura dos cursos de Medicina, fortemente influenciados pelo modelo flexneriano. Nesse sentido, algumas iniciativas, ainda que tímidas, foram tomadas ao longo dos últimos 50 anos.

O currículo da graduação de Medicina, compreendido como “relação entre os saberes essenciais da formação médica e a ação para desenvolvê-la de forma reflexiva e ética”, assume grande importância nesse processo. Um novo médico, preparado para uma nova realidade, o paradigma biopsicossocial introduzido por George Engel em 1977, precisava ser formado de uma nova forma. Um médico incapaz de buscar explicações e intervir nos problemas para além do raciocínio

anatomo-clínico tornou-se inefetivo, por vezes gerando problemas pelo excesso de intervenção induzidos pelo modo de pensamento cartesiano, flexneriano. (MACHADO *et al.*, 2018), (ANDERSON; RODRIGUES, 2016).

Aproximar o estudante da realidade do processo saúde-doença da população passou a ser a tônica dos currículos dos novos cursos de Medicina a partir dos anos 2000, bem como da reformulação dos já existentes desde então. Esses cursos passaram a usar os currículos integrados, caracterizados pela centralidade na resolução de problemas profissionais, conhecimentos transversais e uso da multidisciplinaridade. (SOUZA; ZEFERINO; DA ROS, 2011).

O Currículo Integrado, como o próprio nome diz, integra os conteúdos por meio de módulos transversais, que abordam assuntos sobre vários pontos de vista. Utiliza como metodologia predominante de aprendizagem a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), uma metodologia ativa de ensino, em que os estudantes, ao serem expostos a situações contextualizadas, baseadas no ambiente prático, são atores no processo de aprendizagem. Os temas de estudo são desenvolvidos em tutoriais, sendo o papel do tutor de um “guia”, “orientador”, a fim de que as competências exigidas em relação aquele assunto sejam trabalhadas. (GOMES *et al.*, 2009).

Outra característica marcante dos currículos integrados é a inserção do estudante desde o início do curso de Medicina na Atenção Primária à Saúde (APS), local de prática em que os determinantes sociais do processo saúde-doença são mais facilmente compreendidos. Os estudantes entram em contato desde o primeiro de ano com as unidades de saúde com o objetivo de formá-los com uma abordagem holística, condizente com o modelo biopsicossocial. (SOUZA; ZEFERINO; DA ROS, 2011).

Tanto a dimensão pedagógica, com metodologias ativas, quanto a mudança do campo de prática do hospital para a comunidade são pontos encontrados nas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina de 2014. Além disso, são listadas competências necessárias para a formação do médico, situando esse documento na vanguarda da Educação Médica. Os estudantes devem satisfazer várias competências em três grandes áreas: - Atenção à Saúde, o cuidado individual e coletivo de pessoas; - área de gestão em saúde, que compreende a capacidade em lidar com os sistemas e esferas de poder relacionados ao trabalho médico; e - Educação em Saúde, compreendendo a educação continuada do profissional e a capacidade de promover a socialização das informações. (BRASIL, 2014).

Kussakawa (2017), utilizando uma metodologia de revisão bibliográfica e

análise documental, propõe 4 eixos estruturantes para a análise das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina de 2014. Segundo ele, os eixos para entendimento abrangente das diretrizes são eixo de promoção da saúde, eixo político-econômico, eixo ético-cultural e eixo simbólico-tecnológico. (KUSSAKAWA; ANTÔNIO, 2017)

O eixo de promoção da saúde é o eixo central das diretrizes, retomado ao longo de todo o texto. Entende-se promoção à saúde como a capacidade de o indivíduo intervir sobre os determinantes de sua saúde, sejam eles econômicos, sociais, culturais, biológicos o médico deve ser capaz de identificar tais condicionantes e auxiliar as pessoas cuidadas a exercerem um papel ativo em relação ao seu processo saúde-doença. O eixo político-econômico surge com a criação do SUS e a necessidade de o Estado promover serviços de saúde para toda a população, com essas mudanças o médico passou a se ver como assalariado, proletário, e esse novo mercado de trabalho passou a exigir certas competências para lidar com situações complexas; em terceiro lugar, passou-se a exigir um aprendizado voltado para a prática, em que o contato com situações reais em seu aspecto multifacetado possa produzir conhecimento. O eixo ético-cultural incorpora os direitos humanos como um dos norteadores da formação médica, de modo que o médico deve aprender a lidar com assuntos como orientação sexual, pluralismo cultural, diversidade religiosa, entre outros. O aspecto ético principal, que direciona sua prática, é a equidade, ou seja, oferecer mais empenho a quem tem mais necessidade. A operacionalização dessa dimensão ética, da equidade, é atingida pela comunicação horizontal, capacitada, ativa, sem julgamento. O eixo simbólico-tecnológico diz respeito a relação entre a autonomia do médico e a crescente influência de fatores externos na prática médica impulsionados pela tecnologia, como auditoria de seu trabalho e direcionamento de condutas pelos *guidelines*, também é trabalhada nas diretrizes. O médico deve ser capaz de balancear suas necessidades e aspirações, as do paciente e as impostas pelas ferramentas tecnológicas. (KUSSAKAWA; ANTÔNIO, 2017)

Esse modelo vanguardista de Educação Médica está fortemente organizado pela Educação Baseada em Competências, um método de ensino centrado no que o estudante é capaz de fazer com tudo que aprendeu, ou seja, focada na prática efetiva. Além da capacidade técnica do profissional, questões emocionais, relacionais são importantes. O conhecimento é somente um componente do resultado, ao contrário do método tradicional, em que o conhecimento adquirido é o principal objetivo.

2.6 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS NO ENSINO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Dada a importância do tema para o entendimento do estado de coisas atual em Educação Médica no Brasil, produzimos uma linha do tempo para esclarecer o progresso legal e institucional desse campo de conhecimento. Devemos esclarecer que neste breve histórico, só enumeramos as políticas públicas produzidas como iniciativa de redirecionamento do ensino médico, deixando a cargo de outras seções já constantes nesta dissertação o levantamento de demais atividades acadêmicas, como as existentes no período colonial e imperial do Brasil. Feita essa ressalva, abaixo se seguem os principais marcos legais da Educação Médica no Brasil, baseados no artigo de Dias *et al.* (2018):

Anos 1988 – Reforma Sanitária Brasileira obtém a vitória da Lei Orgânica do SUS, que tem como um de suas determinações a responsabilidade do sistema de saúde em participar da formação acadêmica dos profissionais. Como desdobramento da lei, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Ensino em Saúde, do Ministério da Saúde (MS).

1988 - Conferência de Edimburgo, que coloca a integralidade como central na formação médica.

1991 – Formação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), que identificou docência, gestão acadêmica, processo de ensino-aprendizagem e avaliação como os eixos de mudança dos cursos médicos. Teve sua terceira fase em 1998.

1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que deu mais autonomia às Instituições de Ensino Superior ao substituir o currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Desse modo, foi possível a criação de currículos inovadores no curso de Medicina.

2001 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, documento criado para direcionar a formação de médicos no Brasil. A partir de então, Atenção Primária à Saúde passa a ser um importante eixo formador de médicos, já que o documento previa que fosse criado um novo profissional, mais comprometido com as necessidades em saúde da população.

2002 – Cria-se o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina, o PROMED. Formado por uma comissão interministerial, do Ministério da Educação e da Saúde, auxiliados pela Associação Brasileira de Educação Médica

(ABEM) e pela Rede Unida, funcionava para orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática.

2006 – Criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde, pela SGTES do Ministério da Saúde. Funcionou em três eixos: avaliação teoria, integração entre ensino e serviço e orientação pedagógica para a implementação do currículo integrado.

2014 – Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, aprofundando as mudanças propostas nas Diretrizes de 2001 e já tratadas com detalhe em outra seção dessa dissertação.

2.7 EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS

Em 1949, Ralph Tyler, um psicólogo educacional, estabeleceu alguns questionamentos para direcionamento dos programas educacionais de qualquer escola ou faculdade. Segundo ele, qualquer instituição educacional deveria responder às seguintes questões: quais as propostas do programa educacional, quais experiências devem ser oferecidas para responder a essas propostas, como organizar o programa e como determinar se as propostas foram atingidas. (TYLER, 1949).

Desde então, alguns estudiosos tem pensado sobre a educação baseada em resultados (*outcome-based education*). Benjamin Bloom cunhou a taxonomia dos objetivos educacionais, incluindo um domínio cognitivo (*knowledge*), um psicomotor (habilidades manuais) e um afetivo (atitudes). Em 1963, Carroll defendeu que os métodos de ensino deveriam diferir entre os indivíduos, já que a aquisição de aprendizado varia entre os estudantes. Desse modo, um programa educacional não deveria ser dimensionado por um tempo específico para todos os estudantes, sendo que alguns precisam de mais tempo e outros menos para atingirem os objetivos estabelecidos. (TEN CATE, 2017), (BLOOM *et al.*, 1956), (CARROLL, 1963).

Um dos primeiros cursos de Medicina a aplicar as ideias desses estudiosos da educação foi a *Case Western Reserve University's Medical School*, de Cleveland, nos anos 1950. Tendo Ralph Tyler como consultor, criou um curso pré-clínico, focado em ciências básicas, com objetivos clínicos relevantes. A partir dos anos 1969, várias escolas de medicina caminharam nessa direção, a educação baseada em competências.

Em 1978, McGaghie *et al.*, descreveram a CBME (*Competency-Based Medical Education*) em 3 características: 1- organização das atividades educacionais segundo funções necessárias para a prática da medicina em um determinado cenário; 2- princípio de que todos os estudantes podem atingir objetivos básicos pré-estabelecidos; 3- afirmação de que a aprendizagem e seu processo podem ser testados empiricamente. (apud TEN CATE, 2017).

Pode-se dizer que competência é a capacidade de

mobilizar, articular e colocar em prática conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho de atividades requeridas em um contexto de trabalho. Compreende o uso de conhecimento, comunicação, habilidades técnicas, raciocínio clínico, valores, emoções e reflexões na prática clínica diária a serviço do indivíduo e da comunidade. (GRUPPEN; MANGRULKAR; KOLARS, 2012).

Contrariamente ao modelo tradicional, com objetivos de aprendizagem e conhecimentos a serem adquiridos, as competências se concentram no que o estudante deve ser apto a fazer, sendo o resultado final o objetivo central.

Devido a sua relação direta com o mundo prático do trabalho, é considerada uma condição indispensável para as melhorias na saúde global. (GRUPPEN; MANGRULKAR; KOLARS, 2012).

Outro conceito corrente na Educação Médica atual é o de *Entrustable Professional Activity* (EPA – traduzido do inglês como Atividade Profissional Confiável). Consiste em uma atividade profissional que pode ser confiada a um estagiário sem supervisão direta a partir do momento em que o estudante desenvolve os domínios de competências necessárias. As EPAs se relacionam às atividades profissionais realizadas no ambiente de trabalho de modo independente, ao passo que as competências são características da qualidade pessoal do estudante. De modo prático, para realização de uma EPA, o estudante deve integrar uma série de domínios de competências ou subcompetências. (COSTA et al., 2018), (TEN CATE, 2005).

Como refinamento do ensino a partir de EPAs, foram desenvolvidos níveis de supervisão necessários para o médico em formação. Operacionalizados em escalas, esses níveis foram denominados *estrustability scales* (escalas de confiança). (REKMAN et al., 2016).

Partindo desse conceito, tem sido elaborados currículos baseados em competências nas mais diversas áreas. Consistem na sistematização de resultados esperados do estudante no seu processo de educação na Medicina. (COSTA et al., 2018).

Duas iniciativas importantes no campo da Educação Baseada em Competências na residência médica de Medicina de Família e Comunidade são o *CanMEDS Family Medicine* (SHAW; OANDASAN; FOWLER *et al.*, 2017), canadense, e o *The Family Medicine Milestone Project* (LAWRENCE; SCHULTZ, 2017), norte-americano. Ambos procuram direcionar a formação dos residentes nas especialidades, cada um com suas características.

O *CanMEDS Family Medicine* tem várias funções. Primeiramente, serve como um direcionamento para a criação ou reformulação de atividades pedagógicas no campo da Medicina de Família e Comunidade na graduação. Na pós-graduação, orienta a formação e adequação de serviços de atenção primária formadores de Médicos de Família. É composto por 7 “*roles*” a serem exercidos pelo médico em formação e não tem caráter avaliativo, já que não apresenta em sua estrutura os “*benchmarks*” ou “*milestones*”.

Esses 7 papéis são de *expert, communicator, collaborator, leader, health advocate, scholar, professional*.

O papel de *expert* refere-se ao Médico de Família como um generalista, provedor de cuidado para indivíduos em todas as fases do ciclo de vida, em vários cenários e para populações diversas. Está de acordo com os quatro princípios da Medicina de Família: 1 - o médico de família é um clínico competente; 2 - a Medicina de Família é uma disciplina baseada na comunidade; 3 - o médico de família é um recurso para a população assistida; 4 - a relação entre médico e pessoa é central no seu trabalho. (LAWRENCE; SCHULTZ, 2017).

O papel de *communicator* relaciona-se à capacidade de se relacionar com as pessoas e suas famílias, estreitando os vínculos ao longo do tempo. Assume grande importância o cuidado na pessoa, que valoriza medos, emoções, dúvidas, ideias, das pessoas acerca de seus problemas de saúde. O médico empodera as pessoas sob seu cuidado, de modo que haja igualdade na definição das intervenções. (WESTON; FELDMAN, 2017).

O papel de *collaborator* trata-se da habilidade de lidar com os sistemas responsáveis pela saúde da pessoa. Família, comunidade, outros serviços de saúde da rede de atenção devem fazer parte do planejamento das ações. Funciona juntamente com o papel de *leader*, já que as ações relacionadas ao papel de *collaborator* devem ser coordenadas por ele. (NEWTON, 2017), (TEPPER; HAWEYLYSHYN, 2017).

O papel de *health advocate* deriva do conhecimento privilegiado que os Médicos de Família têm dos determinantes de saúde da população atendida devido à medicina que praticam, centrada na pessoa. De posse desse conteúdo, podem empoderar os usuários a buscarem melhorias nas suas condições de vida, seja mobilizando recursos na própria comunidade ou em instâncias maiores de poder. (INCE-CUSMAN, 2017).

O papel de *scholar* exige do Médico de Família um envolvimento contínuo com sua própria formação e com a de estudantes de graduação e residentes. Além dessa atividade acadêmica, é importante que seja capaz de avaliar suas ações, modificar e criar processos a fim de melhorar a atenção às pessoas. (RAMSDEN, 2017).

Por fim, o último dos 7 *roles* é *professionalism*, o Médico de Família como um profissional da sociedade, que responda a seus anseios. Espera-se que seja competente, comprometido com formação continuada, ético e modifique-se conforme as exigências da sociedade. (PAULS; HORTON, 2017).

2.8 AVALIAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Nos estudos sobre a origem da avaliação são identificados processos e modelos avaliativos desde o surgimento da humanidade, em comunidades primitivas onde, durante certos rituais, os jovens passavam por processos avaliativos a fim de serem considerados adultos à partir do sucesso obtivo em provas inerentes à usos e costumes comunitários (SOEIRO; AVELINE, 1982), ou mesmo para assumir cargos de prestígio dentro da sociedade organizada. (BORGES; MIRANDA; SANTANA; BOLLELA, 2014). O termo avaliação assume um sentido amplo onde além de examinar outras interpretações podem ser inferidas, tais como comparar, punir, selecionar, distinguir, entre outras. Essas possibilidades de avaliações estão intimamente relacionadas às teorias de aprendizagem.

Segundo Lima (2017), existem três teorias de aprendizagem que vem sendo utilizadas nas práticas pedagógicas. Essas teorias pedagógicas que explicam a aprendizagem consideram o “sujeito” que aprende, o “objeto” de aprendizado e a “mediação” entre o sujeito e o objeto, realizada no convívio em sociedade. A primeira é a teoria ambientalista, que tem como foco o “objeto”, representado pelos conteúdos a serem aprendidos, e propõe o aprendizado por meio da transmissão de conhecimentos ou informações do professor para o estudante. Em oposição a teoria

ambientalista temos a teoria inatista, na qual o foco é o “sujeito” e o aprendizado é entendido de forma individualizada, dependendo de fatores hereditários e da maturação do sujeito. Esses fatores inatos determinam a aprendizagem, e as diferenças entre as pessoas seriam, portanto, biologicamente estabelecidas e imutáveis.

A terceira teoria é a teoria interacionista, ou sociointeracionista. Seu surgimento possibilitou uma fusão entre o adquirido e o inato por meio do foco na “mediação” entre o “sujeito” e o “objeto” de modo que tanto fatores genéticos quanto os conteúdos apresentados ao indivíduo, bem como fatores culturais e sociais, controem o processo de aprendizagem. É essa teoria, traduzida na pedagogia contrutivista, que influencia as mudanças nas metodologias de ensino médico. Surge então, o contrutivismo na educação, conceituado como a “aprendizagem como um processo de construção do conhecimento e o ensino como um apoio a esse processo de construção”. (LIMA, 2017).

O surgimento das novas práticas pedagógicas é a motivação inicial para o estudo de novas práticas avaliativas do ensino, uma vez que novos modelos de aprendizagem não são compatíveis com os modelos avaliativos já existentes. A avaliação passa a ser compreendida como fator integrante do processo educativo e, seguindo este movimento de modificações, evoluíram e passaram de uma compreensão pontual para global, voltada ao processo de avaliar estudantes em cenários de ensino-aprendizagem e em seus contextos específicos. (BORGES; MIRANDA; SANTANA; BOLLELA, 2014).

A avaliação de estudantes na área de saúde e especialmente na medicina, tradicionalmente, é realizada de maneira pontual, baseada em provas e testes, denominada avaliação somativa, ao final de uma disciplina ou módulo. Esse modelo de avaliação, classificatório, tem como objetivo principal avaliar se o estudante assimilou o conteúdo ofertado, e reforça a comparação entre pares desconsiderando as idiosincrasias do indivíduo avaliado. As mudanças de paradigmas do ensino acrescentaram uma preocupação em relação à avaliação: a de que ela fosse parte integrante do processo de ensino. Nesse contexto, a avaliação formativa acaba assumindo um papel central. Esse tipo de avaliação complementa a tradicional e passa a ser entendida como “avaliação para o aprendizado”, de modo que a aquisição de competências é garantida pela avaliação formativa. (BORGES; MIRANDA; SANTANA; BOLLELA, 2014); (SHEPARD, 2006).

Embora tenha recebido inúmeras críticas, a avaliação somativa bem aplicada tem o seu papel na educação, sendo ainda o formato mais utilizado para aferição de conhecimentos adquiridos e certificação de progressão do profissional em formação, garantindo para a sociedade a formação de um profissional qualificado e que adquiriu os conhecimentos mínimos para a sua certificação e prática profissional segura. (BORGES; MIRANDA; SANTANA; BOLLELA, 2014).

Sua utilização ainda permite um estudo de resultados e conseqüentemente pode ser aplicado como *feedback* para as práticas educacionais. (NORCINI; DAWSON-SAUNDERS, 1994).

Abaixo, no Quadro 2, observamos comparativamente os dois métodos de avaliação e seus objetivos de aprendizagem.

QUADRO 2 - Avaliação somativa e formativa

AVALIAÇÃO SOMATIVA	AVALIAÇÃO FORMATIVA
Pontual - Geralmente no final de um curso ou em momentos definidos.	Continua - Realizada nos momentos de interação entre professores e estudantes.
Formal - Realizada em um momento definido, geralmente a data da prova.	Informal - Realizada em todos os momentos de interação entre professores e estudantes, em diferentes cenários.
Estática - Pré-estabelecida no início do curso para avaliação da aquisição de conhecimentos e habilidades.	Dinâmica - Permite ajustes durante o curso, auxiliando na superação de dificuldades dos estudantes
Hierarquizadora - Estabelece hierarquia entre os estudantes segundo sua pontuação.	Não julgadora - Considera a individualização no processo de aprendizagem.
Objetivo de tomada de decisão - Utilizada para decidir sobre a progressão e/ou certificação.	Auxiliar no aprendizado - Configura-se como parte da processo de ensino-aprendizagem.

Fonte: adaptado de BORGES; MIRANDA; SANTANA; BOLLELA, 2014, v. 47, n. 3, p. 324-331, 2014.

Para garantir o caráter longitudinal da avaliação formativa é essencial a adoção da prática do *feedback*, Flores (2009, p.1) sinaliza o uso do *feedback* e sua importância na prática avaliativa, considerando-o uma prática pedagógica que beneficia o estudante, estimulando a reflexão sobre seus erros e acertos e motivando-o a uma aprendizagem constante. Zeferino, Domingues e Amaral (2007, p. 176-179) definem esse processo como toda informação transmitida ao estudante a respeito de

seu desempenho em uma determinada atividade. Os autores afirmam que “O feedback gera uma conscientização valiosa para a aprendizagem, pois ressalta as dissonâncias entre o resultado pretendido e o real, incentivando a mudança; também aponta os comportamentos adequados, motivando o indivíduo a repetir o acerto.” Zeferino, Domingues e Amaral (2007, p. 176-179) e Gusso (2014, p.59) ainda destacam que sua aplicação auxilia o estudante na percepção das dificuldades a serem superadas, permitindo acompanhamento do seu progresso, e é, também, um instrumento motivacional no processo de aprendizagem.

Segundo Epstein (2007), os objetivos de avaliação em educação médica são: otimizar as capacidades dos estudantes, promovendo motivação e entusiasmo para a aprendizagem contínua; proteger a sociedade de profissionais não competentes; funcionar como modo de seleção para programas de treinamento avançado.

As metodologias de avaliação desenvolvidas desde a mudança de paradigmas educacionais são diversas. Todas apresentam vantagens e limitações e devem ser aplicadas em distintas situações, de acordo com sua indicação. Podemos observar no Quadro 3 as diversas opções de avaliação existentes, cada uma com sua indicação, modo de uso, limitações e fortalezas.

QUADRO 3 - Métodos de avaliação na educação médica

MÉTODO	DOMÍNIO	TIPO DE USO	LIMITAÇÕES	FORTALEZAS
AVALIAÇÃO ESCRITA				
Questões de múltipla escolha	Conhecimento, habilidade para resolver problemas	Avaliações somativas	Podem ser superficiais e deslocadas de contextos reais	Pode avaliar muitos assuntos em pouco tempo
AVALIAÇÃO POR SUPERVISORES NA PRÁTICA				
Notas globais com comentários no final do estágio	Habilidades clínicas, comunicação, habilidades de trabalho em grupo	Avaliação somativa e, às vezes, formativa	Subjetiva, baseada em passagens de casos por parte dos estudantes/residentes	Múltiplos avaliadores podem diminuir a subjetividade da avaliação
SIMULAÇÃO CLÍNICA				
Pacientes padronizados e OSCE (<i>Objective Structured Clinical Examinations</i>)	Habilidades clínicas, comportamento interpessoal, habilidades de comunicação	Avaliação somativa e, em alguns casos, formativa	Cenário pode parecer artificial, checklists podem penalizar alguns estudantes.	Projetado para atingir objetivos educacionais; confiável, notas consistentes com o desempenho
MULTISOURCE (360º-DEGREE) ASSESSMENTS				
Portfolios	Todos os aspectos de competências, especialmente apropriados para o aprendizado baseado em problemas e prática baseadas em sistemas de saúde	Usos formativos e somativos em vários programas de ensino médico	Estudante seleciona os melhores casos, experiências, tempo dispendido para preparo é grande	Encoraja a reflexão dos estudantes e fornece material para elaboração de planos de aprendizagem

Fonte: adaptado de EPSTEIN, 2007, p. 387-96.

2.9 AVALIAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS

The Family Medicine Milestone Project, como o próprio nome diz, é um documento com propósito avaliativo, já que estabelece os *outcomes* (ou *milestones*) a serem atingidos pelo residente no decorrer de sua formação. Sua estrutura é a subdivisão de 6 competências gerais (*Patient Care, Medical Knowledge, System-Based Practice, Practice-Based Learning and Improvement, Professionalism, e*

Communication) em subcompetências. Estas subcompetências são subdivididas em 5 níveis de *milestones*, sendo estes níveis os responsáveis pela avaliação contínua do residente.

Estes níveis são baseados no modelo de Dreyfus (DREYFUS; DREYFUS, 1986) de progressão individual dos profissionais de saúde: *novice*, *advanced beginner*, *competent*, *proficient* e *expert*.

Novice é a pessoa que segue regras desvinculadas do contexto em que estão inseridas e adquire competências pela experiência, repetição. O *advanced beginner* é capaz de integrar regras e vinculá-las ao contexto, com a finalidade de executar tarefas reais. O competente é capaz de integrar conhecimentos aparentemente desconexos para executar alguma atividade contextualizada. O *proficiente* é capaz de utilizar a intuição para a tomada de decisões, com seus próprios pensamentos e regras. O *expert* é caracterizado pela realização de tarefas de modo fluido e inconsciente, sem a necessidade de um conhecimento teórico prévio.

Algumas teorias foram propostas para a explicação da aquisição progressiva de expertise pelo profissional em formação. Segundo Shimidt e Boshuizen (1993), nos níveis iniciais de aprendizado, o estudante é apresentado a conceitos isolados que, combinados com o decorrer do processo educativo, formam redes semânticas (do inglês *semantic networks*). Com o tempo, essas redes semânticas são agrupadas em roteiros de doenças (*illness scripts*), de modo a formar um diagnóstico. Após muitos anos de prática, quando profissional chega ao nível de *expert*, o diagnóstico é formulado instantaneamente. Nesse último nível, os roteiros instantâneos (*instance scripts*) predominam no raciocínio do médico, fazendo com que reconheça padrões de doença instantaneamente. Um detalhe muito importante dos *instance scripts* é que eles incorporam ao raciocínio clínico questões contextuais, o que os diferencia claramente dos *illness scripts*. (SCHMIDT; BOSHUIZEN, 1993)

Além dessa explicação sobre a progressão da expertise médica, alguns conceitos são importantes ao tratarmos de avaliação baseada em competências. *Chunking* refere-se a capacidade de experts de memorizarem conhecimentos de maneira mais eficiente que aprendizes em níveis iniciais, pelas memórias já existentes que organizam as novas informações recebidas. *Domain-specificity* refere-se à diferença de expertise em relação ao mesmo assunto entre os profissionais, ao passo que *idiosyncrasy* pode ser entendida como as maneiras diferentes pelas quais experts diferentes resolvem o mesmo problema. Por fim, *transfer* define-se como a

capacidade do expert em conseguir identificar semelhanças em problemas aparentemente diferentes, ou seja, de acessar a profundidade do conhecimento que não se modifica nos casos particulares diferentes. (SCHUWIRTH; VLEUTEN, 2011).

Algumas lições podem ser tiradas para a avaliação a partir dos conceitos expostos:

- a) Não podemos confiar em avaliações curtas para tomada de decisões importantes, por exemplo, outorga de título de especialista a um médico residente, devido à característica de *domain-specificity*. Tais testes não confiáveis porque podem sobrevalorar alguns aspectos que não dizem respeito ao todo das competências exigidas. Nesse caso, dois cenários são possíveis: o candidato competente pode falhar e, pior, o candidato que não atingiu as competências necessárias pode obter êxito. O segundo cenário é o pior, já que não há reversão da decisão tomada.
- b) O processo deve ser focado em competências e não em processos para que decisões importantes em relação à avaliação sejam tomadas. Essa asserção se relaciona com o princípio de *idiosyncrasy*, ou seja, pessoas diferentes resolvem de maneiras diferentes o mesmo problema. Desse modo, a competência, o que o estudante é capaz de fazer, deve prevalecer sobre a maneira, o processo de como se faz algo. (BORDAGE; 1987; BORDAGE e PAGE, 1987)
- c) Os processos de avaliação devem se concentrar na capacidade de generalização, de aprofundamento de questões importantes (transfer) por parte dos estudantes e não de reprodução de procedimentos.
- d) A avaliação, assim como o processo de ensino, deve ser contextual. Isso é explicado pelo modo como o processo educativo recentemente tem sido proposto, capaz de lidar adequadamente como a formação de memórias e conhecimentos por meio de redes semânticas. (SCHUWIRTH; VLEUTEN, 2011).

Devido à importância mundial do documento *The Family Medicine Milestone Project*, uma referência em avaliação de programas de residência, abordaremos cada uma das competências e o que significa cada um dos níveis já referidos. (*J Grad Med Educ.* 2014):

- *Patient Care* caracteriza-se pelo atendimento individual propriamente dito, sendo importantes tanto as habilidades médicas comumente conhecidas, em relação aos problemas físicos de saúde, quanto a abordagem contextual, baseada no modelo biopsicossocial de saúde e na medicina centrada na pessoa.
- *Medical Knowledge* refere-se ao conhecimento necessário para dar conta da

imensidão de assuntos na rotina diária da Medicina de Família. O médico em formação deve ser capaz de analisar exames diagnósticos, planejar investigações e tratamentos, bem como equilibrar as intervenções de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

- *System-Based Practice* consiste na consciência do Médico de Família de que ele está inserido em uma estrutura maior e que pode interferir de algumas maneiras nessas instâncias superiores em benefício das pessoas sob seu cuidado. Algumas subcompetências a serem adquiridas são a capacidade de trabalhar com comunidades e de coordenar as ações do paciente no sistema de saúde, sendo o mais custo-efetivos possível e priorizando a segurança das pessoas.

- *Practice-Based Learning and Improvement* define-se pela capacidade do residente de avaliar e implementar evidências científicas para o melhor cuidado de seus pacientes a partir das lacunas de conhecimento identificadas na sua prática.

- *Professionalism* pode ser explicada como a competência do médico em exercer suas tarefas adequadamente, de modo ético e consciente de suas limitações e das influências externas sobre seu trabalho (sociedade, comunidade, governo, indústria farmacêutica), a fim de que os interesses do paciente sejam colocados em primeiro plano. O profissional com essa característica considera as diferentes culturas em seu trabalho, exerce suas atividades empaticamente e preocupa-se com sua própria saúde física e mental, características essenciais para o bom exercício da medicina.

- Por fim, *Communication* deve ser entendida como a capacidade do médico em comunicar-se efetivamente com os usuários e suas famílias, colegas de trabalho, outros pontos do sistema de saúde. As novas mídias são muito importantes nesse aspecto, já que facilitam o acesso das pessoas ao profissional e deste aos outros serviços de saúde. O princípio central da Medicina de Família, o cuidado centrado na pessoa, não se aplica sem o desenvolvimento adequado dessa competência.

Cada uma dessas competências, como já dito, é desenvolvida em subcompetências, sendo estar por fim graduadas em níveis, os *milestones*. Isso torna o documento capaz de avaliar competências.

Um residente no nível 1 apresenta alguma proximidade com a medicina de família; no nível 2, o residente está em progresso, adquirindo mais *milestones*; no nível 3, já apresenta a maioria das *milestones* para um determinada subcompetência; no nível 4, apresenta todas as *milestones*, sendo esse o alvo dos programas de residência. (*J Grad Med Educ.* (2014)).

O nível 5 só é atingido por poucos residentes, aqueles que aspiram a mais objetivos no seu processo educativo. Assemelham-se, no desenvolvimento de uma determinada competência ou subcompetência, a profissionais com muitos anos de prática.

2.10 TEORIAS PSICOMÉTRICAS EM AVALIAÇÃO

A avaliação envolve a coleta de dados obtidas por meio de algum processo avaliativo para se chegar a uma conclusão. Esse processo precisa ser válido e confiável.

Segundo Schuwirth (2017), validade define-se como a capacidade de um teste de medir o que ele se propõe a medir. Confiabilidade refere-se, por sua vez, a capacidade do teste de ser reproduzível, ou seja, de avaliar similar um candidato várias vezes caso fosse aplicado em ocasiões diferentes. Assim pode ser explicitado por Tavakola e Dennickb (2017, p.1010-1015):

Uma avaliação pode gerar uma pontuação confiável se e somente se uma coorte de estudantes puder ser ordenada de forma consistente quando a avaliação for administrada em ocasiões diferentes. (tradução do autor).

Como um dos objetivos deste estudo é a validação de um instrumento de pesquisa, aprofundaremos-nos mais no conceito de validade. Classicamente, consideramos 3 tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. Embora esses três tipos sejam muito utilizadas em trabalhos de pesquisa, atualmente há uma nova classificação, a *Standards for educational and psychological testing*, da *American Educational Research Association*, que não utiliza as mesmas categorias de validade (conteúdo, critério e constructo). (TAVAKOLA; DENNICKB, 2017). Neste trabalho, devido a larga disseminação da primeira classificação no meio acadêmico brasileiro, optamos por utilizá-la.

A validade de conteúdo refere-se à representatividade de uma série de itens para a avaliação de um determinado conceito, ou constructo (COLUCI; ALEXANDRE, 2011). No nosso trabalho, que objetiva a criação de um instrumento de avaliação baseado em competências para residentes de Medicina de Família e Comunidade, a validade consiste na representatividade dos itens propostos para o julgamento de competências do residente. Ou seja, devemos conseguir responder à seguinte pergunta: O conteúdo do instrumento proposto é uma amostra significativa do

conteúdo prático real do programa de residência de Medicina de Família e Comunidade?

Esse tipo de validade pode ser avaliada tanto qualitativamente, por meio da percepção de *experts*, de maneira escrita ou falada, e quantitativamente. Para a avaliação quantitativa, 2 exemplos de medidas: o Índice de Concordância, o Índice de Validade de Conteúdo, apresentados no QUADRO 4. (COLUCI; ALEXANDRE, 2011).

QUADRO 4 - Medidas para avaliação de validade de conteúdo

Medida	Fórmula	Significado
Índice de Concordância	$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de participantes que concordaram}}{\text{número total de participantes}} \times 100$	Porcentagem de concordância, sobre determinado item, entre o total de participantes.
Índice de Validade de Conteúdo	$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$	Número de respostas 3 e 4 da Escala Likert sobre o total de respostas. Quantifica o número de respostas para "bom e ótimo" do teste em questão.

Fonte: Adaptado de Coluci; Alexandre, 2011

A validade de critério pode ser definida como o grau de eficiência que ele tem em prever um desempenho específico do sujeito avaliado (PASQUALI, 2009). No caso do nosso estudo, deveríamos responder à seguinte pergunta: Caso o estudante preencha os critérios mínimos estabelecidos pelos itens de avaliação, ele terá um bom desempenho na vida real?

Por fim, a validade de constructo refere-se ao grau em que o teste representa as características intrínsecas do indivíduo a ser avaliado. No nosso estudo, para esse tipo de validação, deveríamos responder à seguinte pergunta: O instrumento de avaliação proposto para avaliação de competências avalia, realmente, as competências? (PASQUALI, 2009).

A partir do exposto acerca de teoria psicométrica, descreveremos o processo de validação de um teste, um dos objetivos principais atingidos nessa dissertação.

2.10.1 Validação de Instrumentos de Avaliação

A validação de um instrumento se dá quando sua construção e aplicabilidade possibilitam uma avaliação fidedigna do que se pretende avaliar, ou seja, se o conteúdo de um instrumento analisa de forma decisiva os requisitos para avaliar os fenômenos que estão sendo investigados. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Validar um instrumento em seu conteúdo significa adquirir um número relevante de itens para os distintos domínios que o componham. Para isto propõe-se questionar pacientes, especialistas e consultar a literatura sobre aspectos que incluam propriedade, clareza e abrangência dos itens. (McDOWELL; NEWELL, 1987), (GIL, 1995).

Ao elaborar um novo instrumento, deve-se realizar uma busca prévia na literatura, de instrumentos já existentes que avaliem determinadas variáveis que o pesquisador quer abranger (PILLATTI; PEDROSO; GUTIERRES, 2010). Para isso, devem ser utilizadas variáveis denominadas propriedades psicométricas, com o intuito de garantir a qualidade de um instrumento. (PILLATTI; PEDROSO; GUTIERRES, 2010).

Concomitantemente, a validação deve ser submetida a etapas previamente desenvolvidas, para que essas propriedades psicométricas possam ser concretizadas (COLUCI, ALEXANDRE; MILANI, 2015). Entre essas propriedades, destacam-se a confiabilidade e a validade, sendo que a confiabilidade é a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno, e a validade é a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado. (PILLATTI; PEDROSO; GUTIERRES, 2010).

2.11 - REVISÃO INTEGRATIVA

Esta revisão integrativa objetivou sintetizar de maneira ordenada os resultados abordados pelas pesquisas, em artigos científicos, sobre Ferramentas de Avaliação baseada em Competências na Residência de Medicina de Família e Comunidade. A revisão integrativa consiste no cumprimento das etapas: 1 - elaboração da pergunta da revisão; 2 - busca e seleção dos estudos primários; 3 - extração de dados dos estudos; 4 - avaliação crítica dos estudos primários incluídos na revisão; 5 - síntese dos resultados da revisão e 6 - apresentação do método. (MENDES, SILVEIRA e

GALVÃO, 2019).

Dentre os artigos selecionados contemplou-se informações relevantes das publicações selecionadas, como: título, autores, revista e ano de publicação, conferindo um panorama geral dos estudos selecionados, os quais estão descritos no Quadro 5.

Quadro 5- Artigos selecionados para a revisão integrativa de literatura

Título	Autores	Revista e Ano de publicação	Metodologia e Objetivo
<i>Competency Assessment in Family Medicine Residency: Observations, Knowledge-Based Examinations, and Advancement</i>	Arch G. Mainous Bo Fang, Lars E. Peterson	Journal of Graduate Medical Education, 2017	O objetivo deste artigo foi investigar, utilizando uma amostra nacional, a relação das avaliações baseadas em competências de FM com o progresso dos residentes e a complementaridade dos marcos com avaliações baseadas no conhecimento em residências de FM.
<i>Assessing Competency in Family Medicine Residents Using the Osteopathic Manipulative Medicine Mini-Clinical Evaluation Exercise</i>	Lawrence LeBeau, Christine Morgan, Deborah Heath, Vanessa K. Pazdernik	The Journal of the American Osteopathic Association, 2019	O objetivo deste trabalho foi determinar se o OMM Mini-CEX é percebido como uma ferramenta de avaliação eficaz para avaliar as competências essenciais do OMM dos residentes de medicina da família.
<i>Competency-based Achievement System: Using Formative Feedback to Teach and Assess Family Medicine Residents' Skills</i>	Shelley Ross, Cheryl N. Poth, Michel Donoff, Paul Humphries, Ivan Steiner, Shirley Schipper, Fred Janke, Darren Nichols	Canadian Family Physician, 2011	O objetivo deste trabalho foi desenvolver um método para avaliar as competências dos residentes em várias habilidades e identificar aqueles que estão tendo dificuldades.
<i>Generating Developmentally Appropriate Competency Assessment at a Family Medicine Residency</i>	Jay Baglia, Elissa Foster, Julie Dostal, Drew Keister, Nyann Biery, Daniel Larson	Family Medicine, 2011	O objetivo deste estudo foi gerar comportamentos observáveis, adequados ao desenvolvimento, que avaliassem competências. Oito etapas orientaram o desenvolvimento deste sistema de avaliação: (1) Gerar competências específicas da residência, (2) Definir competências específicas da residência, (3) Identificar princípios de avaliação, (4) Compor e analisar narrativas de excelência dentro de cada competência, (5) Refinar declarações padrão de narrativas e organizar em níveis de competência Dreyfus, (6) Derivar comportamentos observáveis de declarações padrão para correlacionar diretamente comportamentos e níveis de competência, (7) Desenvolver ferramentas de avaliação (com base em comportamentos observáveis) para seis locais de aprendizagem de residência e (8) Traduzir ferramentas de avaliação para competências ACGME.
<i>Association of a Competency-Based Assessment System With Identification of and Support for Medical Residents in Difficulty</i>	Shelley Ross, Natalia M. Binczyk, Deena M. Hamza, Shirley Schipper, Paul Humphries, Darren Nichols, Michel G. Donoff.	JAMA Network Open, 2018	O objetivo deste estudo foi determinar se a avaliação baseada na competência está associada a uma melhor identificação e apoio aos residentes em dificuldade. Este estudo de coorte de dados secundários de arquivos de 458 residentes de medicina familiar (2006-2008 e 2010-2016) foi realizado entre 5 de julho de 2016 e 2 de março de 2018, utilizando um grande programa urbano de residência de medicina familiar no Canadá.
<i>The Application of Entrustable Professional Activities</i>	Karen Schultz, Jane Griffiths, Miriam Lacasse.	Academic Medicine, 2015	O objetivo deste estudo foi descrever o desenvolvimento de 35 EPAs (Entrustable Pro-

<i>to Inform Competency Decisions in a Family Medicine Residency Program</i>			fessional Activities) para um programa de residência em medicina familiar canadense, incluindo o trabalho de um painel de especialistas de médicos de família e especialistas em educação médica de quatro universidades em três províncias canadenses para identificar as EPAs relevantes para medicina familiar em nove domínios curriculares.
--	--	--	--

Fonte: a autora, 2021 (colaboração de André Luiz Fonseca Dias Paes, Bruna Magalhães Ibañez e Giulia Vittoria Ambrogi Pereira).

Os métodos e resultados dos artigos analisados, com o propósito de aprofundar a análise dos temas apresentados nas publicações componentes do estudo encontram-se dispostos no Quadro 6.

Quadro 6 - Conteúdo dos artigos analisados.

País	Resultados	Conclusão
Estados Unidos	O estudo demonstra que as pontuações através do Milestone aumentam com o ano de residência e que as competências que não são baseadas no conhecimento têm uma correlação relativamente baixa com as pontuações no ITE. Assim, conforme previsto, o Milestone parece medir outras competências além do conhecimento médico, conforme indicado pelas pequenas correlações entre os marcos e as pontuações do ITE.	A avaliação baseada em competências, do Milestone, dos residentes de MFC parece ser uma ferramenta multidimensional viável a ser usada para a progressão bem-sucedida de residentes, com pontuações mais altas para os residentes que progrediram em seu programa em comparação com os que não o fizeram.
Estados Unidos	Oitenta e uma respostas foram recebidas durante 2 ciclos de pesquisa dentro de um período de 7 meses. A consistência interna das respostas da pesquisa apresentou alta confiabilidade ($\alpha = 0,93$). Considerando os entrevistados que concordaram que tinham uma compreensão do objetivo geral do Miniex, a pontuação de eficácia percebida para o OMM Miniex foi maior entre aqueles que concordaram que um Miniex era uma parte útil do treinamento do que entre aqueles que discordaram ou não tinham certeza de sua utilidade.	Os resultados sugerem que o OMM Miniex pode ser uma ferramenta útil de avaliação de observação direta para avaliar as competências essenciais do OMM em residentes de medicina de família.
Canadá	O CBAS é projetado para provar certas habilidades e comportamentos, o que permite uma avaliação formativa. O feedback obtido facilita a discussão significativa sobre o progresso dos residentes e permite que eles se conscientizem de como direcionar seu aprendizado e praticar a auto-avaliação guiada. A pesquisa mostra que a inclusão de todos os usuários do CBAS torna esse processo dinâmico fácil de usar e útil para avaliar a competência. Existe um sentimento de empoderamento entre os usuários, pois eles percebem que podem decidir como a avaliação baseada em competência acontecerá para eles. Acreditamos que isso melhorará ainda mais a percepção de um ambiente de aprendizado positivo em nosso programa de residência.	Ao focar em habilidades e comportamentos específicos, o CBAS permite que residentes e conselheiros façam avaliações formativas e comuniquem suas descobertas. O feedback indica que o CBAS é um sistema amigável e útil para avaliar competência.
Estados Unidos	As ferramentas de avaliação que foram criadas por esse processo satisfazem os Requisitos do ACGME para mudar para um modelo baseado em competências. Ferramentas evitam a redução da avaliação	A reflexão narrativa foi um método eficaz para vincular comportamentos observáveis à competências. O processo era demorado; no entanto, espera-se maior eficiência e entusiasmo no uso dessas ferramentas de avaliação, com maior

	para um conjunto de informações minimamente relacionadas medidas. Essas ferramentas de avaliação também abordam o desafio de fornecer muito mais feedback qualitativo do que geralmente é coletado da seção de comentários de formulários típicos de avaliação. As competências específicas da residência e os seis locais de avaliação da aprendizagem identificados trabalham em conjunto para fornecer uma imagem abrangente do desempenho do residente em contexto.	confiança na capacidade do programa de avaliar os resultados do treinamento. Pesquisas futuras devem incluir a comparação dessas ferramentas com as de outros programas.
Canadá	A abordagem do CBAS à avaliação parece estar associada a uma melhor identificação dos residentes em dificuldade, facilitando a capacidade do programa de abordar as deficiências de competência dos alunos. Após a implementação do CBAS, os residentes que enfrentavam desafios foram mais bem acolhidos e suas deficiências não se repetiram em rotações posteriores. Um argumento-chave para mudar para a educação médica baseada em competências é a necessidade de mudar as estratégias de avaliação. Esses achados sugerem que a avaliação baseada em competências pode ser útil.	A abordagem CBAS para avaliação parece estar associada com melhor identificação dos residentes em dificuldade, facilitando a capacidade do programa de abordar deficiências de competência dos alunos. Após a implementação do CBAS, os residentes que enfrentavam desafios tiveram melhor suporte e suas deficiências não se repetiram em rotações posteriores. Um argumento chave para mudar para a educação médica baseada em competências é mudar as abordagens de avaliação; essas descobertas sugerem que a avaliação baseada em competências pode ser útil.
Canadá	Os primeiros resultados indicam que os preceptores usam as notas de campo das EPAs com mais frequência do que as notas de campo genéricas. As EPAs permitem que os educadores avaliem múltiplos objetivos e competências importantes, mas difíceis de administrar, fornecendo atividades práticas, gerenciáveis e mensuráveis que podem ser usadas para avaliar o desenvolvimento de competências.	As notas de campo das EPAs são uma ferramenta fundamental para avaliar o desenvolvimento de competências em residentes de uma forma que aborda algumas preocupações sobre o CBA (competency-based assessment) e se alinha com o índice de utilidade de van der Vleuten (validade × confiabilidade × valor educacional × aceitabilidade × custo-efetividade). As notas de campo da EPA exibem validade porque integram os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores de cada EPA e os aplicam diretamente ao atendimento ao paciente.

Fonte: a autora, 2021 (colaboração de André Luiz Fonseca Dias Paes, Bruna Magalhães Ibañez e Giulia Vittoria Ambrogi Pereira).

A utilização de ferramentas e métodos de avaliação, nas residências de Medicina de Família e Comunidade estão sendo baseados em competências.

O conhecimento a respeito dessas ferramentas e seu correto uso viabiliza uma avaliação íntegra, completa e prática dos estudantes. Permite, ainda, que o residente participe ativamente do próprio processo de ensino-aprendizagem, para que assim possa evoluir de maneira mais consistente durante o programa de residência.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

A caracterização desta pesquisa, como estudo metodológico deve-se à investigação de métodos de obtenção, organização e análise de dados. (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004). Desse modo, discorre sobre a elaboração de instrumento de avaliação, com o objetivo de construir um instrumento confiável, preciso, utilizável e aplicável por outros preceptores.

O estudo metodológico guarda uma relação estrita com a Psicometria de Pasquali, considerando que se trata do aspecto mais significativo da pesquisa metodológica, consistindo em um conjunto de técnicas utilizadas para avaliar comportamentos de forma adequada e comprovada. A Psicometria orienta o desenvolvimento de instrumentos de mensuração ou técnicas de medição, dessa forma, pesquisadores utilizam seus princípios para desenvolver e testar instrumentos de medição (PASQUALI, 2010), como é o caso do instrumento de avaliação.

A pesquisa metodológica é o modelo de estudo ideal para a construção de ferramentas, pois apresenta de forma clara e sistematizada as etapas necessárias para construção de um instrumento (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004). Está, portanto, alinhada com a proposta deste estudo, tendo em vista que almeja construir um instrumento de avaliação de Residentes de Medicina de Família e Comunidade.

3.2 CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

A construção do instrumento deste estudo tem como fundamento A Teoria Psi-ométrica de Pasquali (PASCUALI, 2010; 2013), que é composta por três procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos, sendo o primeiro o de maior interesse para elaboração do instrumento.

Na fase de procedimentos teóricos são levantadas questões teóricas sobre o construto para o qual se deseja elaborar o instrumento avaliativo. O polo teórico é dividido em 6 passos (PASCUALI, 2010; 2013):

- Sistema psicológico (no qual se define o objeto de interesse do estudo);
- Propriedade (consiste em delimitar o aspecto dentro do objeto psicológico para o qual se deseja construir o instrumento);
- Dimensionalidade (elaboração da teoria que servirá de base para a construção do

instrumento);

- Definições (conceituação dos fatores para os quais será construído o instrumento avaliativo);
- Operacionalização (elaboração dos itens);
- Análise dos itens (processo que determina a validade do instrumento construído).

No desenvolvimento do instrumento de avaliação para os residentes de medicina de Família e Comunidade, o conteúdo foi analisado a partir da Matriz de competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), e os itens foram criados a partir da avaliação dessas competências e foram agrupados por afinidade de conteúdo. Os itens construídos foram organizados em 9 domínios teóricos definidos pela pesquisadora com base na literatura citada.

O objetivo da pesquisa foi construir um instrumento de avaliação formativa e somativa para a Residência de Medicina de Família e Comunidade. Tal ferramenta se baseou na matriz de competências em Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2019), quanto ao conteúdo, e no *Milestones Family Medicine Project* quanto à forma. Ou seja, serão utilizados os 5 níveis de progressão profissional de Dreyfus *et al.* (1987), adaptados à realidade da Residência em Medicina de Família e Comunidade pelo *Milestones Project* (2013). O instrumento em questão, encontra-se no apêndice I.

Para validação de conteúdo, também objetivo deste trabalho, foi calculado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), cuja fórmula está descrita na seção de Revisão de Literatura desta dissertação (Quadro 4). De modo breve, o IVC consiste na porcentagem de experts que consideraram os itens válidos, ou seja, que avaliaram cada item com as alternativas positivas da escala de Likert.

3.3 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi metodológica, com a criação de um instrumento. Sua aplicação foi realizada por meio virtual, com envio do Instrumento, Termo de Confidencialidade, *Feedback* do Instrumento e *Feedback* de cada item pelo *Google Forms*.

3.4 EXPERTS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os experts participantes foram preceptores, todos brasileiros, Médicos de Família e Comunidade. Obrigatoriamente, foram ou são vinculados à Residência em Medicina de Família e Comunidade de algum programa de residência médica no Brasil.

Os autores desta pesquisa convidaram, por meios digitais, preceptores que tivessem interesse em participar da pesquisa. O convite foi enviado por WhatsApp para Médicos de Família e Comunidade de várias regiões do Brasil, pedindo que os interessados respondessem às perguntas dos questionários via plataforma *Google Forms*. Recebemos as respostas, com correto preenchimento dos *Feedbacks* de 29 participantes.

3.4.1 Critérios de inclusão

Em relação aos participantes, foram preceptores, Médicos de Família e Comunidade, de algum programa Residência em Medicina de Família e Comunidade. O participante poderia já ter exercido a atividade, ou seja, não precisava estar atuando como preceptor da Residência no momento da pesquisa.

3.4.2 Critérios de exclusão

Quanto aos participantes, Médicos de Família e Comunidade que não são ou foram preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Um possível risco é que o preceptor participante tenha sua prática profissional afetada de algum modo pelo instrumento de avaliação. Para diminuir esse risco, será esclarecido que estarão somente participando da formulação de um instrumento de avaliação de médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade. Outro risco é a quebra do anonimato, o que será minimizado pelo uso de códigos para nomeação dos participantes.

Os benefícios só serão mensuráveis após a realização dessa pesquisa, mas como estimativa podemos ressaltar que, considerando a importância do processo avaliativo no ambiente de formação profissional, ao final desse processo os preceptores irão dispor de uma ferramenta formal e padrão para conclusão de suas

avaliações formativas e somativas em relação ao desenvolvimento e aprendizagem dos estudantes durante a Residência em Medicina de Família e Comunidade.

3.6 CONFIDENCIALIDADE DOS REGISTROS

Os preceptores que concordaram em participar da pesquisa terão seus nomes codificados automaticamente pelo *Google Forms*, que atribui números aos participantes.

Apenas os pesquisadores tiveram acesso aos nomes relacionados aos códigos de cada preceptor envolvido na pesquisa. Portanto, o anonimato dos indivíduos foi preservado durante todo o estudo.

3.7 ETAPAS DA PESQUISA E TRAETÓRIA METODOLÓGICA

Essa pesquisa foi realizada, de modo geral, em três etapas: revisão de literatura, criação do instrumento de avaliação e validação de conteúdo. Abaixo, seguem as etapas de modo detalhado.

Fase 1 – Definições fundamentais. Projeto do instrumento, planejamento sobre estratégia para validação.

Fase 2 – Revisão abrangente na literatura. Pesquisa sobre temas abrangentes (Educação Médica, História da Educação Médica no Mundo e no Brasil), com enfoque progressivo, culminando com uma revisão integrativa sobre Educação Baseada em Competências na Residência de Medicina de Família e Comunidade (já submetida em revista científica) .

Fase 3 - Identificação do domínio das variáveis a serem mensuradas. Adaptação da Matriz de Competências da Residência em Medicina de Família e Comunidade, já publicada e referida neste trabalho.

Fase 4 - Construção do Instrumento. Criação do instrumento constante, em detalhes, no apêndice I desta dissertação.

Fase 5 – Envio do instrumento, Feedback 1, Feedback 2 e Termo de

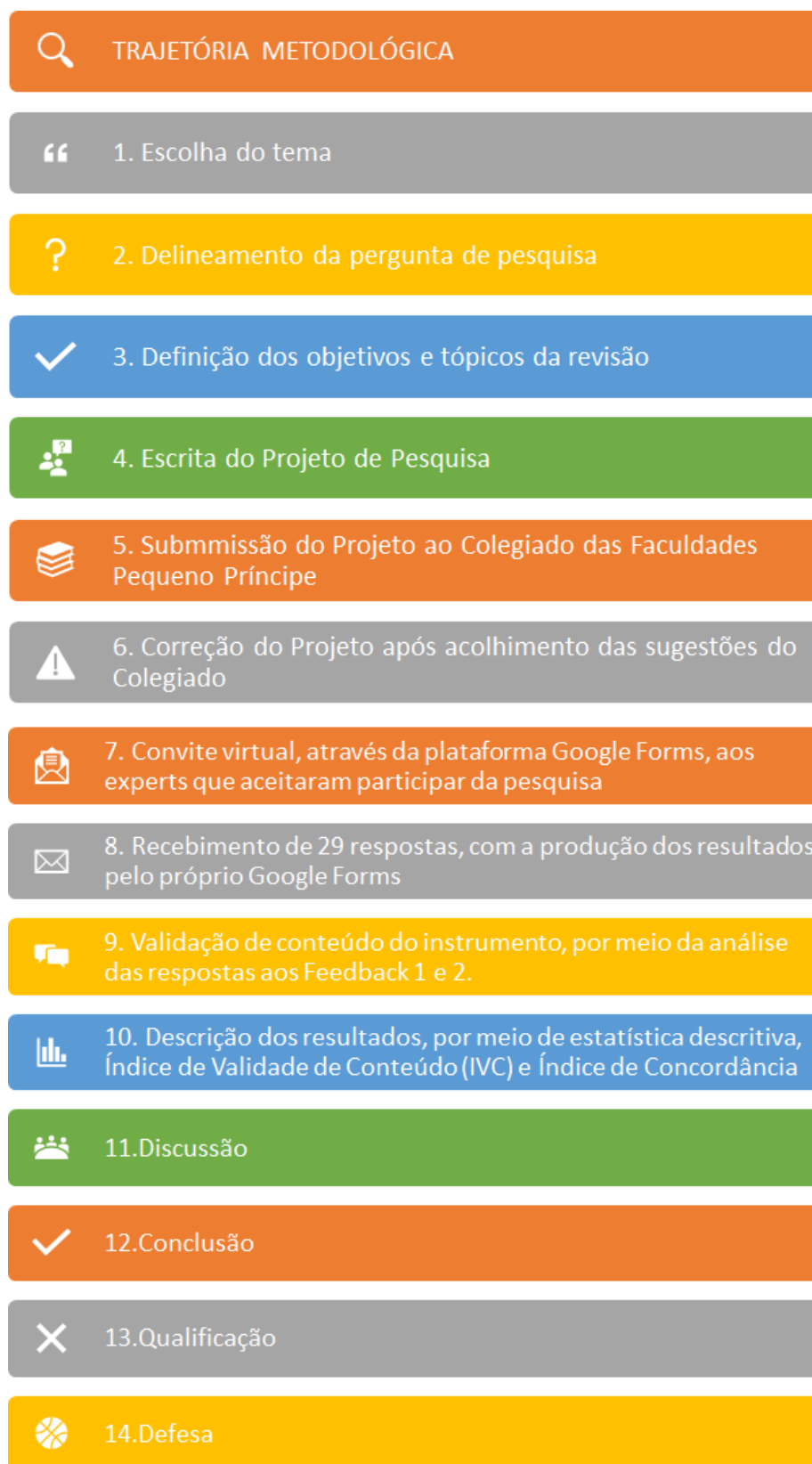
Confidencialidade pelo *Google Forms* aos 29 experts que aceitaram participar da pesquisa.

Os questionários do feedback encontram-se disponíveis no link:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdUdwR47q-MsOKTAM42CWQAvtnS0k_PnREtm3T0PR_rIDH4Ig/viewform?usp=sf_link

Fase 6 - Análise das respostas aos Feedbacks 1 e 2 para validação de conteúdo do Instrumento de Avaliação da Residência de Medicina de Família e Comunidade Baseada em Competências.

Essa pesquisa seguiu a trajetória metodológica conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 - Trajetória metodológica



Fonte: a autora (2021)

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um trabalho metodológico, em conformidade com as orientações do colegiado de orientadores do Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da mesma instituição, não precisou de aprovação do CEP.

3.9 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações e resultados obtidos nesta dissertação terão duas análises. A primeira análise levará em consideração as respostas em relação ao *feedback* do instrumento (APÊNDICE II). Para esse instrumento, como relatado acima, foi calculado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC).

O Feedback de cada item será analisado pelo Teste de Concordância.

A estatística utilizada foi a paramétrica, além de estatística descritiva.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CRIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Como resultado, criou-se um instrumento de avaliação para a Residência de Medicina de Família e Comunidade de Curitiba.

Utilizando como modelo *The Family Medicine Milestone Project*, informação já contida na seção “Metodologia”, foram criadas tabelas de avaliação para a Residência de Medicina de Família e Comunidade adaptadas à realidade brasileira, já que o instrumento utilizado como base é norte-americano. O conteúdo foi baseado na Matriz de Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família de 2019, atualização da matriz anterior elaborada em 2014. Um exemplo do Currículo baseado em competências para medicina de Família e Comunidade pode ser observado na Figura 2, que mostra na abordagem familiar os pré requisitos esperados ao ingressar na Residência de Medicina de Família e Comunidade (conhecer conceitos de abordagem familiar e várias tipologias familiares; conhecer os ciclos vitais familiares; conhecer aspectos da violência familiar; conhecer os níveis de intervenção familiar), a descrição de competências avaliadas como essencial, desejável e avançado ao término da residência de Medicina de Família e Comunidade.

FIGURA 2 - CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS para Medicina de Família e Comunidade

1.2.2 Abordagem Familiar				
	Pré-requisitos	Essencial	Desejável	Avançado
1	Conhece conceitos de abordagem familiar e as várias tipologias familiares.	Aplica conceitos, funções e tipologia familiar.		
2	Conhece os ciclos vitais familiares.	Maneja os ciclos familiares, as crises vitais, considerando a funcionalidade familiar.		
3	Conhece aspectos da violência familiar.	Identifica casos de violência familiar e maneja casos com menor complexidade.	Maneja situações complexas de violência familiar.	
4	Conhece os níveis de intervenção familiar.	Realiza entrevista familiar.	Realiza conferência familiar.	Realiza terapia familiar.
5		Maneja o papel da família no processo saúde-doença.		
6		Demonstra conhecimento sobre resiliência familiar.		
7		Demonstra atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando há diferenças culturais e comportamentais.		
8		Identifica as estratégias familiares de suporte ao paciente.		
9		Identifica papéis de cada membro da família e sua influência no processo de saúde e adoecimento de cada membro.		
10		Realiza visita domiciliar de modo adequado.		
11		Dispensa cuidados paliativos no domicílio de modo adequado.		
12		Utiliza instrumentos de abordagem familiar: Genograma, ECOMAPA, Circuito Familiar, Escala de Coelho; e conhece os demais instrumentos de abordagem familiar.	Utiliza os demais instrumentos de abordagem familiar, como, por exemplo, o P.R.A.C.T.I.C.E.	

Fonte: SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2015)

Primeiramente, devemos descrever a Matriz de Competências em Medicina de Família, produzida em 2019. Ela é composta por 12 grupos de competências, divididas entre as destinadas ao primeiro ano (R1) e ao segundo ano (R2). São elas:

- Princípios de Atenção Primária (R1) – contém os princípios da Atenção Primária à Saúde (longitudinalidade, primeiro contato, coordenação do cuidado e integralidade) operacionalizados sob a forma de competências exigidas do Médico de Família em formação.

- Saúde Coletiva (R1/R2) – fundamentos da saúde coletiva, como territorialização, determinantes sociais em saúde e doença, entendimento de sistemas de saúde, conhecimento do SUS, operacionalizados sob a forma de competências exigidas do Médico de Família em formação.

- Abordagem Individual (R1/R2) – habilidades exigidas no contato clínico com o paciente, como comunicação, aplicação do método clínico centrado na pessoa, realização de anamnese, exame físico e elaboração de tratamento, operacionalizados sob a forma de competências exigidas do Médico de Família em formação.

- Abordagem Familiar (R1/R2) – fundamentos da abordagem familiar, a partir do entendimento central na Medicina de Família e Comunidade que a família é o principal sistema em que o indivíduo se insere, operacionalizados sob a forma de competências exigidas do Médico de Família em formação.

- Abordagem Comunitária (R1/R2) – fundamentos da comunidade como instrumento explicativo e possibilitador de intervenção na saúde, de modo a aumentar os níveis de saúde de populações, operacionalizados sob a forma de competências exigidas do Médico de Família em formação.

- Raciocínio Clínico (R1/R2) – formação de hipóteses diagnósticas eficazes e epidemiologicamente relevantes, utilizando ferramentas epidemiologia clássica, medicina baseada em evidências, raciocínio clínico indutivo e analítico, com a operacionalização de tais habilidades para a formação de competências.

- Pesquisa Médica (R1) – capacidade de analisar informações científicas, produzir artigos relevantes para a especialidade.

- Gestão e Organização de Processo de Trabalho (R1) – fundamentos de gestão da clínica, com emprego correto das atribuições e potencialidades do Médico de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde.

- Trabalho em Equipe Multidisciplinar (R1) – relacionamento eficaz com demais profissionais a fim de produzir um melhor cuidado para as pessoas assistidas no

serviço de Atenção Primária à Saúde.

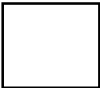


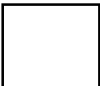
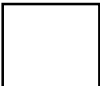

- Avaliação da qualidade e auditoria (R1) – avaliação da qualidade dos serviços prestados, de modo que os resultados confirmem ou corrijam as práticas empregadas pelo residente.

- Vigilância em Saúde (R1) – práticas relacionadas a notificação de agravos e reconhecimento de novas situações de adoecimento importantes na comunidade.

- Atenção à Saúde (R1) – agrupamento de todas as habilidades clínicas, de cuidado aos agravos de saúde, necessárias ao exercício da Medicina de Família e Comunidade, divididas por sistemas orgânicos (neurológico, dermatológico, cardiológico, pulmonar, entre outros).

A partir das competências descritas, constantes na Matriz de Competências de Medicina de Família e Comunidade de 2019, construímos um instrumento de avaliação. Apresenta-se aqui, no Quadro 7, um dos instrumentos de avaliação construído, o de Saúde Coletiva.

Quadro 7: Competência Saúde Coletiva e os cinco níveis de subcompetências

NÃO ATINGE O NÍVEL 1		 0 pontos
NÍVEL 1	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece os conceitos de coordenação do cuidado, longitudinalidade, competência cultural, centralidade do cuidado na família e comunidade como princípios da Atenção Primária à Saúde. - Conhece o conceito de determinação social do adoecimento. - Reconhece agravos que necessitam de notificação compulsória. 	 2 pontos
NÍVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Problematiza as discussões com a preceptoria levando em consideração os conceitos de coordenação do cuidado, longitudinalidade, competência cultural, centralidade do cuidado na família e comunidade como princípios da Atenção Primária à Saúde. - Identifica a determinação social do adoecimento somente em situações de extrema miséria - Sabe como preencher as fichas de notificação compulsória após discussão do caso com preceptoria. 	 4 pontos
NÍVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica os princípios da Atenção Primária à Saúde (coordenação do cuidado, longitudinalidade, competência cultural, centralidade do cuidado na família e comunidade) somente após discussão com preceptoria, permanecendo com uma prática autônoma centrada no diagnóstico e tratamento de doenças. - Compreende a determinação social do adoecimento em situações evidentes (visualização de ratos nas proximidades das casas pobres como causa de leptospirose, por exemplo) e propõe intervenções direcionadas a causa imediata, sem considerar o contexto mais geral do indivíduo na sociedade. - Sabe como preencher as fichas de notificação compulsória e conduzir casos suspeitos de doenças infectocontagiosas de interesse epidemiológico, deixando de lado situações menos evidentes como violência intradomiciliar. 	 6 pontos
NÍVEL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica a coordenação do cuidado quando necessário, funcionando como organizador das necessidades das pessoas nas redes de atenção à saúde. - Utiliza a longitudinalidade como um recurso terapêutico, sendo capaz de explicar ao paciente a importância da demora permitida. - Realiza cuidado centrado na pessoa, família e comunidade, compreendendo que há uma interdependência entre o indivíduo e seus sistemas gradativamente crescentes. - Emprega o conceito de competência cultural, prestando atendimento aos indivíduos e comunidade a partir do arcabouço histórico da população assistida. - Aplica o conceito de determinantes de saúde rotineiramente, sendo capaz de entender o adoecimento do indivíduo e sua comunidade e propor intervenções de acordo com as necessidades em saúde da população assistida. - Presta assistência adequada a agravos epidemiológicos e à saúde do trabalhador, realizando satisfatoriamente notificações, encaminhamentos necessários e comunicação com outros pontos da rede de atenção à saúde quando necessário. 	 8 pontos
NÍVEL 5	<ul style="list-style-type: none"> - Aciona os pontos da rede de maneira ativa, tentando solucionar o caminho do paciente no sistema de saúde a fim de melhorar seus resultados em saúde. Consegue exercer atividades que não são comumente da Atenção Primária à Saúde, como realizar encaminhamentos de pacientes com doenças crônicas agudizadas diretamente do domicílio para o Hospital. - Utiliza a longitudinalidade como um recurso terapêutico, sendo capaz de explicar ao paciente a importância da demora permitida. - Realiza cuidado centrado na pessoa, família e comunidade, sendo capaz de realizar intervenções familiares e comunitárias quando julga necessário. - Pesquisa a história da comunidade assistida, compreendendo profundamente suas raízes históricas e, conseqüentemente, o melhor modo de acessar o sofrimento das pessoas considerando seu repertório cultural. - Planeja ações comunitárias direcionadas aos determinantes sociais do adoecimento, engajando os usuários nas ações a partir de sua conscientização do problema e sua importância na solução. - Presta assistência adequada a agravos epidemiológicos e à saúde do trabalhador, realizando satisfatoriamente notificações, encaminhamentos necessários e comunicação com outros pontos da rede de atenção à saúde quando necessário. Além disso, elabora ações para agir nos determinantes desses agravos, sejam sociais, familiares ou biológicos. 	 10 pontos

Fonte: a autora, 2021.

Agrupamos as competências que julgamos afins, de modo que o processo avaliativo não ficasse muito longo, cansativo. Segundo Wagner e Rohden (2017),

alguns desafios da avaliação no Ensino Superior são: falta de subsídios teóricos e metodológicos aos professores a fim de garantir um ensino de melhor qualidade, a aprendizagem dos acadêmicos resultante do processo avaliativo e a busca de uma avaliação que direcione para uma educação emancipatória e transformadora.

A seguir, relataremos os itens do documento e discutiremos, sob uma visão crítica, aspectos relevantes de avaliação em Residência Médica e avaliação como um todo.

O instrumento final, encontrado no Apêndice I, foi composto por 9 competências, subdivididas em subcompetências, de acordo com a matriz já citada. Em linhas gerais, as 9 competências avaliadas ficaram divididas em 4 grupos de itens:

a. Ítens conceituais: composto pelas competências: 1 (saúde coletiva), 2 (abordagem familiar) e 3 (raciocínio clínico), contém conceitos centrais que embasam a prática da Medicina de Família e Comunidade. Obviamente, não se espera somente o conhecimento teórico desses assuntos, o que pode ser evidenciado nos níveis de proficiência 4 e 5, em que se identifica claramente o modo como conceitos relacionados a essas áreas podem ser traduzidos em práticas em benefício do cuidado de indivíduos e populações.

b. Ítens processuais: composto pelas competências: 4 (competências gerenciais e administrativas) e 5 (trabalho em equipe multidisciplinar). Esses itens referem-se a um papel central do Médico de Família e Comunidade, o de coordenador do cuidado, um princípio fundamental da Atenção Primária à Saúde segundo Starfield (2002).

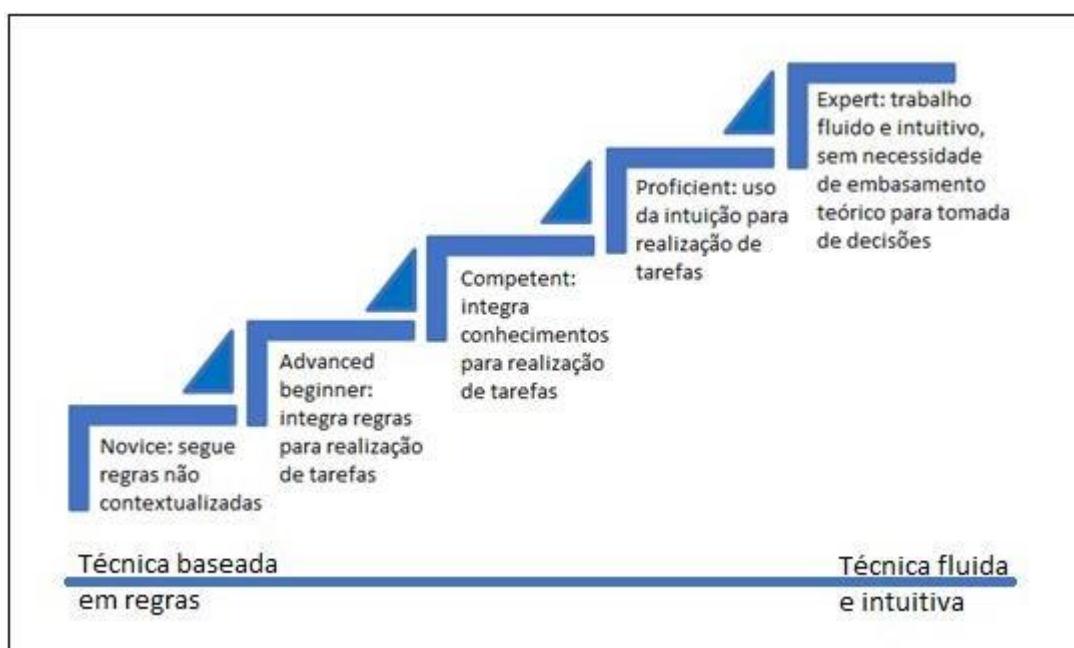
c. Ítens clínicos: composto pelas competências: 6 (atenção a problemas crônicos) e 7 (atenção a problemas agudos). Nesses itens, estão propriamente as subcompetências relacionadas ao cuidado de doenças, problemas de saúde. Como porta de entrada a um sistema de saúde, público ou privado, a Atenção Primária à Saúde deve ser capaz de cuidar de situações agudas e crônicas.

d. Ítens de ações programáticas: composto pelas competências 8 (atenção à saúde infantil) e 9 (atenção à saúde da mulher). São subcompetências tradicionalmente relacionadas ao papel de prevenção da Atenção Primária à Saúde. Programas de diabéticos, idosos, saúde mental já estão incluídos nas competências 7 e 8. Devido a isso e, em concordância com a ideia de acesso avançado, em que 70% da carga de atendimento de um serviço de Atenção Primária à Saúde deve ser reservado para demanda espontânea, incluímos nesse grupo das ações programáticas os cuidados com a criança (puericultura) e com a mulher (pré-natal). Devido às complexidades do

atendimento em Atenção Primária à Saúde, que envolve condições determinadas por uma série de variáveis, como condições sociais da comunidade, etnia, valores culturais, esse tipo de acesso tem a capacidade de equilibrar demanda e capacidade, diminuindo o tempo de espera. (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

Considerando essa organização de competências e subcompetências, os residentes são avaliados segundo o modelo de Dreyfus (DREYFUS; DREYFUS, 1986) de progressão individual dos profissionais de saúde, como já descrito na sessão de metodologia dessa pesquisa, e ilustrado aqui na Figura 3.

Figura 3 - Modelo de Dreyfus de progressão individual dos profissionais de saúde:



Fonte: a autora, 2021, adaptação de DREYFUS; DREYFUS, 1986.

A construção de instrumentos de avaliação, em diversas áreas, é uma tarefa muito difícil e isso não foi diferente em nosso trabalho. Isso ocorre porque a delimitação do conteúdo é sempre um recorte baseado na vivência, conhecimentos dos autores. Ainda, no instrumento validado, o processo de validação de conteúdo é feito por pares, especialistas com grande capacidade técnica, também dotados de particularidades. A tentativa é sempre que a documentação de um conjunto de competências necessárias para tornar o processo avaliativo seja objetivo e justo, já que os recebedores da avaliação, os estudantes, tem acesso àquilo que se espera deles.

No nosso caso, esse processo de seleção das competências foi realizado pela

Sociedade de Medicina de Família e Comunidade, um órgão com departamentos e estrutura permanente. Desse modo, a seleção do conteúdo não foi feita por nós. Nossa pesquisa foi de organização, de sistematização da Matriz de Competências produzida pela sociedade de especialistas. Produzimos, a partir de um grande número de competências, como descrito no início desta seção, um documento conciso e objetivo, a ser aplicado de maneira longitudinal pelos preceptores de Medicina de Família e Comunidade.

O tipo de avaliação proposta por nós foi o de progressão em níveis de proficiência, já que os outros dois – sintético, focado em atividades clínicas, e analítico, dividido em conhecimento, habilidades e atitudes, (PANGARO; TEN CATE, 2013), nos pareceram menos apropriados para a tarefa de avaliar o mesmo Residente ao longo de pelo menos um ano. Em alguns programas de Residência em MFC brasileiros, o residente fica com o mesmo preceptor por dois anos, o que aumenta a acurácia de uma avaliação baseada em competências.

A Residência de Medicina de Família em Comunidade tem uma particularidade importante. Diferente das especialidades hospitalares, organizadas por estágios supervisionados por preceptores fixos de cada setor (por exemplo, estágios de enfermagem, pronto-socorro, UTI e ambulatórios na Clínica Médica), na Medicina de Família e Comunidade o residente fica praticamente todo o período da residência em uma Unidade de Saúde (ou Centro de Saúde), ou serviço de Atenção Primária em que será responsável pelo cuidado longitudinal dos pacientes. A tarefa de avaliar a progressão de proficiência do pós-graduando fica facilitada, haja vista a grande quantidade de contato, diário, entre preceptor e residente. Embora haja alguma saída para estágios externos, organizados por blocos de alguns meses durante o período de residência (6 meses em dois anos, por exemplo) ou períodos semanais durante toda a residência (2 períodos por semana, por exemplo), a maior parte da especialização se resume ao contato de ensino-aprendizagem entre residente e preceptor de Medicina de Família e Comunidade. (ROSAS; LOPES JUNIOR; MOREIRA; AFONSO; SARNO; BORRET; OLIVEIRA; AUGUSTO; CORREIA, 2020).

Outro aspecto a ser discutido, além das particularidades de operacionalização da avaliação levantadas no capítulo anterior, é a característica de horizontalidade entre preceptor e residente na Medicina de Família e Comunidade. Nesta especialidade, a organização do processo de trabalho não é hierarquizada, de modo

que o residente se sente realmente parte ativa de seu processo de aprendizagem, sendo possível a discussão de ensino e avaliação com o preceptor. (IZECKSOHN; TEIXEIRA JUNIOR; STELET; JANTSCH, 2017).

Uma hipótese para essa organização do trabalho é a própria relação que o Médico de Família estabelece com as pessoas sob seu cuidado, de respeito de sua autonomia e individualidade, com decisão compartilhada sobre as intervenções propostas. Do mesmo modo que há um pacto de cuidado entre médico e pessoa cuidada, há um pacto de ensino-aprendizagem horizontal entre preceptor e residente. (IZECKSOHN; TEIXEIRA JUNIOR; STELET; JANTSCH, 2017).

Considerando, portanto, esse cenário particular da Residência de Medicina de família e Comunidade, e o contexto de mudanças no ensino médico, e conseqüentemente nos processos de avaliação, já discutidos neste trabalho de dissertação, pretende-se que a avaliação deixe de ser um simples espaço de punição e exercício de poder. Contudo, mudar a cultura avaliativa é, também um desafio para os docentes, tutores e preceptores.

Como defendido por Gomes (2010), a avaliação deve cumprir papel promotor de aprendizagem, proporcionando avanços, progressão na aprendizagem, como um processo intrínseco a ela. Sempre será um desafio avaliar, com possibilidade de criação de traumas, deficiências. Porém, a elaboração de um instrumento de avaliação, com atribuição de nota a partir de critérios claros, formativos, permite um melhor desenrolar da difícil tarefa de ensinar. Esperamos contribuir, com esse trabalho, para a melhora do nível de formação de Médicos de Família e Comunidade do Brasil, já que esta especialidade é central para concretizar aquilo que estabeleceu Alma Ata, em 1978: atenção primária de qualidade, atenta às relações de custo-efetividade, para todas as pessoas (apud LAWN; ROHD; RIFKIN; WERE; PAUL; CHOPRA, 2008).

Obviamente, não atingimos essa utopia considerando que muitas pessoas no mundo não tem acesso a cuidados primários de saúde. Porém, o papel da utopia é fazer com que não paremos de avançar. Em busca do inatingível, contruímos progressivamente um mundo melhor para todos, o que exige uma Atenção Primária de qualidade com distribuição universal e provida de profissionais de grande excelência técnica.

4.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Dentre os 3 tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo, elegemos a validação de conteúdo para fundamentar essa pesquisa. A validade de conteúdo discorre sobre o julgamento do quanto um instrumento avalia adequadamente um parâmetro em determinado universo (COHEN, 2014). Ela avalia os tópicos ou conteúdos abordados nos itens desse instrumento, o que está alinhado ao propósito dessa pesquisa e razão pela qual foi o índice eleito para o desenvolvimento desse projeto.

Para a validação do protocolo foram avaliados os dois instrumentos denominados de *Feedback 1* e *Feedback 2*.

Um dos objetivos desse projeto é a validação do conteúdo do instrumento criado. Para esse objetivo esperava-se realizar entrevistas presenciais com os experts para obtenção do feedback do instrumento. Esse planejamento foi alterado pela pandemia de COVID-19 que nos atingiu no início de 2020, modificando o processo de trabalho e conseqüentemente o processo de ensino e aprendizagem das residências médicas. Os encontros presenciais deixaram de ser recomendados e o plano de entrevistas presenciais dessa pesquisa foi abolido. Na área da pesquisa científica, como em tantos outros aspectos das nossas vidas, os planejamentos precisaram ser alterados e nos adaptamos à nova ordem. Reorganizamos nossa pesquisa para o campo virtual, fizemos convites aos experts por meio de redes sociais (grupos já organizados de preceptores de Medicina de Família e Comunidade no aplicativo WhatsApp) e contamos com a colaboração de 29 participantes voluntários que se enquadravam nos critérios de elegibilidade dessa pesquisa.

Até o início da Pandemia de COVID-19 não houve nenhuma situação similar relatada na literatura, no que diz respeito à trabalhos de validação de instrumentos com a aplicação de questionários de forma não presencial. No entanto essa situação particular nos permitiu uma experiência muito positiva, especialmente pela possibilidade de aplicação com profissionais que atuam em locais distantes, e que seriam inacessíveis caso não utilizássemos os meios digitais. Infelizmente a troca de experiências particulares e vivências não pode acontecer, um grande prejuízo desse novo formato adotado. No entanto, devemos entender a nova realidade atual e as necessidades de adaptação, que tornarão esse tipo de aplicação de trabalho de campo cada vez mais frequente nas áreas de pesquisa que ainda não o utilizavam.

(OLIVEIRA; CHAVES, 2020).

A validação de um instrumento acontece quando o conteúdo do instrumento avalia de forma decisiva os requisitos para analisar os fenômenos que estão sendo investigados (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). De modo simplificado, um instrumento é válido se sua construção e aplicabilidade permitem uma avaliação fiel do que se pretende avaliar.

Validar um instrumento em seu conteúdo significa obter um número relevante de itens que o componham, de modo que os níveis de validade de conteúdo aumentem na mesma proporção em que os experts indicarem que determinado item é essencial (COHEN, 2014). Para determinar essa condição busca-se indicadores como clareza, abrangência e aplicabilidade desses itens (McDOWELL; NEWELL, 1987), (GIL, 1995).

4.2.1 – Feedback 1

O Feedback 1, respondido pelos *experts*, denominado “Feedback do Instrumento” (Apêndice II) foi composto por 8 perguntas para a análise do instrumento como um todo. As perguntas números 1, 2, 4, 5 e 7 contavam com 4 alternativas, 2 positivas e 2 negativas, de acordo com a escala Likert. A pergunta número 3 contava com 3 alternativas, 1 positiva, 1 negativa e 1 neutra. E as perguntas 6 e 8, por fim, eram do tipo “SIM” e “NÃO”.

Para o Feedback 1 utilizou-se o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que é empregado para medir se os experts estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens, permitindo avaliar cada item individualmente e depois como um todo. (COLUCI; ALEXANDRE, 2011).

Para calcular o IVC, as respostas das perguntas de 1 a 8 do Feedback 1 do protocolo receberam pontuação de 0 e 1 para a resposta discordante e 2 e 3 para as respostas concordantes. Para o protocolo de acolhimento e orientações didático pedagógica foi utilizada a proporção de itens que recebeu uma pontuação de 2 ou 3 pelos *experts*, logo quanto maior o valor do IVC maior a concordância em uma escala de 0 a 1, como demonstrado na Tabela 1.

O IVC no presente estudo foi a proporção de itens que recebeu uma pontuação de 2 ou 3 pelos experts”, logo quanto maior o valor do IVC maior a concordância

em uma escala de 0 a 1. O IVC total do instrumento de avaliação tem uma concordância de 0,892 e de acordo com GRANTS e DAVIS (1997) para novos instrumentos a concordância mínima é de 0,80.

Tabela 1: Respostas das perguntas de 1 a 8 do *Feedback 1*

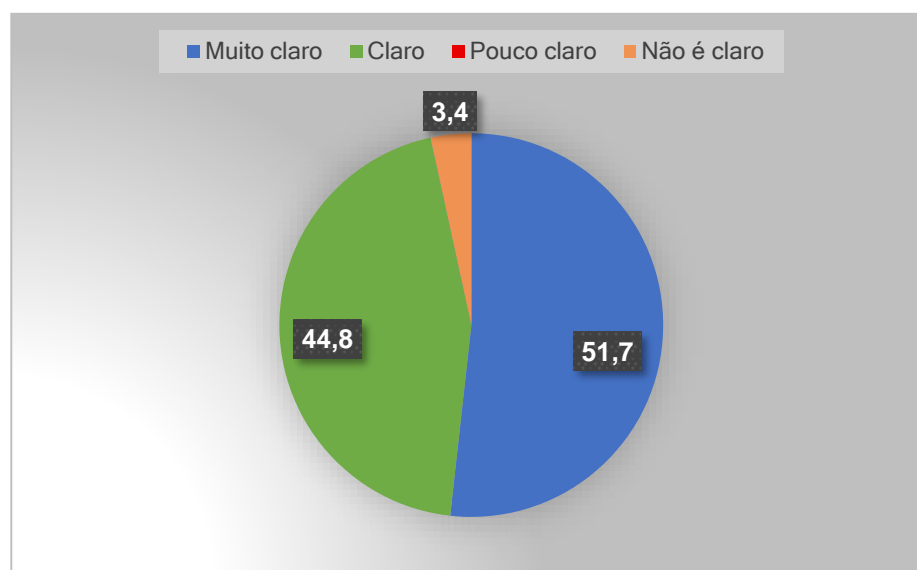
	Pergunta 1: Quanto à clareza o instrumento é	Pergunta 2: O instrumento atinge o objetivo proposto?	Pergunta 3: É possível o avaliador aplicar os instrumentos para cada residente individualmente?	Pergunta 4: A quantidade de competências avaliadas é adequada?	Pergunta 5: Como você avaliaria o conteúdo contido no instrumento de avaliação?	Pergunta 6: O instrumento de avaliação por competências permite que o avaliador atribua uma nota ao residente de forma clara?	Pergunta 7: Quanto ao formato de apresentação (layout) do instrumento:	Pergunta 8: Você achou fácil de aplicar o instrumento e aplicaria na avaliação de residentes de Medicina de Família e Comunidade?
Mínimo	0,0	0,0	2,0	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0
1o quartil	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
2o quartil (Mediana)	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0
3o quartil	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0
Máximo	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0
Média	2,4	2,3	2,6	2,0	2,5	1,8	2,1	1,8
Desvio	0,7	0,7	0,5	0,9	0,6	0,4	0,8	0,4
Índice de validade de conteúdo de cada pergunta	0,97	0,93	1,00	0,76	0,97	0,83	0,86	0,83
IVC total	0,892							

Fonte: a autora, 2021.

Quando analisado cada item observou-se que apenas o item 4 apresentou IVC de 0,76 ficando abaixo de 0,80 que é o valor mínimo de concordância, indicando que este item deve ser reformulado.

Tendo explicado sobre o processo de validação do instrumento, por meio do Feedback 1, descreveremos, a seguir, os resultados obtidos com as 8 perguntas deste questionário.

Gráfico 1: Clareza do Instrumento

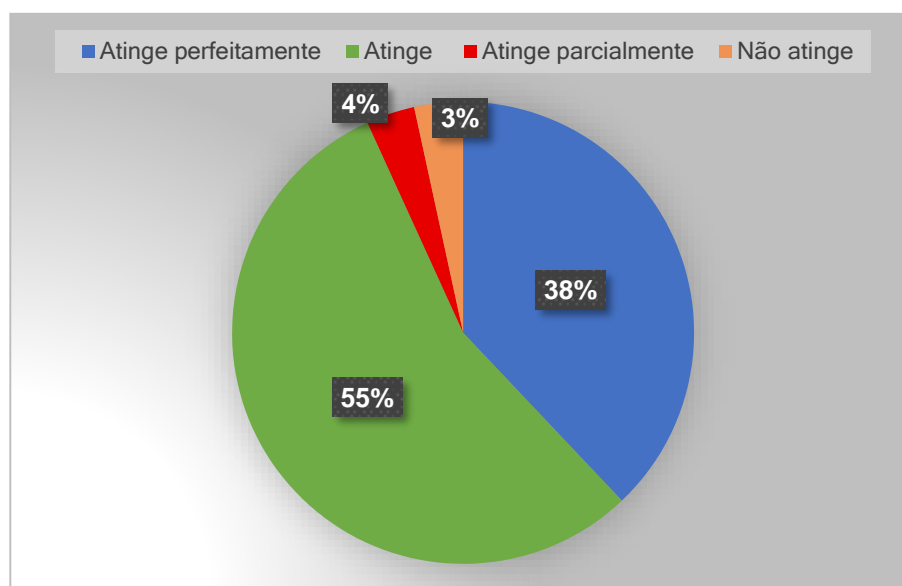


Fonte: a autora, 2022.

A avaliação de clareza do instrumento, representada no Gráfico 1, cuja pergunta era “Quanto à clareza, o instrumento é:”. 96,6% dos experts declararam que o instrumento é Claro ou Muito Claro. O IVC para esse item foi de 0,97.

Segundo MASETTO (2001), o instrumento de avaliação deve ter clareza de redação, clareza na exposição de ideias e clareza em relação aos critérios, com a valoração de cada um dos itens. Portanto, ao se aproximar do valor de IVC = 1, o instrumento elaborado nesta pesquisa confirma sua clareza.

Gráfico 2: Pertinência do Instrumento

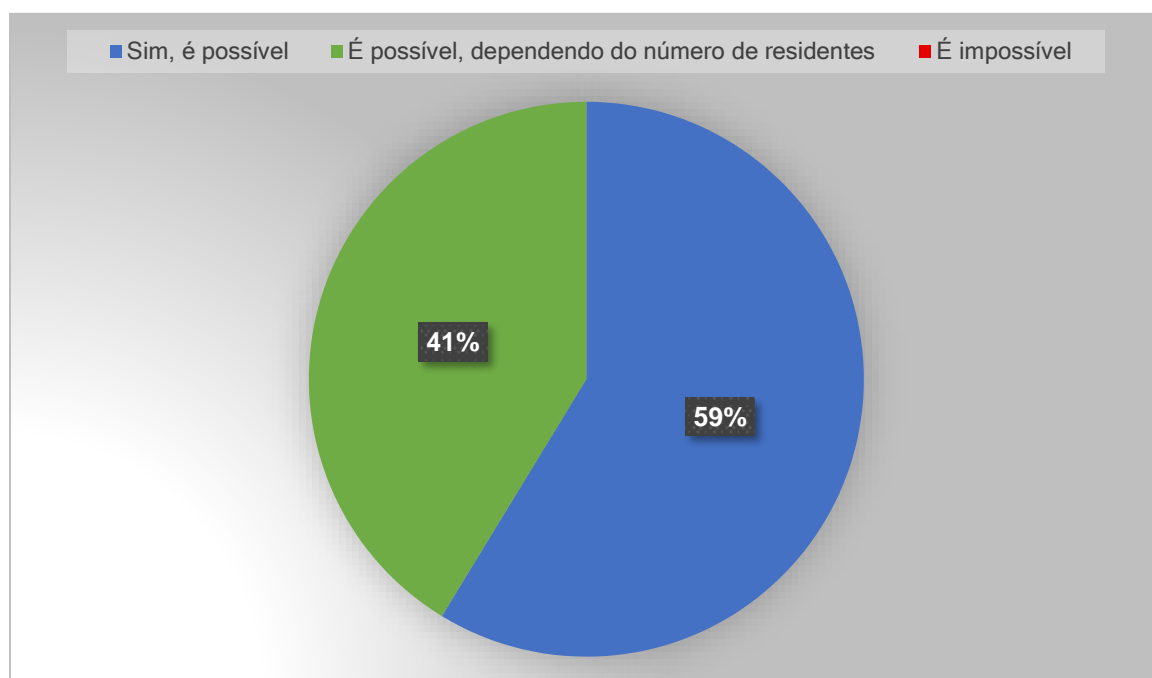


Fonte: a autora, 2022.

Avaliação da pertinência do instrumento cuja pergunta era: “O Instrumento atinge o objetivo proposto? Objetivo proposto: avaliação de competências do residente de Medicina de Família e Comunidade.”. 93,1% dos *experts* declararam que o instrumento Atinge ou Atinge perfeitamente o objetivo. Deste modo, o IVC para esse item foi de 0,93.

De acordo com GUIMARÃES *et al* (2015) a pertinência do instrumento considera se cada item foi elaborado de forma a avaliar adequadamente o aspecto de interesse e analisa se de fato cada item possui importância para o instrumento, o que valida esse instrumento com IVC de 0,93.

Gráfico 3: Aplicabilidade do Instrumento



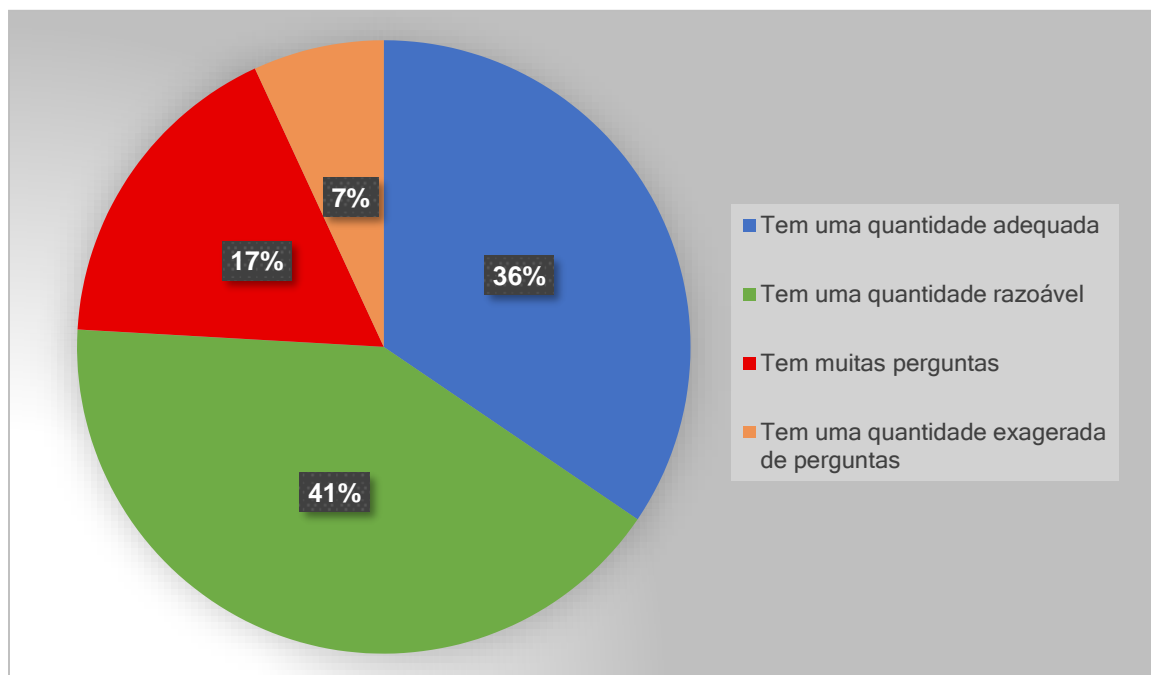
Fonte: a autora, 2022.

Avaliação da aplicabilidade do instrumento, cuja pergunta era: “É possível o avaliador aplicar o instrumento para cada residente individualmente?” 100% dos participantes responderam "Sim, é possível" ou "É possível, dependendo do número de residentes". Desse modo o IVC para esse item foi de 1,00

No contexto desta pesquisa, aplicabilidade é entendida como a possibilidade e facilidade de o *expert* utilizar a ferramenta na avaliação de seu aprendiz, considerando seu contexto de trabalho, disponibilidade de tempo e espaço adequado para esse fim, não existindo uma definição já consagrada na literatura para o termo aplicabilidade, assumido pela autora.

A validade do instrumento criado é corroborada pelo IVC = 1, E demonstra que as 9 competências abordadas nesse instrumento são passíveis de serem avaliadas com facilidade pelo *expert*, sem necessidade de treinamento prévio.

Gráfico 4: Quantidade de itens do Instrumento



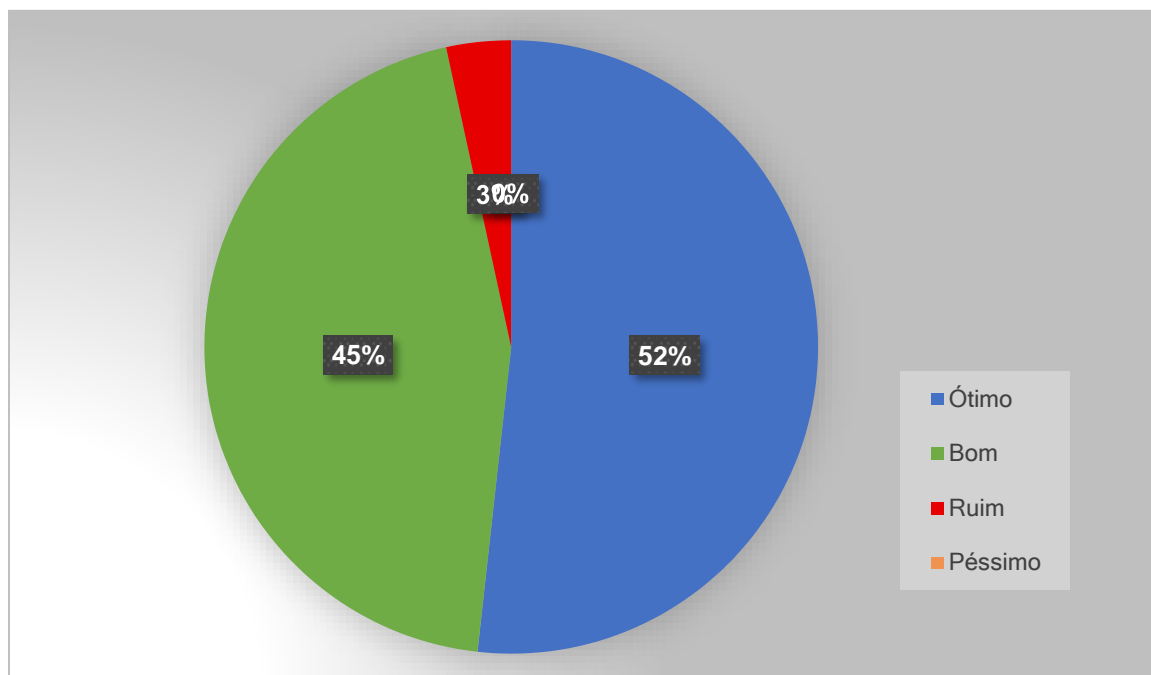
Fonte: a autora, 2022.

Avaliação de quantidade de itens do instrumento. A pergunta desse item era: “A quantidade de competências avaliadas é adequada?”. 75,9% dos participantes responderam "Tem uma quantidade adequada" ou "Tem uma quantidade razoável", desse modo o IVC para esse item foi de 0,76.

Neste instrumento, a quantidade de itens avaliados correspondeu à um compilado das competências da Matriz de Competencias da Sociedade Brasileira de medicina de Família e Comunidade (SBMFC) que fosse possível de ser aplicado dentro do contexto da Residência médica, considerando a formação do aplicador. É importante ressaltar que a fidedignidade de um instrumento é afetada diretamente pelo número de itens que o compõe (quanto maior o número de itens, maior a fidedignidade) (VIANNA, 1989).

A autora Oliveira (2001) no seu estudo sobre escalas de mensuração de atitudes, descreve que a escolha do número de alternativas de um instrumento deve ser em função do tipo de respondente (quanto maior o nível educacional, mais fácil é de distinguir entre muitas alternativas), do tempo disponível para resposta (quanto maior o tempo, mais alternativas) e do grau de satisfação das análises estatísticas (do ponto de vista estatístico, quanto mais alternativas, melhor).

Gráfico 5: Representatividade do Instrumento



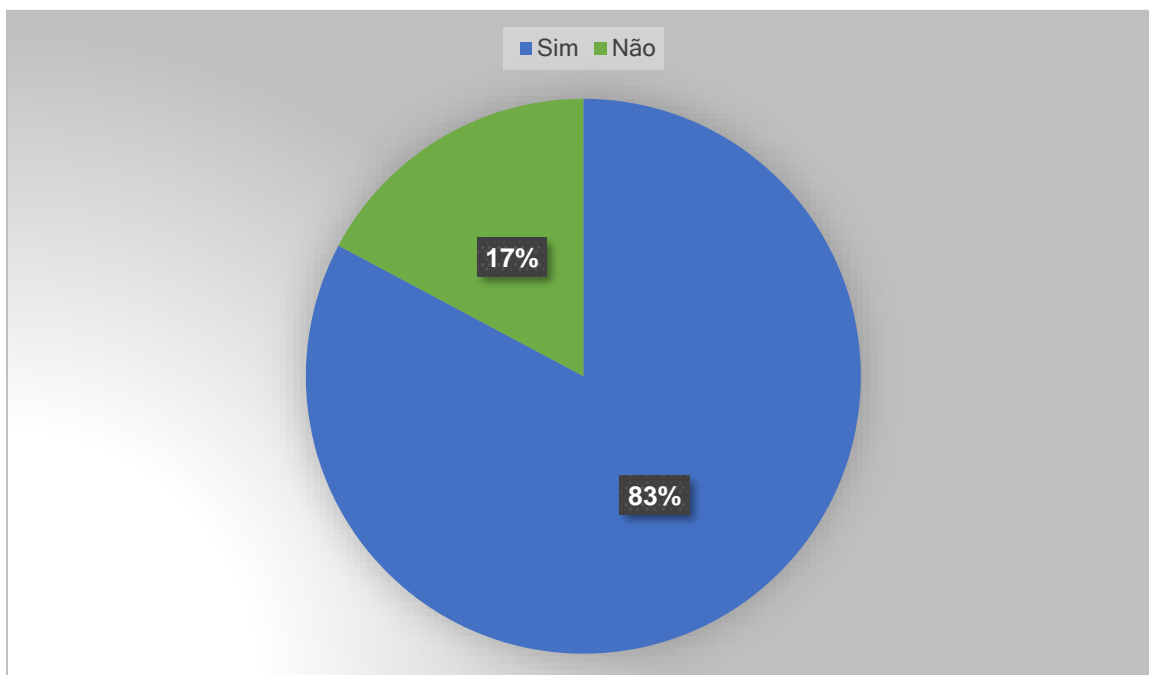
Fonte: a autora, 2022.

Avaliação da representatividade do instrumento. A pergunta era: “Como você avaliaria o conteúdo contido no instrumento de avaliação? É capaz de avaliar as competências necessárias na Residência de Medicina de Família e Comunidade?”. 96,5 dos participantes responderam “Ótimo” ou “Bom”. O IVC para esse item foi de 0,97.

A validade de conteúdo pondera sobre o julgamento do instrumento, portanto para obter o resultado esperado o planejamento dos itens que irão compor o instrumento é de fundamental importância já que as competências selecionadas indicarão qual é a amostra representativa de conhecimentos que serão avaliados. A representatividade do instrumento é resultado do julgamento dos experts sobre os itens que compõe o instrumento (RAYMUNDO, 2019).

Ao obter IVC de 0,97 entende-se que, na visão dos *experts*, os itens do instrumento são adequados para a avaliação das competências necessárias ao Médico de Família e Comunidade.

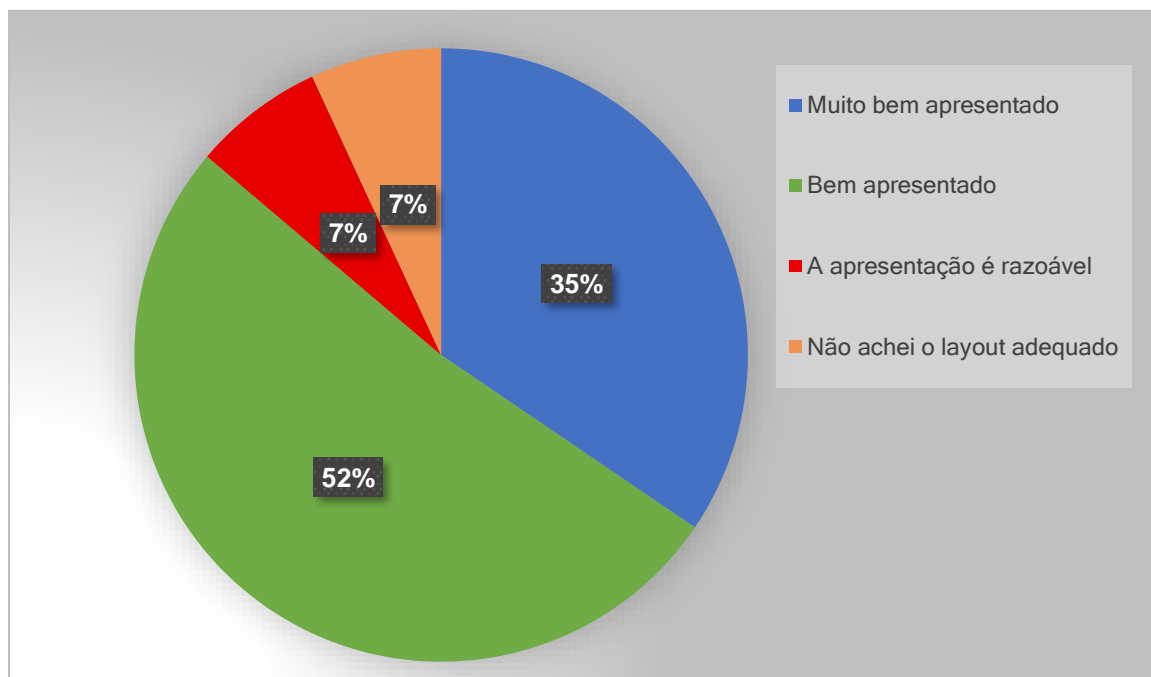
Gráfico 6: Capacidade de classificação do Residente



Fonte: a autora, 2022.

Avaliação da capacidade de classificação do residente. A pergunta do item 6 era: “O instrumento de avaliação por competências permite que o avaliador atribua uma nota ao residente de forma clara?”. Esse item foi analisado pelo Teste de Concordância devido sua característica de respostas do tipo "SIM" e "NÃO". 84% dos participantes responderam "SIM".

As diversas modalidades de avaliação são categorizadas em duas funções essenciais: a de avaliar para auxiliar e orientar o aprendiz (avaliação formativa) e de avaliar para sintetizar o conhecimento adquirido e classificar o aprendiz (avaliação somativa) (SANTOS, 2016). O instrumento produzido nesta pesquisa tem como propósito ser capaz de realizar as duas formas de avaliação. Ao ser capaz de classificar o residente é possível atribuir-lhe uma pontuação de forma clara, cumprindo o propósito somativo desta ferramenta.

Gráfico 7: Formato (*layout*) do Instrumento

Fonte: a autora, 2022.

Avaliação do formato (*layout*) do instrumento. O item 7 apresentava o seguinte questionamento: “Quanto ao formato de apresentação (*layout*) do instrumento:” e as opções de resposta: “Muito bem apresentado”; “Bem apresentado”; “A apresentação é razoável” e “Não achei o *layout* adequado”. 86,2% dos participantes responderam “Muito bem apresentado” ou “Bem apresentado”. Desse modo, o IVC para esse item foi de 0,86.

Como já descrito nesta dissertação, o desenvolvimento da ferramenta de avaliação para residentes de Medicina de Família e Comunidade teve como inspiração, em sua forma, o *The Family Medicine Milestones Project* (Quadro 7), que organiza as competências descritas em quadros, separando as subcompetências nos níveis de progressão de Dreyfus, do menor para o maior. Para cada subcompetência descrita o avaliador seleciona o nível de *Milestones* que melhor descreve a performance do residente. Esse formato, já formalizado e de uso consagrado nos EUA, foi validado pelos *experts* no Brasil, com IVC de 0,86.

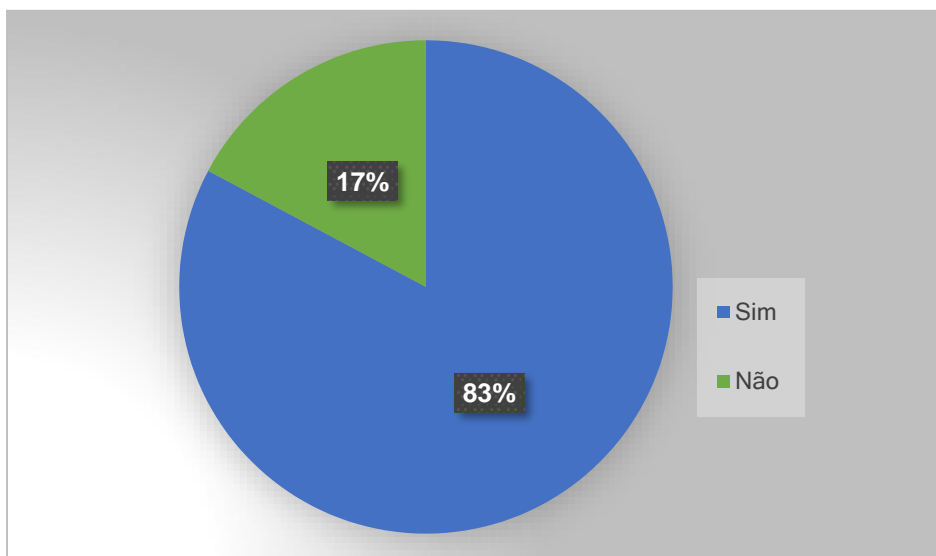
Quadro 8: Exemplo de quadro de avaliação de competências do *The Family Medicine Milestone Project*

MK-2 Applies critical thinking skills in patient care					
Has Not Achieved Level 1	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
	<p>Recognizes that an in-depth knowledge of the patient and a broad knowledge of sciences are essential to the work of family physicians</p> <p>Demonstrates basic decision-making capabilities</p> <p>Demonstrates the capacity to correctly interpret basic clinical tests and images</p>	<p>Synthesizes information from multiple resources to make clinical decisions</p> <p>Begins to integrate social and behavioral sciences with biomedical knowledge in patient care</p> <p>Anticipates expected and unexpected outcomes of the patients' clinical condition and data</p>	<p>Recognizes and reconciles knowledge of patient and medicine to act in patients' best interest</p> <p>Recognizes the effect of an individual's condition on families and populations</p>	<p>Integrates and synthesizes knowledge to make decisions in complex clinical situations</p> <p>Uses experience with patient panels to address population health</p>	<p>Integrates in-depth medical and personal knowledge of patient, family and community to decide, develop, and implement treatment plans</p> <p>Collaborates with the participants necessary to address important health problems for both individuals and communities</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comments:					
<p>Selecting a response box in the middle of a level implies that Milestones in that level and in lower levels have been substantially demonstrated.</p>			<p>Selecting a response box on the line in between levels indicates that Milestones in lower levels have been substantially demonstrated as well as some Milestones in the higher level(s).</p>		

Fonte: J Grad Med Educ. (2014)

A importância do desenvolvimento dessa ferramenta, baseada na Matriz de Competências para a Residência de Medicina de Família e Comunidade da SBMFC, é evidente na possibilidade de aplicação prática desse instrumento. Não tendo sido apenas tradução do *The Milestone Family Medicine Project*, esse instrumento está desenvolvido para atender às demandas em saúde da população brasileira, considerando aspectos culturais específicos e questões da epidemiologia local, singular, e que certamente não seriam tão abordadas por um instrumento desenvolvido alheio à realidade do nosso país. Soma-se a este fato um desafio frequente das traduções, que é a possibilidade de múltiplas interpretações de termos técnicos, o que poderia gerar confusão no entendimento de um termo e conduzir o usuário do instrumento por caminhos diferentes dos pretendidos originalmente. (POLCHLOPEK, AIO, 2009)

Gráfico 8: Avaliação da Usabilidade do instrumento



Fonte: a autora, 2022.

Avaliação da usabilidade do Instrumento. A pergunta do item 8 era: “Você achou fácil de aplicar o instrumento e aplicaria na avaliação de residentes de Medicina de Família e Comunidade?”. Esse item foi analisado pelo Teste de Concordância devido sua característica de respostas do tipo "SIM" e "NÃO". 82,8% dos participantes responderam "SIM".

O termo “usabilidade” é definido como a facilidade com que as pessoas empregam uma ferramenta ou a capacidade de um instrumento de satisfazer as necessidades do utilizador de forma simples e eficiente (2022).

Segundo Padrini-Andrade *et al.*, a construção de ferramentas com boa usabilidade necessita da ponderação de fatores psicológicos, sociais, organizacionais e ergonômicos. Ao atingirmos o índice de validação, através do teste de Concordância, superior a 80% para esse item, entendemos que o instrumento produzido satisfaz as necessidades de avaliação para a residência de Medicina de Família e Comunidade.

Após observação dos gráficos obtidos, cabe-nos uma análise dos números obtidos com o preenchimento do Feedback 1 pelos *experts*. Percebemos que todas as respostas, com exceção da pergunta 4, obtiveram IVC acima de 0,8. Isso significa que 80% das respostas indicadas pelos *experts* a cada item contemplaram um dos dois níveis superiores da Escala Likert (“bom” ou “muito bom”).

A única exceção, com um IVC ligeiramente inferior de 0,76, foi a pergunta 4 (“A quantidade de competências avaliadas é adequada?”). Embora esse item tenha

obtido pontuação inferior a estabelecida como corte para o instrumento, isso não tira sua validade haja vista a existência na literatura de outros trabalhos que consideraram válidos instrumentos sem obtenção de IVC superior ao corte para todos os itens. (COLUCI; ALEXANDRE, 2011).

Ou seja, o IVC do instrumento foi superior a 0,8, o que o credencia como instrumento válido para avaliação de residentes de Medicina de Família e Comunidade. Uma possível razão para esse resultado referente ao item 4, que dizia respeito ao número de questões do instrumento, é a de que ele demanda tempo para a aplicação, e a realidade de inúmeros preceptores na APS, sobrecarregados especialmente durante os últimos anos de enfrentamento a pandemia de covid 19, dificulta sua aplicação (SAVASSI *et al.* 2020)

Na sessão aberta para comentários e sugestões dos *experts* podemos observar algumas considerações que corroboram as razões aqui levantadas para que a pergunta número 4 tenha obtido IVC inferior a 0,8. O Quadro 9 traz algumas dessas considerações.

Quadro 9: Considerações dos *experts* na sessão aberta para comentários e sugestões

Comentário 1	Vejo que a diferenciação entre os níveis de competência são muito genéricos
Comentário 2	Como cada item traz questões importantíssimas ao desenvolvimento estudantil do Residente nas competências para ser um MFC, e pegando em conta que isso é multifatorial, o mesmo pode caminhar em diversos pontos no mesmo tópico que podem ser pontuados de maneira diferente. Caso esteja entre duas pontuações próximas (6 e 8, por exemplo), e tenha competências evolutivas de um e de outro (aproximadamente), daria nota 7 naquele componente. Por isso para essa atribuição acho que para ficar mais claro seria ideal que fosse explicado no cabeçalho. Ou a outra forma que seja a orientação.
Comentário 3	O instrumento inclui elementos do currículo baseado em competências da SBMFC e permite de maneira objetiva e bem estratificada/categorizada fazer uma avaliação mais objetiva. Dessa forma o Feedback pode ser mais específico para o residente.
Comentário 4	Instrumento bem completo, que ajuda a pensar em várias nuances a serem avaliadas e aprimoradas no processo de ensino - aprendizagem e na avaliação dos residentes! Só senti falta da saúde mental como um parâmetro para a avaliação. O nível 5 tem alguns conteúdos difíceis de atingir mesmo após a residência. Terapia familiar tem uma formação específica, por exemplo! Não são todos que têm! Mas até por isso é uma ferramenta que incentiva o estudo continuado e o constante aprimoramento dos profissionais!
Comentário 5	Abrange o essencial à atuação do MFC
Comentário 6	O instrumento me parece adequado. A questão central parece o quão factível é aplicá-lo de forma seriada em um ambiente cotidiano real. Mas parece conseguir acessar competências altas na pirâmide de Miller.
Comentário 7	Achei o instrumento bem completo e claro, sendo potencialmente efetivo naquilo que se propõe. Porém, acredito que tem uma quantidade considerável de textos e pode ser bem demorado de ser realizado completamente.
Comentário 8	Acho que facilita para direcionar a avaliação de competências importantes, no entanto acho que o layout acaba obrigando a reler e repetir competências nos diferentes níveis, o que pode deixar muito demorada a aplicação.
Comentário 9	Engloba de forma clara e didática todas as competências que um mfc necessita ter
Comentário 10	A forma como está distribuída às competências e a pontuação facilita na construção de um plano norteador para desenvolver competências ainda não adquiridas.
Comentário 11	Por exemplo, se tinha 3 itens no nível 1 e o residente atinge só 1, o que faz? Foi tudo ou nada. Deveria ser pontuado por item e não por nível. Depois pontuaria no nível e no acumulado. Não ficou boa a compreensão
Comentário 12	Há uma quantidade muito grande de itens e as competências poderiam ser mais resumidas.
Comentário 13	Instrumento muito genérico, pouco intuitivo em estabelecer diferença entre níveis. Exige um conhecimento prévio de taxonomia de Bloom e pirâmide de Miller. Poderia ter metas mais concretas em cada nível
Comentário 14	Condensar mais os itens.
Comentário 15	Pontuar por item
Comentário 16	Poderia se elaborar um questionário com menos texto, mesmo que as orientações ficassem disponíveis em outro formulário (economizaria papel); ou mesmo ser criado um aplicativo que pudéssemos usar pra aplicar (seria mais ecologicamente correto). Ademais seria interessante também que o residente pudesse se autoavaliar para que pudéssemos confrontar as percepções e dialogar sobre o resultado.
Comentário 17	Acesso ao instrumento durante a avaliação desses itens.
Comentário 18	Penso que uma parte do conteúdo da "Saúde Coletiva" se enquadraria melhor no item "Abordagem Comunitária".
Comentário 19	Acrescentar um item 10 sobre saúde mental. Algo bastante prevalente no cotidiano da APS. É ajuda a fechar a conta no final!

Comentário 20	A praticidade da avaliação é permitir que o avaliando entenda os objetivos.
Comentário 21	Ficaria em dúvida na aplicação em um aspecto. Exemplo: determinado residente atinge 80 % dos quesitos do nível 3 e 20 % dos do nível 4. Em qual nível classificaria ele?
Comentário 22	Tentar deixar mais conciso e com menos textos. Talvez com algo mais visual e interativo.
Comentário 23	A avaliação de residente de MFC não tem como ser estática; então nenhum instrumento será fidedigno o suficiente

Fonte: a autora, 2022

Ainda que tenhamos feito um grande esforço para combinar concisão e abrangência, tendo em consideração a extensão do documento que nos serviu como base teórica para a formatação desse Instrumento, seria interessante uma readequação futura para aumentar a concisão e facilitar a aplicação do Instrumento.

Uma alternativa seria a elaboração de questionários menores, para avaliação segmentada de grupos de competências. Cabe salientar que o Instrumento foi construído para avaliação formativa e somativa, a ser aplicado ao longo dos 2 anos de residência, portanto, de forma longitudinal e que possibilite, tanto ao examinador quanto ao examinado, observar a progressão na aquisição de competências, bem como realizar um planejamento para a capacitação em competências determinadas observadas como áreas de maior fragilidade após o uso do Instrumento.

Ainda sobre os dificultadores da avaliação do Instrumento, ressaltamos a dificuldade imposta na comunicação sobre o Instrumento, causada pela readequação do formato em função da Pandemia de Covid-19, que impossibilitou a pormenorização e o detalhamento do questionário em um encontro presencial.

4.2.2 Feedback 2

O Feedback 2, denominado “Feedback para cada Item” (Apêndice III), foi composto por 8 questões acerca de cada item do instrumento. Cada um desses 8 questionamentos procurou analisar a clareza do item, com expressões como “Compreendi”, “Informações Claras”, e a pertinência, aplicabilidade, com expressões como “Aplicaria”, “Informação Útil”. Cada item foi analisado pelos experts quanto a esses dois critérios, clareza e pertinência, por meio de respostas do tipo “SIM” e “NÃO”. Como exemplo de questão deste *feedback*, colocamos abaixo a questão 1, Quadro 10:

QUADRO 10: Exemplo de questão de *feedback*

Item 1 – Saúde Coletiva – Avalie este item quanto ao nível de compreensão:

- Avalie se este item contém informações úteis:

COMPREENDI	SIM	
	NÃO	
INFORMAÇÃO ÚTIL	SIM	
	NÃO	

Fonte: a autora, 2021.

Para confirmar a validação do protocolo foi realizada a avaliação de cada item do protocolo por meio do *Feedback 2*, no qual constavam 9 perguntas referentes aos itens baseadas na relação de compreende (ou não), informações uteis (ou não) e aplicaria (ou não) para os itens que compõem o protocolo. O quadro 11 representa um exemplo da estrutura do *Feedback 2*.

Quadro 11: Exemplo da estrutura do *Feedback 2*, utilizado para validação do Instrumento de avaliação de Competências dos Residentes de Medicina de Família e Comunidade

	UTILIDADE +	UTILIDADE -
COMPREENSÃO +	A	B
COMPREENSÃO -	C	D

Fonte: a autora, 2022.

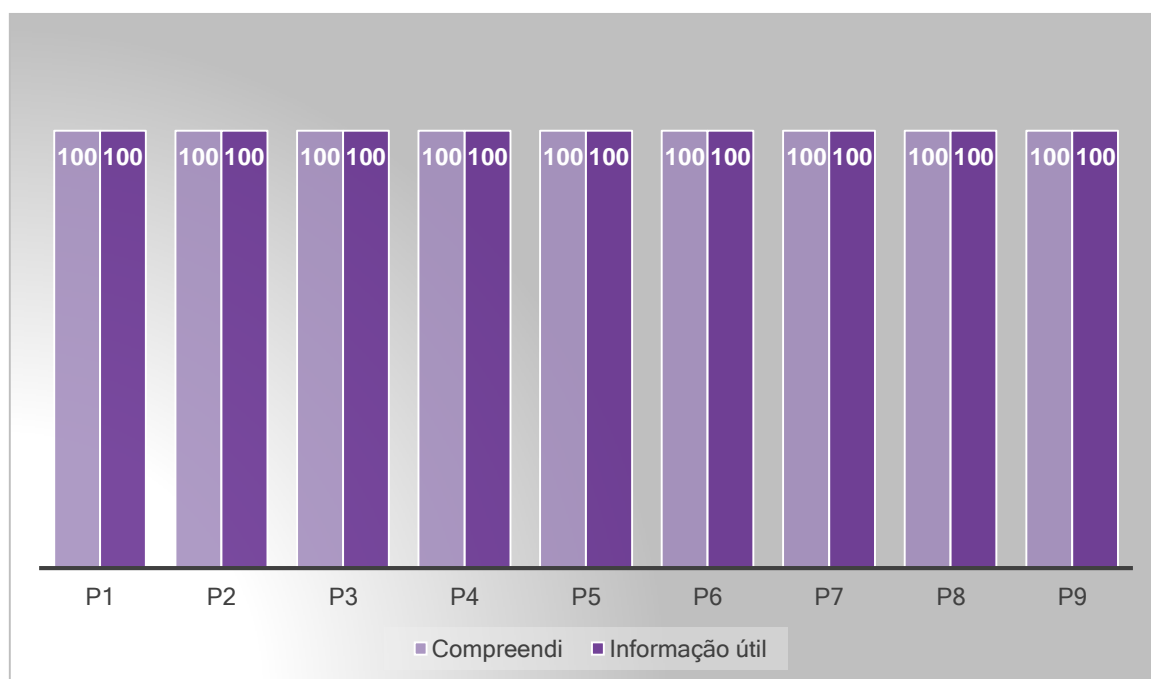
Por meio do *Feedback 2* foi possível compilar as respostas que cada *expert* assinalou e evidenciou, para o exemplo da pergunta 1, a relação de: (1) compreensão do item e se a informação é útil; (2) compreensão do item, mas a informação não é útil; (3) não compreendi o item e a informação é útil; ou (4) não compreendi o item e a

informação não é útil. O mesmo processo se repetiu para as demais perguntas, de acordo com o que estava sendo avaliado.

Pela combinação de duas variáveis em cada item, com a possibilidade de 2 respostas (“SIM” e “NÃO”) para cada variável. Para validação de cada item, foi calculada a proporção de letras A em relação ao total ($X=A/A+B+C+D$).

Estabeleceu-se uma linha de corte de 70% e as perguntas referentes aos itens do protocolo que ficassem abaixo desta linha seriam eliminadas. Ao analisar as combinações das respostas observou-se que todas as perguntas obtiveram aprovação de 100% (respostas positivas nas duas questões para cada item), como representado no gráfico 9. Portanto, os itens que compõem o instrumento são pertinentes e aplicáveis para a avaliação dos residentes de Medicina de Família e Comunidade.

Gráfico 9: Porcentagem de concordância em relação a compreensão e utilidade do instrumento no teste de Concordância



Fonte: a autora, 2022.

As siglas P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 e P9, representam a pergunta, relacionada aos itens/competências do Instrumento, que avaliava a pertinência e a aplicabilidade de cada item/competência. Todos os itens obtiveram aprovação de 100% (respostas positivas nas duas questões para cada item) .

Com o intuito de confirmar a validação de cada item do instrumento, foi realizado o Teste de Concordância e encontrou-se que existe diferença estatística com

$p < 0,05$ e $df = 6$. Portanto, estatisticamente, a distribuição dos dados não é homogênea, sendo que um número significativo de *experts* escolheu a combinação de itens compreensão, útil e aplicaria, validando cada item do instrumento.

Acreditamos que essa aceitação dos itens pelos *experts* reforçam a capacidade de avaliação de nosso documento, já que as perguntas desse questionário inquiriam tanto sobre a pertinência do item quanto à sua aplicabilidade.

Segundo Jocelyn Lockyer *et al.* (2017), a implementação da educação médica baseada em competências fez com que a “avaliação da aprendizagem” gradualmente fosse substituída pela “avaliação para aprendizagem”. Essa mudança corrobora o fato de que, atualmente, tem-se buscado formas mais abrangentes de avaliação, que possibilitem o alcance de objetivos muito mais voltados para aprendizagem, orientação e aprimoramento do que simplesmente o alcance de notas e o desempenho em testes periódicos. Para bem ensinar baseado em competências é preciso bem avaliar baseado em competências. A formulação desse documento vem de encontro aos novos objetivos da educação médica, focado em entregar profissionais melhores capacitados para atenderem às demandas reais dos pacientes ao mercado de trabalho.

Essa possibilidade de avaliação traz uma abordagem inovadora para o cenário da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil, que torna possível ao residente ter todo o seu processo de aprendizado avaliado e documentado ao longo do tempo, auxiliando na riqueza de informações a respeito de cada um e de sua trajetória de ensino-aprendizagem ao longo do programa de residência médica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade médica que melhor honra esse princípio pois é a especialidade médica que presta assistência à saúde continuada, integral e abrangente. O Médico de Família é o especialista em integralidade, em cuidar do ser humano que adoece. Para formar esse profissional fundamental para o cuidado da saúde das populações, os programas de residência médicas devem se valer de estratégias de avaliação igualmente abrangentes.

O ensino baseado em Competências, dentro do qual se encontra a Avaliação Baseada em Competências, é a estratégia pedagógica que melhor se enquadra nesse processo, pois se baseia nas necessidades da população para orientar a formação do profissional que, em última instância, irá servi-la. É uma estratégia de formação socialmente responsável e comprometida, que tem como finalidade primordial alcançar resultados socialmente significativos e, durante seus processos, promover mudanças necessárias de acordo com as demandas populacionais. A formação desse profissional não deve ter finalidade em si mesma, não deve servir apenas ao indivíduo em formação, senão à formá-lo para melhor responder às demandas daqueles que vierem a sua procura.

Após essas considerações sobre o papel do MFC, esperamos que esse instrumento auxilie no aperfeiçoamento dos processos avaliativos. Reiteramos o papel social de nosso trabalho. Criamos uma ferramenta de avaliação que se baseia em competências para ponderar a qualidade do egresso dos programas de residência médica, para que ele possa, em sua plenitude, exercer a Medicina de Família e Comunidade e promover cuidado integral ao indivíduo.

A construção de uma ferramenta de avaliação foi um grande desafio. Buscar a forma mais adequada e que fosse prática para a aplicação parecia um trabalho árduo, no entanto, a existência do *Milestones Project*, uma ferramenta prática e já consagrada nos abriu caminhos. O maior desafio seria, então, a adaptação da Matriz de Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, um documento muito completo porém extenso. O trabalho de definição e agrupamento das competências essenciais foi fragoso, mas nos permitiu muitos conhecimentos durante todo o processo. Por fim, ficamos orgulhosos da nossa criação, felizes com o *feedback* recebido e satisfeitos por termos atingido nossos objetivos. Não é uma

ferramenta perfeita, mas é eficaz, clara, apropriada ao seu propósito e auxiliará na formação dos Médicos de Família e Comunidade do futuro.

Finalmente, ressaltamos que o tema é abrangente. Vemos esta pesquisa como um passo em um campo de estudo vasto e necessário e torcemos para que outros autores se aprofundem e tragam a luz novas estratégias para aperfeiçoar e tornar o ensino cada vez mais engajado nas melhorias sociais.

REFERÊNCIAS

JGME - Accreditation Council for Graduate Medical Education The family medicine milestone project. **Journal of Graduate Medical Education**. v.6, p.74-86, 2014.

ALBANESE, M; MEJICANO, G; MULLAN, P. *et al.* Defining characteristics of educational competencies. **Journal of Medical Education**, v.42, n.3, p.248-255, 2008.

ALLEN, S; ANIM, T; ANTHONY, E. *et al.* The Family Medicine Milestone Project. **The Accreditation Council for Graduate Medical Education and The American Board of Family Medicine**. Version 10, 2015.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, Dez. 2010.

ALMEIDA FILHO N. O legado de Cabanis: hipótese sobre raízes da educação médica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** v.33, n.7, p.e00206416, 2017.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 39-52, Fev. 2005.

ANDERSON, M. I. P., RODRIGUES, R. D. O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ**, v.15, n.3, p.242-252, 2016.

BARBOSA M. O.; LEMOS I. C. S.; KERNTOPF, M. R. *et al.* A prática da Medicina Tradicional no Brasil: Um resgate histórico dos tempos coloniais. **Caçador**, v.5, n.1, p. 65-77, 2016

BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p.751-757, Out. 2012.

BLOOM, B. *et al.* **Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals; Handbook I: Cognitive Domain**. New York: Longmans, Green; 1956.

BORDAGE G, PAGE G. An alternative approach to PMPs: The " key features" concept. In Hart IR, Harden RM, eds. Further developments in Assessing Clinical Competence. Montreal: **Can-Heal**, 1987

Bordage G. The curriculum: overloaded and too general? **Medical Education**, v. 21, n. 3, p. 183-188, 1987.

BORDAGE G. Conceptual frameworks to illuminate and magnify. **Medical Education**, v. 43, p. 312-319, 2009

BORGES, M. C.; MIRANDA, C. H.; SANTANA, R. C.; BOLLELA, V. R. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 3, p. 324-331, 2014.

BRAGA, D. A. R. A institucionalização da medicina no Brasil Imperial: uma discussão historiográfica. **Temporalidades – Revista de História**, 26. ed., v.10, n.1, jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, 20 de junho de 2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, DF, 2014

CARROLL, J. B. A Model of School Learning. **Teachers College Record**, v. 64, p. 723-733, 1963.

CARVALHO, E. M. P.; PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 890-898, 2015.

CASTIEL, L. Utopia/atopia - Alma Ata, saúde pública e o Cazaquistão. Revista Internacional Interdisciplinar. **INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 62-83, Jul-Dez. 2012.

COHEN, R. J. **Testagem e avaliação psicológica: Introdução a testes e medidas**. 8 ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

COLUCI, M. Z. O; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, Mar. 2015.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, Jul. 2011

COSTA, L, et al. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n.40, p.1-11, 2018.

DIAS, M. M. S. *et. al.* A Integralidade em Saúde na Educação Médica no Brasil: O Estado da Questão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.42, n.4, p.123-133, 2018.

DREYFUS, H; DREYFUS S. **Mind over machine: the power of human intuitive expertise in the era of the computer**. New York: Free Press, 1986.

EPSTEIN, R. M. Assessment in medical education. **New England Journal of Medicine**. v. 356, n. 4, p. 387-396, Jan. 2007.

EPSTEIN, R; HUNDERT, E. Defining and assessing professional competence.

Journal of the American Medical Association, v. 287, n. 2, p. 226-235, 2002.

FARIAS P. A. M. *et al.* Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 143-158, 2015.

FLORES, A. M. O feedback como recurso para a motivação e avaliação da aprendizagem na educação a distância. Palhoça, Mar. 2009. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2009/CD/trabalhos/1552009182855.pdf>>. Acesso em: 19 de fev. 2022.

FONSECA, A.; OLIVEIRA, M. C. Educação baseada em competências. **Arquivos de Medicina**, Porto, v. 27, n. 6, p. 272-277, Dez. 2013 .

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1985.

GOMES, A. P. *et al.* A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 105-111, Mar. 2008.

GOMES, A. P. *et al.* Avaliação no Ensino Médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 390-396, Set. 2010.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 557-566, dez. 2011.

GOMES, R. *et al.* Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p. 444-451, Set., 2009.

GRYPPE, L; MANGRULKAR, R; KOLARS, J. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. **Human Resources for Health**, v. 10, p. 43, 2012.

GUIMARÃES, F.J., CARVALHO, A. L. R. F., PAGLIUCA, L. M. F. Elaboração e validação de instrumento de avaliação de tecnologia assistiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.17, n.2, p.302-311, jun., 2015.

GUSSO, S. F. K. O Tutor-professor e a Avaliação da Aprendizagem no Ensino a Distância. Ensaios Pedagógicos. **Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia das Faculdades OPET**, 2014.

INCE-CUSHMAN, D. Health Advocate. In: Shaw E, Oandasan I, Fowler N, eds. *CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum*. Mississauga: **The College of Family Physicians of Canada**, 2017.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência &**

Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 737-746, 2017.

KEMP, A.; EDLER, F. C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 11, n. 3, p. 569-585, Set.-Dez., 2004.

KUSSAKAWA, D. H. B.; ANTONIO, C. A. Os eixos estruturantes das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Medicina no Brasil. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 165-184, 2017.

LAWN, J. E. *et al.* Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. **Lancet**, v. 13, n. 372, p. 917-927, set., 2008.

LAWRENCE, K.; SCHULTZ, K. CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum. Mississauga: **The College of Family Physicians of Canada**, 2017.

LERMEN, J. N. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). 2015. Internet

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensinoaprendizagem. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, Jun. 2017.

LOCKYER, J. *et al.* Core principles of assessment in competency-based medical education. **Medical Teacher**, v. 39, n. 6, p. 609-616, 2017.

MACHADO, C.; WUO, A., HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 66-73, Dez. 2018.

MASSETO, M. **Atividades pedagógicas no cotidiano da sala de aula universitária: reflexões e sugestões práticas**. In: Castanho, S; Castanho, M. E. (orgs). *Temas e textos em metodologia do ensino superior*. 2.ed. Campinas: Papyrus, 2001.

McDOWELL, E; NEWELL, C. **Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires**. New York: Oxford Univ. Pr. 1987

MICHAELIS. *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. 2020.

NAKAMURA, E. **O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 95-103, mar., 2011.

NEWTON, C. **CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum**. Mississauga: The College of Family Physicians of Canada, 2017.

NORCINI, J.; DAWSON-SAUNDERS, B. **Issues in recertification in North**

America. In: Newble D, Jolly B, Wakeford R, editors. The certification and recertification of doctors. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

OLIVEIRA, T. M. Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. **Administração On Line**, São Paulo, v. 2, n. 2, Abr.-Jun., 2001.

PAGLIOSA, F.; DA ROS, M. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dez., 2008.

PANGARO L.; TEN CATE, O. **Frameworks for learner assessment in medicine: AMEE Guide No. 78.** Medical Teacher, 2013.

PASQUALI L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, 2009.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação.** 5.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

PAULS, M.; HORTON, J. CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum. Mississauga: **The College of Family Physicians of Canada**, 2017.

PILATTI, L. A; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, v. 3, n. 1, p. 81-91, 2010.

POLIT, D.F.; BECKER, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POLCHLOPEK S., AIO M. A, **Tradução Técnica: Armadilhas e desafios.** Tradução & Comunicação, Rev. Brasileira de Tradutores, n. 9, 2009.

RAMSDEN, V. CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum. Mississauga: **The College of Family Physicians of Canada**, 2017.

RAYMUNDO, V. P. Construção e Validação de Instrumentos: um Desafio para a Psicologia. **Letras de Hoje**. Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, Jul.-Set, 2009.

REKMAN, J. *et al.* Entrustability Scales: Outlining Their Usefulness for Competency-Based Clinical Assessment. **Academic Medicine**, v. 91, n. 2, p. 186-190, 2016.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 87-111, 2016.

- PADRINI-ANDRADE, L. *et al.* Evaluation of Usability of a Neonatal Health Information System According to User's Perception. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 1, p. 90-96, 2019.
- RODRIGUES V. S.; BATISTA C. B.; VECCHIA M. I. Corpos Anatomizados e a Educação Médica: Identificando Intersecções entre Cultura, Formação e Prática Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 3, p. 106, 2020.
- ROSAS, B. M. J. *et al.* Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2509, Jul. 2020.
- SANTOS, L. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. **Fundação CESGRANRIO**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 92, p. 637-669, jul./set., 2016.
- SAVASSI L. C. M. *et al.* Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 12, p.1-13, Out. 2020.
- SCHUWIRTH, L. W. T.; VLEUTEN, C, P. V. D. General overview of the theories used in assessment: AMEE Guide No. 57. **Medical Teacher**, v. 33, p. 783-797, 2011.
- SHAW, E.; OANDASAN, I.; FOWLER, N. CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum. Mississauga: **The College of Family Physicians of Canada**, 2017.
- SHEPARD L. **Classroom assessment**. In: Brennan R, editor. Educational measurement. 4.ed. Westport, CT: American Council on Education and Praeger Publishers, 2006.
- SCHMIDT, H. G.; BOSHUIZEN, H. P. On acquiring expertise in medicine. Special issue: European educational psychology. **Educational Psychology Review**, n. 5, p. 205-221, 1993.
- SOEIRO S.; AVELINE S. **Avaliação educacional**. Porto Alegre: Sulina, 1982.
- SOUZA, P. A.; ZEFERINO, A. M. B.; DA ROS, M. A. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Revista brasileira de educação médica**., Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 20-25, Mar., 2011.
- TAVAKOLA, M.; DENNICKB, R. The foundations of measurement and assessment in medical education. **Medical Teacher**, v. 39, n. 10, p. 1010-1015, 2017.
- TEN CATE, O. Competency-Based Postgraduate Medical Education: Past, Present and Future. **GMS Journal for Medical Education**, v. 34, n. 5, 2017.
- TEN CATE, O. Entrustability of professional activities and competency-based training. **Medical Education**, v. 39, n. 12, p. 1176-1177, 2005.
- TEPPER, J.; HAWRYLYSHYN, S. CanMEDS-FM 2017: A competency framework for

family physicians across the continuum. Mississauga: **The College of Family Physicians of Canada**, 2017.

"USABILIDADE", in **Dicionário Priberam** da Língua Portuguesa, 2008-2021. Disponível em : <https://dicionario.priberam.org/chave>. Acessado em : 18 de fevereiro de 2022.

VIANNA, H. M. **Testes em educação**. São Paulo: IBRASA, 1978

WESTON, W; FELDMAN, P. CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum. Mississauga: **The College of Family Physicians of Canada**, 2017

WILLIAMS, G. **Western Reserve's Experiment in Medical Education and Its Outcome**. New York: Oxford University Press, 1980.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, Mai., 2007.


APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

1 – Saúde coletiva







NÃO ATINGE O NÍVEL 1		0 pontos
NÍVEL 1	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece os conceitos de coordenação do cuidado, longitudinalidade, competência cultural, centralidade do cuidado na família e comunidade como princípios da Atenção Primária à Saúde. - Conhece o conceito de determinação social do adoecimento. - Reconhece agravos que necessitam de notificação compulsória. 	2 pontos
NÍVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Problematiza as discussões com a preceptoria levando em consideração os conceitos de coordenação do cuidado, longitudinalidade, competência cultural, centralidade do cuidado na família e comunidade como princípios da Atenção Primária à Saúde. - Identifica a determinação social do adoecimento somente em situações de extrema miséria - Sabe como preencher as fichas de notificação compulsória após discussão do caso com preceptoria. 	4 pontos
NÍVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica os princípios da Atenção Primária à Saúde (coordenação do cuidado, longitudinalidade, competência cultural, centralidade do cuidado na família e comunidade) somente após discussão com preceptoria, permanecendo com uma prática autônoma centrada no diagnóstico e tratamento de doenças. - Compreende a determinação social do adoecimento em situações evidentes (visualização de ratos nas proximidades das casas pobres como causa de leptospirose, por exemplo) e propõe intervenções direcionadas a causa imediata, sem considerar o contexto mais geral do indivíduo na sociedade. - Sabe como preencher as fichas de notificação compulsória e conduzir casos suspeitos de doenças infectocontagiosas de interesse epidemiológico, deixando de lado situações menos evidentes como violência intradomiciliar. 	6 pontos
NÍVEL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica a coordenação do cuidado quando necessário, funcionando como organizador das necessidades das pessoas nas redes de atenção à saúde. - Utiliza a longitudinalidade como um recurso terapêutico, sendo capaz de explicar ao paciente a importância da demora permitida. - Realiza cuidado centrado na pessoa, família e comunidade, compreendendo que há uma interdependência entre o indivíduo e seus sistemas gradativamente crescentes. - Emprega o conceito de competência cultural, prestando atendimento aos indivíduos e comunidade a partir do arcabouço histórico da população assistida. - Aplica o conceito de determinantes de saúde rotineiramente, sendo capaz de entender o adoecimento do indivíduo e sua comunidade e propor intervenções de acordo com as necessidades em saúde da população assistida. - Presta assistência adequada a agravos epidemiológicos e à saúde do trabalhador, realizando satisfatoriamente notificações, encaminhamentos necessários e comunicação com outros pontos da rede de atenção à saúde quando necessário. 	8 pontos
NÍVEL 5	<ul style="list-style-type: none"> - Aciona os pontos da rede de maneira ativa, tentando solucionar o caminho do paciente no sistema de saúde a fim de melhorar seus resultados em saúde. Consegue exercer atividades que não são comumente da Atenção Primária à Saúde, como realizar encaminhamentos de pacientes com doenças crônicas agudizadas diretamente do domicílio para o Hospital. - Utiliza a longitudinalidade como um recurso terapêutico, sendo capaz de explicar ao paciente a importância da demora permitida. - Realiza cuidado centrado na pessoa, família e comunidade, sendo capaz de realizar intervenções familiares e comunitárias quando julga necessário. - Pesquisa a história da comunidade assistida, compreendendo profundamente suas raízes históricas e, conseqüentemente, o melhor modo de acessar o sofrimento das pessoas considerando seu repertório cultural. - Planeja ações comunitárias direcionadas aos determinantes sociais do adoecimento, engajando os usuários nas ações a partir de sua conscientização do problema e sua importância na solução. - Presta assistência adequada a agravos epidemiológicos e à saúde do trabalhador, realizando satisfatoriamente notificações, encaminhamentos necessários e comunicação com outros pontos da rede de atenção à saúde quando necessário. Além disso, elabora ações para agir nos determinantes desses agravos, sejam sociais, familiares ou biológicos. 	10 pontos

2- Abordagem familiar e comunitária






NÃO ATINGE O NÍVEL 1		0 pontos
NÍVEL 1	<ul style="list-style-type: none"> - Considera a saúde como um bem-estar físico, dissociado de outras instâncias da vida. - Faz visitas domiciliares protocolares quando solicitado, como para renovação de prescrições de uso contínuo ou emissão de atestados. - Conhece superficialmente os conceitos de diagnóstico situacional e educação popular, sendo incapaz de pensar além do indivíduo. 	2 pontos
NÍVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Admite a possibilidade de influência do contexto familiar na saúde do indivíduo. - Faz visitas domiciliares para pacientes acamados, preocupando-se com questões clínicas rotineiras. - Conhece os conceitos de diagnóstico situacional e educação popular, conseguindo relacionar os problemas vivenciados na comunidade como determinados por questões extra-indivíduos. 	4 pontos
NÍVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> - Consegue pensar no sistema familiar como ferramenta diagnóstica e usar alguma ferramenta de abordagem familiar quando solicitado pelo preceptor após discussão do caso (genograma, ECOMAPA, ciclo de vida, conferência familiar). - Faz visitas domiciliares periodicamente, com planejamento das ações e prestação de cuidados crônicas aos pacientes com necessidades especiais, em especial pacientes com cuidados paliativos. Não considera agravos agudos como passíveis de tratamento em domicílio. - Auxilia atividades em grupo pensadas e executadas pelo preceptor, sendo capaz de emitir opiniões a partir dos conhecimentos em Educação Popular. 	6 pontos
NÍVEL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Emprega o conhecimento do contexto familiar no cuidado do indivíduo, sendo capaz de aplicar ferramentas de abordagem familiar quando necessário (genograma, ECOMAPA, ciclo de vida, conferência familiar). - Faz visitas domiciliares periodicamente, com planejamento das ações e prestação de cuidados crônicas aos pacientes com necessidades especiais, em especial pacientes com cuidados paliativos. Além disso, é capaz de cuidar em domicílio agravos agudos (IVAS, exacerbações leves de DPOC e ICC, etc). - Utiliza a visita domiciliar como oportunidade para se aprofundar no contexto familiar a fim de melhorar seus atendimentos. - Compreende as necessidades em saúde da comunidade, entendendo o tipo de demanda requerida em seu serviço - Realiza atividades em grupo a partir das necessidades da comunidade, aplicando conceitos de Educação Popular nas ações educativas propostas. 	8 pontos


NÍVEL 5	<ul style="list-style-type: none"> - Realização intervenções familiares avançadas, como conferência familiar sem auxílio do preceptor ou sessões estruturadas de terapia familiar. - Faz visitas domiciliares periodicamente, com monitoramento dos pacientes em documento eletrônico, manejando situações que necessitem algum tratamento invasivo (sondas, ventilação mecânica domiciliar, nutrição enteral/parenteral). Além disso, é capaz de cuidar em domicílio de agravos agudos (IVAS, exacerbações leves de DPOC e ICC, etc). - Utiliza a visita domiciliar como oportunidade para se aprofundar no contexto familiar a fim de melhorar seus atendimentos. - Compreende as necessidades em saúde da comunidade, entendendo o tipo de demanda requerida em seu serviço. Além disso, é capaz de aplicar alguma ferramenta de diagnóstico situacional, como a Estimativa Rápida Participativa. - Planeja e executa em conjunto com a comunidade as ações educativas, aplicando conceitos fundamentados em literatura em relação à Educação Popular em Saúde. 	 10 pontos
----------------	---	--

3- V- Raciocínio Clínico







NÃO ATINGE O NÍVEL 1		 0 pontos
NÍVEL 1	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliza opinião de especialistas para tomada de conduta. - Desconhece/ reconhece mas não utiliza o Registro Orientado por Problemas, conhecido pelo acrônimo SOAP. - Realiza inadequadamente anamnese e exame físico. - Não estabelece hierarquia de importância entre as queixas clínicas atendidas. - Desconhece ferramentas específicas da Medicina de Família e Comunidade. 	 2 pontos
NÍVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece parcialmente conceitos de epidemiologia clínica para administração dos casos. - Utiliza inadequadamente o Registro Orientado por Problemas, conhecido pelo acrônimo SOAP. - Realiza anamnese e exame físico não direcionado para o caso. - Identifica a priorização de queixas apresentadas com auxílio do preceptor. - Conhece ferramentas específicas da Medicina de Família e Comunidade. 	 4 pontos
NÍVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece conceitos de epidemiologia clínica para administração dos casos. - Utiliza o Registro Orientado por Problemas, conhecido pelo acrônimo SOAP, mas não realiza Lista de Problemas efetiva. - Faz anamnese e exame físico focados, sem estabelecer diagnósticos sindrômicos relevantes que orientem o prosseguimento da investigação caso seja necessário. - Identifica as situações que necessitem de encaminhamento, ou seja, que fujam do escopo de cuidado da Atenção Primária à Saúde, ponto de atenção responsável pelo atendimento de problemas comuns. Porém, não prioriza de forma independente pacientes com necessidade de rápido atendimento de subespecialidade. - Sugere a aplicação, ou aplica após discussão com o preceptor, ferramentas específicas da Medicina de Família e Comunidade no manejo dos pacientes. 	 6 pontos
NÍVEL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica conceitos de epidemiologia clínica para administração dos casos, de modo a utilizar corretamente recursos diagnósticos (inclusive anamnese e exame físico) e terapêuticos. - Utiliza o Registro Orientado por Problemas, conhecido pelo acrônimo SOAP, fazendo uma Lista de Problemas efetivas para todas as pessoas assistidas com problemas crônicos. - Faz anamnese e exame físico focados, de modo a estabelecer diagnósticos sindrômicos relevantes que orientem o prosseguimento da investigação caso seja necessário. - Identifica as situações que necessitem de encaminhamento, ou seja, que fujam do escopo de cuidado da Atenção Primária à Saúde, ponto de atenção responsável pelo atendimento de problemas comuns. Em especial, prioriza pacientes com necessidade de rápido atendimento de subespecialidade. - Aplica ferramentas específicas da Medicina de Família e Comunidade no manejo dos pacientes, como acesso facilitado, atendimento a situações indiferenciadas, longitudinalidade e agenda oculta. 	 8 pontos
NÍVEL 5	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica conceitos de epidemiologia clínica para avaliação de resultados primários, provenientes de pesquisa de intervenção (ensaios clínicos controlados, por exemplo) - Analisar o Registro Orientado por Problemas, conhecido pelo acrônimo SOAP, inclusive a Lista de Problemas, sendo capaz de entender sua representatividade em relação ao paciente concreto. - Conhece e utiliza anamnese e exame físico baseados em evidências. - Propõe e capacita a equipe, do ponto de vista clínico, para as situações que necessitem de encaminhamento, ou seja, que fujam do escopo de cuidado da Atenção Primária à Saúde. Desse modo aumenta a resolutividade do serviço em que está inserido. - Sugere melhorias no atendimento oferecido pela equipe multiprofissional por meio das ferramentas específicas da Medicina de Família e Comunidade no manejo dos pacientes, como acesso facilitado, atendimento a situações indiferenciadas, longitudinalidade e agenda oculta. 	 10 pontos

4) Competências gerenciais e administrativas







NÃO ATINGE O NÍVEL 1		 0 pontos
NÍVEL 1	<ul style="list-style-type: none"> - Faz atendimentos individuais de pacientes sem questionar o modo como a agenda está planejada.. - Atende queixas físicas pontuais de pacientes hiperfrequentadores. - Não se interessa por discussões gerenciais. - Utiliza somente a função de atendimento individual do sistema de informação do serviço. - Não conhece indicadores de qualidade da Atenção Primária à Saúde. 	 2 pontos
NÍVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Procura dividir a agenda em atividades programáticas e demanda espontânea, sem gerenciamento de casos e outras atividades além do atendimento ambulatorial. - Atende queixas físicas e sofrimento pontuais de pacientes hiperfrequentadores. - Discute questões gerenciais com o preceptor a partir de provocações deste. - Utiliza o sistema de informação para obter dados sobre a história pregressa do paciente. - Conhece superficialmente indicadores de qualidade da Atenção Primária à saúde. 	 4 pontos
NÍVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> - Discute com o preceptor alternativas para conciliar os diversos tipos de atendimento (atendimento individual e em grupo, visita domiciliar, tarefas administrativas), como lista de pacientes, estratificação de risco, vulnerabilidade. - Questiona o preceptor sobre estratégias para lidar com usuários hiperfrequentadores, como negociação e estabelecimento de prioridades. - Diagnostica problemas gerenciais e assistenciais do serviço de APS, porém não estabelece diálogo com instâncias superiores do sistema de saúde. - Utiliza o sistema de informação para obter dados individuais e conhece superficialmente os sistemas de dados agrupados da APS (SISPRENATAL, SIVAM, etc) - Diagnostica pontos de melhoria na sua prática a partir de indicadores de qualidade da Atenção Primária à Saúde. 	 6 pontos
NÍVEL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora estratégias para conciliar os diversos tipos de atendimento (atendimentos individuais e em grupo, visita domiciliar, tarefas administrativas), como lista de pacientes, estratificação de risco, vulnerabilidade. - Cria estratégias para lidar com usuários hiperfrequentadores, como negociação e estabelecimento de prioridades. - Consegue estabelecer diálogo pertinente com os gestores a fim de modificar processos assistenciais, gerenciais, entre outros. - Domina os sistemas de informação existentes na APS, de modo que tenha seu trabalho gerencial facilitado. - Modifica sua prática a partir de indicadores de qualidade assistencial disponíveis. 	 8 pontos

NÍVEL 5	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora estratégias para conciliar os diversos tipos de atendimento (atendimentos individuais e em grupo, visita domiciliar, tarefas administrativas), como lista de pacientes, estratificação de risco, vulnerabilidade. Além disso, é capaz de liderar a modificação de processos no serviço em que atua para implementar as estratégias propostas. - Implementa estratégias extra-ambulatoriais para lidar com usuários hiperfrequentadores, como capacitação de equipe multidisciplinar e ACS sobre temas como iatrogenia, prevenção quaternária, negociação e estabelecimento de prioridades de cuidado. - Consegue estabelecer diálogo pertinente com os gestores a fim de modificar processos assistenciais, gerenciais, entre outros. - Emergia problemas no sistema de informação utilizado no serviço, propondo mudanças para melhorar o cuidado ao paciente. - Diagnostica e implementa modificações de processo de trabalho no serviço a partir da análise de indicadores de qualidade assistencial disponíveis. 	 10 pontos
---------	--	--







5 - Trabalho em equipe multidisciplinar

NÃO ATINGE O NÍVEL 1		 0 pontos
NÍVEL 1	- Não pensa na possibilidade de intervenção de outros profissionais na condução dos casos.	 2 pontos
NÍVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece alguns casos em que seria importante a intervenção de equipe multiprofissional, levando essas situações para discussão com a preceptoria. - Acompanha o atendimento de profissionais da equipe multiprofissional eventualmente. 	 4 pontos
NÍVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> - Planeja com o preceptor intervenções multiprofissionais, acompanhando atendimento matriciado dos pacientes do preceptor. - Aproveita os momentos com outros profissionais tirar dúvidas sobre seu escopo de prática. - Participa de intervenções comunitárias, sabendo trabalhar em equipe e se inserir na hierarquia já estabelecida no serviço. 	 6 pontos
NÍVEL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora planos terapêuticos considerando a importância de outros profissões não médicas, discutindo com os outros profissionais de modo respeitoso e técnico. - Aproveita os momentos com outros profissionais para aprender e para identificar novas oportunidades de atuação conjunta. - Mobiliza a equipe para a realização de intervenções comunitárias, sabendo liderar e ser liderado em grupos educativos, visitas domiciliares, ações de vigilância epidemiológica, entre outros. 	 8 pontos
NÍVEL 5	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora planos terapêuticos em conjunto com os outros profissionais, construindo objetivos e métodos de cuidado de acordo com a problemática trazida por cada colega de trabalho. - Cria momentos de prática multiprofissional para gestão de casos complexos (reuniões clínicas, por exemplo), de maneira que todos os profissionais sejam como protagonistas nas trocas de conhecimentos e experiências. - Mobiliza a equipe e a gestão local para a realização de intervenções comunitárias, sabendo liderar e ser liderado em grupos educativos, visitas domiciliares, ações de vigilância epidemiológica, entre outros. 	 10 pontos







6 – Atenção a Problemas Crônicos

NÃO ATINGE O NÍVEL 1		 0 pontos
NÍVEL 1	<ul style="list-style-type: none"> - Não considera o uso da Medicina Centrada na Pessoa na consulta. - Faz abordagem de problemas crônicas centrada na doença, estabelecendo como agenda da consulta corretos diagnóstico e tratamento. - Trata sintomas inespecíficos com abordagem centrada na doença, com intervenções desnecessárias frequentes. - Não considera o uso de práticas integrativas. - Encaminha a outros pontos de atenção os procedimentos ambulatoriais passíveis de realização na Atenção Primária à Saúde. 	 2 pontos
NÍVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Entende a importância da Medicina Centrada na Pessoa, discutindo maneiras de entregá-la com o preceptor. - Faz abordagem de problemas crônicas predominantemente centrada na doença, com intervenções integrais pontuais em pacientes muito graves (cuidados paliativos, acamados). - Trata sintomas inespecíficos com abordagem predominantemente centrada na doença, sendo capaz de negociar com o paciente em alguns momentos. - Considera importante o uso de práticas integrativas, porém não se julga habilitado a identificá-los. - Auxilia o preceptor em procedimentos ambulatoriais. 	 4 pontos
NÍVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> - Emprega adequadamente o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) em casos selecionados pelo preceptor. Nesse momento, separa consultas especificamente para a aplicação do método. - Comunica de maneira eficaz e centrada na pessoa informações sobre tratamento, não julgando de igual importância explicações pormenorizadas sobre diagnóstico, autocuidado, entre outros. - Faz abordagem integral de doenças crônicas, utilizando adequadamente os conceitos e ferramentas de Medicina Baseada em Evidências. Contudo, não consegue aplicar a prevenção quaternária rotineiramente. - Maneja de forma satisfatória sintomas gerais e inespecíficos, com exclusão de sinais de alerta. Contudo, não usa adequadamente a demora permitida, fazendo investigações por vezes dispensáveis. - Conhece as Práticas Integrativas Complementares, discutindo com o preceptor a indicação para determinados pacientes. 	 6 pontos
NÍVEL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Emprega adequadamente o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), considerando-se pertinência, desenvoltura, capacidade para utilização de partes da ferramenta de acordo com o problema apresentado pela pessoa, entre outros. - Comunica de maneira eficaz e centrada na pessoa informações sobre diagnóstico, plano terapêutico, complicações, efeitos adversos do tratamento, seguimento e autocuidado. - Faz abordagem integral de doenças crônicas, considerando todos os níveis de prevenção (primária a quaternária) e utilizando adequadamente os conceitos e ferramentas de Medicina Baseada em Evidências. - Maneja de forma satisfatória sintomas gerais e inespecíficos, com exclusão de sinais de alerta e uso adequado da demora permitida. - Conhece as Práticas Integrativas Complementares, estando apto a indicá-las se achar necessário. - Realiza procedimentos ambulatoriais (inserção e retirada de DIU, cauterização de verrugas, resseção de lipoma, entre outros), com uso adequado de materiais cirúrgicos e EPI, correta comunicação com o paciente antes e durante a pequena cirurgia, correto preenchimento de TCLE. 	 8 pontos
NÍVEL 5	<ul style="list-style-type: none"> - Emprega adequadamente o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), considerando-se pertinência, desenvoltura, capacidade para utilização de partes da ferramenta de acordo com o problema apresentado pela pessoa, entre outros. Além disso, preocupa-se em se aprofundar nos fundamentos teóricos do assunto, inserindo o método prático em um conjunto maior de conhecimentos com identidade histórica. - Comunica de maneira eficaz e centrada na pessoa informações sobre diagnóstico, plano terapêutico, complicações, efeitos adversos do tratamento, seguimento e autocuidado. Além disso, preocupa-se em se aprofundar nos fundamentos teóricos do assunto, inserindo o método prático em um conjunto maior de conhecimentos com identidade histórica. - Faz abordagem integral de doenças crônicas, considerando todos os níveis de prevenção (primária a quaternária) e utilizando adequadamente os conceitos e ferramentas de Medicina Baseada em Evidências. Além disso, é capaz de criticar com propriedade estudos originais, dominando conceitos essenciais de saúde coletiva e epidemiologia clínica. - Maneja de forma satisfatória sintomas gerais e inespecíficos, com exclusão de sinais de alerta e uso adequado da demora permitida. Além disso, domina alguma técnica de psicoterapia apropriada para o cuidado dos pacientes sem diagnóstico orgânico ou com pouca melhora com tratamentos medicamentosos. - Aplica alguma Prática Integrativa Complementar na sua prática clínica. - Realiza procedimentos ambulatoriais (inserção e retirada de DIU, cauterização de verrugas, resseção de lipoma, entre outros), com uso adequado de materiais cirúrgicos e EPI, correta comunicação com o paciente antes e durante a pequena cirurgia e correto preenchimento de TCLE. Além disso, domina algum procedimento específico de outro nível de atenção, como infiltração de articulações, agulhamento seco, entre outros. 	 10 pontos


7 – Atenção a problemas agudos

NÃO ATINGE O NÍVEL 1		 0 pontos
NÍVEL 1	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta dificuldade em reconhecer e discutir casos de urgências e emergências médicas. - Conhece parcialmente os processos e insumos necessários para o atendimento inicial de urgências e emergências na APS. - Encaminha a outros serviços procedimentos de urgência de baixa complexidade (retirada de berne, sutura). 	 2 pontos
NÍVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece casos de urgência e emergência e discute adequadamente com o preceptor. - Conhece os processos e insumos necessários para o atendimento inicial de urgências e emergências na APS. - Realiza procedimentos de urgência de baixa complexidade (retirada de berne, sutura) sob supervisão do preceptor. 	 4 pontos
NÍVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostica, faz o primeiro atendimento e referencia adequadamente urgências e emergências clínicas, pediátricas, psiquiátricas e obstétricas sob supervisão do preceptor. - Discute com o preceptor a epidemiologia local em situações como intoxicações, acidentes de trabalho e acidentes com animais peçonhentos. - Conhece os insumos (cilindro de oxigênio, máscaras, ambus, tubos de intubação orotraqueal, sala adequada) existentes no serviço para o correto atendimento de situações de urgência e emergência. - Faz procedimentos de urgência de baixa complexidade (retirada de berne, sutura) e conhece todos os passos do Suporte Básico de Vida (SBV) em crianças e adultos. 	 6 pontos
NÍVEL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostica, faz o primeiro atendimento e referencia adequadamente urgências e emergências clínicas, pediátricas, psiquiátricas e obstétricas de maneira autônoma. - Aplica conhecimentos sobre a epidemiologia local em situações como intoxicações, acidentes de trabalho e acidentes com animais peçonhentos. - Conhece os processos (estratificação de risco, treinamento da equipe de enfermagem) e insumos (cilindro de oxigênio, máscaras, ambus, tubos de intubação orotraqueal, sala adequada) existentes no serviço para o correto atendimento de situações de urgência e emergência. - Faz procedimentos de urgência de baixa complexidade (retirada de berne, sutura) e executa satisfatoriamente todos os passos do Suporte Básico de Vida (SBV) em crianças e adultos. 	 8 pontos
NÍVEL 5	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostica, faz o primeiro atendimento e referencia adequadamente urgências e emergências clínicas, pediátricas, psiquiátricas e obstétricas de maneira autônoma. Além disso, é capaz de manejar a maioria das emergências médicas em Hospitais de pequeno porte ou no Pronto Socorro. - Aplica conhecimentos sobre a epidemiologia local em situações como intoxicações, acidentes de trabalho e acidentes com animais peçonhentos. Além disso, intervém sobre os determinantes de adoecimento agudo em sua comunidade de trabalho. - Conhece os processos (estratificação de risco, treinamento da equipe de enfermagem) e insumos (cilindro de oxigênio, máscaras, ambus, tubos de intubação orotraqueal, sala adequada) existentes no serviço para o correto atendimento de situações de urgência e emergência. Além disso, é capaz de prever os problemas nas situações de emergência, modificando processos e requerendo novos insumos. - Faz procedimentos de urgência de baixa complexidade (retirada de berne, sutura) e executa satisfatoriamente todos os passos do Suporte Básico de Vida (SBV) em crianças e adultos. Além disso, domina o Suporte Avançado de Vida (SAV) em adultos, com manutenção adequada de via aérea avançada (máscara laringea, intubação orotraqueal). 	 10 pontos

8 – Atenção à Saúde Infantil

NÃO ATINGE O NÍVEL 1		 0 pontos
NÍVEL 1	<ul style="list-style-type: none"> - Faz consultas de puericultura clássica, centradas em dados antropométricos e outras variáveis mensuráveis. Necessita de apoio do preceptor nessas consultas. - Conhece pouco sobre saúde infantil, manejando somente situações agudas de baixa gravidade (ivas, diarreia aguda). - Reconhece situações com possibilidade de maus tratos e negligência, acionando recursos da rede para o cuidado integral da criança ou adolescente em sofrimento. 	 2 pontos
NÍVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Faz consultas de puericultura clássica, centradas em dados antropométricos e outras variáveis mensuráveis. Não necessita do apoio do preceptor nessas consultas. - Apresenta bom conhecimento sobre saúde infantil, manejando situações agudas e crônicas prevalentes após discussão com o preceptor. - Reconhece situações de maus tratos e negligência em quadros evidentes (lesões corporais), levando o caso para discussão. 	 4 pontos
NÍVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> - Faz consultas de puericultura com abordagem integral, dando importância tanto para as questões mensuráveis clássicas (dados antropométricos, imunizações, amamentação, alimentação, desenvolvimento neuropsicomotor e prevenção de acidentes) quanto para o vínculo estabelecido com a criança e sua família. Necessita de apoio da preceptoria nessas consultas. - Maneja os problemas mais frequentes da infância e adolescência, com domínio de anamnese, exame físico, exames complementares, drogas mais comuns na infância e na lactação. - Reconhece situações de maus tratos e negligência em quadros evidentes (lesões corporais), acionando recursos da rede para o cuidado integral da criança ou adolescente em sofrimento. 	 6 pontos
NÍVEL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Faz consultas de puericultura com abordagem integral, dando importância tanto para as questões mensuráveis clássicas (dados antropométricos, imunizações, amamentação, alimentação, desenvolvimento neuropsicomotor e prevenção de acidentes) quanto para o vínculo estabelecido com a criança e sua família. - Maneja os problemas mais frequentes da infância e adolescência, com domínio de anamnese, exame físico, exames complementares, drogas mais comuns na infância e na lactação. - Reconhece situações não óbvias (mau rendimento escolar, choro constante, depressão) com possibilidade de maus tratos e negligência, acionando recursos da rede para o cuidado integral da criança ou adolescente em sofrimento. 	 8 pontos
NÍVEL 5	<ul style="list-style-type: none"> - Faz consultas de puericultura com abordagem integral, dando importância tanto para as questões mensuráveis clássicas (dados antropométricos, imunizações, amamentação, alimentação, desenvolvimento neuropsicomotor e prevenção de acidentes) quanto para o vínculo estabelecido com a criança e sua família. Além disso, é capaz de planejar e executar ações coletivas que hajam nos determinantes de adoecimento das crianças e adolescentes (por exemplo, grupo de pais para discussão de problemas na infância). - Maneja os problemas mais frequentes da infância e adolescência, com domínio de anamnese, exame físico, exames complementares, drogas mais comuns na infância e na lactação. Além disso, reconhece situações que exigem cuidados de serviços especializados. - Reconhece situações não óbvias (mau rendimento escolar, choro constante, depressão) com possibilidade de maus tratos e negligência, acionando recursos da rede para o cuidado integral da criança ou adolescente em sofrimento. Além disso, consegue planejar e executar ações intersetoriais para agir nos determinantes sociais desse tipo de agravos. 	 10 pontos

9 Atenção à saúde da mulher

NÃO ATINGE O NÍVEL 1		 0 pontos
----------------------	--	---

NÍVEL 1	<ul style="list-style-type: none"> - Conhece problemas sexuais que necessitam de tratamento medicamentoso, como disfunção erétil e atrofia vaginal. - Conhece os métodos contraceptivos existentes no SUS. - Faz atendimento pré-natal de baixo risco com auxílio da preceptoria no exame físico específico (altura uterina, exame ginecológico, ausculta dos batimentos cardíofetais). - Faz atendimento puerperal centrado em queixas físicas como sangramento e amamentação com auxílio da preceptoria. - Reconhece a importância da abordagem da violência contra a mulher na APS. 	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>2 pontos</p>
NÍVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Aborda problemas sexuais que necessitam de tratamento medicamentoso quando solicitado pelo paciente, necessitando de ajuda do preceptor para condução do caso. - Prescreve os métodos contraceptivos existentes no SUS, quando solicitado pela paciente, após discussão com a preceptoria. - Faz atendimento pré-natal de baixo risco após discussão de caso com preceptoria. - Faz atendimento puerperal centrado em queixas físicas como sangramento e amamentação - Discute com a preceptoria condutas para a abordagem da violência contra a mulher na APS. 	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>4 pontos</p>
NÍVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> - Maneja as principais disfunções sexuais de mulheres e homens heterossexuais. - Faz planejamento familiar efetivo a partir da solicitação da paciente, respeitando seus desejos. - Faz atendimento pré-natal de baixo e alto risco, sendo este último realizado em conjunto com o serviço de Obstetria de alto risco. Além disso, atende adequadamente as principais intercorrências da gestação e reconhece situações de pronto encaminhamento à maternidade. - Faz atendimento adequado do puerpério e suas principais intercorrências, com encaminhamento à maternidade se necessário. - Atua intersetorialmente em situações de violência contra a mulher, acolhendo a mulher em risco e acionando os principais pontos da rede de atenção para o cuidado desse problema. 	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>6 pontos</p>
NÍVEL 4	<ul style="list-style-type: none"> - Maneja as principais disfunções sexuais de mulheres e homens homo e heterossexuais, transexuais, profissionais do sexo e gestantes. - Faz planejamento familiar efetivo, oferecendo os métodos disponíveis de acordo com as necessidades e desejos da paciente. - Faz atendimento pré-natal de baixo risco de forma independente. - Faz atendimento adequado do puerpério e suas principais intercorrências, com necessidade de ajuda da preceptoria em casos mais complexos. - Atua individualmente em situações de violência contra a mulher, acolhendo e orientando a mulher em risco, com apoio às suas decisões. 	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>8 pontos</p>
NÍVEL 5	<ul style="list-style-type: none"> - Maneja as principais disfunções sexuais de mulheres e homens homo e heterossexuais, transexuais, profissionais do sexo e gestantes. - Faz planejamento familiar efetivo, oferecendo os métodos disponíveis de acordo com as necessidades e desejos da paciente. Além disso, faz contracepção de emergência quando necessário. - Faz atendimento pré-natal de baixo e alto risco, sendo este último realizado em conjunto com o serviço de Obstetria de alto risco. Além disso, atende adequadamente as principais intercorrências da gestação e reconhece situações de pronto encaminhamento à maternidade. - Faz atendimento adequado ao puerpério e suas principais intercorrências, com encaminhamento à maternidade se necessário. - Atua intersetorialmente em situações de violência contra a mulher, acolhendo a mulher em risco e acionando os principais pontos da rede de atenção para o cuidado desse problema. 	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>10 pontos</p>

APÊNDICE II – FEEDBACK DO INSTRUMENTO

	FEEDBACK DOS INSTRUMENTOS
---	---------------------------

Para fidelidade e reprodutibilidade pedimos por gentileza que avalie as perguntas de 1 a 10 em relação aos instrumentos propostos para avaliação de competências na Residência de Medicina de Família e Comunidade.

1. Quanto à clareza o instrumento é:

Muito claro

Claro

Pouco claro

Não é claro

2. O instrumento atinge o objetivo proposto*?

Atinge perfeitamente

Atinge

Atinge parcialmente

Não atinge

3. É possível o avaliador aplicar os instrumentos para cada residente individualmente?

Sim, é possível.

É possível, dependendo do número residentes.

É impossível.

4. A quantidade de competências avaliadas é adequada?

Tem uma quantidade adequada

Tem uma quantidade razoável

Tem muitas perguntas

Tem uma quantidade exagerada de perguntas

5. Como você avaliaria o conteúdo contido no instrumento de avaliação? É capaz de avaliar as competências necessárias na Residência de Medicina de Família e Comunidade?

Ótimo

Bom

Ruim

Péssimo

5. O instrumento de avaliação por competências permite que o avaliador atribua uma nota ao residente de forma clara?

SIM

NÃO

Se NÃO, porquê?

6. Quanto ao formato de apresentação (layout) do instrumento:

Muito bem apresentado

Bem apresentado

A apresentação é razoável

Não achei o layout adequado

7. Você achou fácil de aplicar o instrumento e aplicaria na avaliação de residentes de Medicina de Família e Comunidade?

SIM

Porquê?

NÃO

Porquê?

APÊNDICE III – FEEDBACK PARA CADA ITEM

	FEEDBACK PARA CADA ITEM
---	--------------------------------

Para fidelidade e reprodutibilidade do protocolo de acolhimento por gentileza responda as perguntas a seguir:

Item 1 - Saúde Coletiva - Avalie este item quanto ao nível de compreensão:

- Avalie se este item contém informações úteis:

COMPREENDI	SIM	
	NÃO	
INFORMAÇÃO ÚTIL	SIM	
	NÃO	

Item 2 - abordagem familiar e comunitária

- Avalie este item quanto ao nível de compreensão:
- Avalie se este item contém informações úteis:

INFORMAÇÕES CLARA	SIM	
	NÃO	
INFORMAÇÕES ÚTEIS	SIM	
	NÃO	

Item 3 - raciocínio clínico

- Avalie este item quanto ao nível de compreensão:
- Avalie se este item contém informações úteis:

COMPREENDI	SIM	
	NÃO	
	SIM	

APLICARIA	NÃO	
------------------	------------	--

Item 4 - Competências gerais

- Avalie este item quanto ao nível de compreensão:
- Avalie se este item contém informações úteis:

COMPREENDI	SIM	
	NÃO	
APLICARIA	SIM	
	NÃO	

Item 5 - trabalho em equipe

- Avalie este item quanto ao nível de compreensão:
- Avalie se este item contém informações úteis:

COMPREENDI	SIM	
	NÃO	
APLICARIA	SIM	
	NÃO	

Item 6 - atenção a problemas crônicos

- Avalie este item quanto ao nível de compreensão:
- Avalie se este item contém informações úteis:

COMPREENDI	SIM	
	NÃO	
APLICARIA	SIM	
	NÃO	

Item 7 - atenção a problemas agudos

- Avalie este item quanto ao nível de compreensão:
- Avalie se este item contém informações úteis:

INFORMAÇÃO ÚTIL	SIM	
	NÃO	
APLICARIA	SIM	
	NÃO	

Item 8 - atenção à saúde infantil

- Avalie este item quanto ao nível de compreensão:
- Avalie se este item contém informações úteis:

COMPREENDI	SIM	
	NÃO	
INFORMAÇÃO ÚTIL	SIM	
	NÃO	

Item 9 - atenção à saúde da mulher

- Avalie este item quanto ao nível de compreensão:
- Avalie se este item contém informações úteis:

COMPREENDI	SIM	
	NÃO	
INFORMAÇÃO ÚTIL	SIM	
	NÃO	

Em relação aos itens você tem alguma sugestão?
