

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

OS OLHARES DOS DISTINTOS ATORES NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO
MÉDICO RESIDENTE EM PROGRAMAS DE CLÍNICA MÉDICA

Curitiba

2017

LUIZ CARLOS TOSO

OS OLHARES DOS DISTINTOS ATORES NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO
MÉDICO RESIDENTE EM PROGRAMAS DE CLÍNICA MÉDICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador Prof. Dr. Juliano Mendes de Souza

Curitiba

2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUIZ CARLOS TOSO

OS OLHARES DOS DISTINTOS ATORES NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO
MÉDICO RESIDENTE EM PROGRAMAS DE CLÍNICA MÉDICA

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Prof. Dra. Juliano Mendes de Souza (Orientador)
Faculdades Pequeno Príncipe

Prof. Dra. Elaine Rossi Ribeiro
Faculdades Pequeno Príncipe

Prof. Dra. Rosa Maria Rodrigues
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

Curitiba

2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe Iracy e a minha esposa Beatriz e minhas filhas Gabriela e Ana Luiza.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha esposa Beatriz pelo auxílio na parte técnica de redação do texto e normas da ABNT. Pelo estímulo e acompanhamento constante na construção da dissertação, o qual foi fundamental para realização e finalização do trabalho.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Juliano M. de Souza, pelo tempo dedicado as leituras e orientações do texto produzido, com suas correções pertinentes e sabedoria na condução do trabalho.

Agradeço a Profa. Dra. Elaine R. Ribeiro, pelo incentivo na condução dessa temática de estudo, desde o cursar de disciplinas até as contribuições na banca de avaliação.

Agradeço a Profa. Dra. Isabel C. M. M. Coelho, por suas contribuições na fase de elaboração do projeto, especificamente pela sugestão de utilizar a técnica de grupo focal para obtenção dos dados.

Agradeço a profa. Dra. Rosa M. Rodrigues por ter aceitado prontamente a tarefa de avaliação desse trabalho e pelas contribuições sugeridas na banca de avaliação.

Agradeço aos envolvidos nos programas de residência em clínica médica que aceitaram fazer parte do estudo, sem os quais esse trabalho não teria sido possível.

EPÍGRAFE

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.

Paulo Freire

RESUMO

INTRODUÇÃO: Este estudo enfoca a formação do médico residente, especificamente no que diz respeito a avaliação desses profissionais em programas de residência em clínica médica. **OBJETIVO:** compreender o processo de avaliação do médico residente em programas de clínica médica sob o olhar dos distintos atores. **MÉTODO:** Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, cuja coleta de dados ocorreu em dois programas de residência de clínica médica, um em instituição pública e outro privado. Os participantes da pesquisa compreenderam: os coordenadores dos dois programas, oito preceptores (cinco da instituição pública e três da privada) e os médicos residentes (12 na instituição pública e três na privada). A coleta de dados foi por meio de grupo focal e entrevista, as quais foram gravadas, com auxílio de anotações de texto simultâneas. As entrevistas foram transcritas, analisadas, comparadas ao texto das anotações simultâneas e organizadas para reflexão por meio de análise de conteúdo. **RESULTADOS:** as informações obtidas foram agrupadas em duas unidades de análise: “a avaliação do médico residente sob os pontos de vista dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de avaliação” e “a subjetividade na avaliação de valores, atitudes e comportamentos”. Encontrou-se disparidade entre os olhares dos alunos e preceptores quanto a avaliação na formação profissional, subjetividade na avaliação, ausência de regras claras e de conhecimento de todos os envolvidos, remetendo a fragilidade no processo avaliativo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É preciso adotar, nesta formação profissional na área de saúde, estratégias de avaliação estruturadas, em variadas formas de apresentação, com os aspectos da avaliação descritos, com os critérios adotados e as devidas atribuições de conceitos qualitativos ou quantitativos, que permitam aos indivíduos o conhecimento do processo avaliativo.

Palavras-chave: Avaliação. Avaliação Educacional. Avaliação de Desempenho Profissional. Estudos de Avaliação como Assunto. Estudos de Avaliação.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Formas de avaliação	22
Figura 2 – Esquema de revisão da literatura	30
Figura 3 – Esquema de desenvolvimento da análise	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos básicos e considerações fundamentais sobre avaliação do estudante de medicina.....	23
Quadro 2 – Principais funções de avaliação do estudante	24
Quadro 3 – Atributos dos métodos de avaliação do estudante	26
Quadro 4 – Características dos programas de residência em clínica médica quanto a carga horária, tempo de duração, período de aulas, perfil do profissional e disciplinas	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos residentes entrevistados	39
Tabela 2 – Características dos coordenadores entrevistados	41
Tabela 3 – Características dos preceptores entrevistados	42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIM – *American Boarding of Internal Medicine*
CEAPAC – Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEREM – Comissão Estadual de Residência Médica
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica
COREME – Comissão de Residência Médica
CRM – Conselho Regional de Medicina
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DOPCD – Diretrizes de Observação de Prática Clínica Diária
HIV – *Human Immunodeficiency Virus*
ITE – *In Training Examination*
LACEPE – Laboratório de Análises Clínicas, Ensino e Pesquisa
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC – Ministério da Educação
MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online / Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MTs – *Montly Tests*
OPR – *Operative Performance Rating*
OSCE – *Objective Structured Clinical Examination*
R1 – Residente do primeiro ano
R2 – Residente do segundo ano
SESu – Secretaria de Educação Superior
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI – Unidade de Cuidados Intermediários
USP – Universidade de São Paulo
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
WRNMMC – *Walter Reed National Military Medical Center*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Breve histórico da residência médica como formação em serviço	16
3.2Estratégias de avaliação utilizadas nos programas de residência médica .	21
4 METODOLOGIA	30
4.1 Tipo de pesquisa	30
4.2 Método para revisão de literatura	30
4.3 Local da pesquisa	32
4.4 Participantes da pesquisa	34
4.5 Técnicas de coleta de dados	35
4.6 Análise de dados	36
4.7 Forma de apresentação dos resultados	38
4.8 Questões éticas	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 Caracterização dos serviços e participantes do estudo	39
5.2 Unidade I – Resultados: A avaliação do médico residente sob os pontos de vista dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de avaliação	45
5.3 Unidade I – Discussão: A avaliação do médico residente sob os pontos de vista dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de avaliação	55
5.4 Unidade II – Resultados: A subjetividade na avaliação de valores, atitudes e comportamentos	64
5.5 Unidade II – Discussão: A subjetividade na avaliação de valores, atitudes e comportamentos	69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
7 REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE 1 – Instrumento de coleta de dados coordenadores	81
APÊNDICE 2 – Instrumento de coleta de dados preceptores	82
APÊNDICE 3 – Instrumento de coleta de dados residentes	84
APÊNDICE 4 – TCLE	85
ANEXO 1 – Aprovação do CEP	87

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa enfoca a formação do médico residente, especificamente no que diz respeito às formas de avaliação desses profissionais em programas de residência em clínica médica. Aborda-se um breve histórico da residência médica como instrumento de formação profissional em serviço no Brasil e as possíveis e atuais metodologias de avaliação.

Autores como Feuerwerker (1998), Botti e Rego (2010) tem abordado a fragilidade da formação médica no Brasil, a qual tem se evidenciado ao longo dos anos, com destaque para o aumento do número de cursos sem que a necessária qualidade acompanhe o número de vagas. Desse modo, as residências médicas têm suprido as deficiências da formação demonstradas durante a graduação. Nesse sentido, identificar o modo como os profissionais são avaliados, se apenas tecnicamente ou do ponto de vista da integralidade do cuidado e dos princípios éticos, pode contribuir com seu processo formativo.

Adota-se como conceito de avaliação o proposto por Zeferino e Passeri (2007), que mencionam três momentos para que ocorra, antes do ensino, para a qual se estabelece um diagnóstico do conhecimento prévio; durante o ensino, denominada formativa, cuja finalidade é dar retorno ao aluno sobre o processo de ensino e que pode ser proativa ou reativa; e, por fim, depois do ensino, denominada somativa, avaliando a progressão do aluno nas etapas.

Ainda, para que a avaliação ocorra com conhecimento de todos os envolvidos no processo, é necessário a adoção de estratégias, ferramentas, metodologias adequadas e claras, disponíveis antes, durante e após a avaliação. É preciso aprender a avaliar, pois os estudantes não vêm a escola para serem selecionados, mas sim para aprender, para obterem a formação, para transformarem-se. Há uma tendência em reproduzir o que se aprende como estudantes quando se está ensinando, sem refletir sobre essa conduta (LUCKESI, 2013).

Assim, nessa pesquisa, pretende-se conhecer as metodologias de avaliação que são utilizadas em dois programas distintos de formação do médico residente, com o intuito de contribuir com os processos formativos e refletir sobre as formas como

ocorre a progressão nos programas, sendo este o objeto do estudo, o qual será respondido a partir da questão norteadora central: como é feita a avaliação do médico residente em dois programas de residência em clínica médica?

Parte-se do pressuposto de que as formas de avaliação nos programas de residência em clínica médica não estão claramente estabelecidas em relação às possibilidades teóricas (avaliação diagnóstica, formativa, processual e somativa) e ao retorno dado aos médicos residentes, bem como quanto ao uso de instrumentos formalmente estabelecidos para avaliação da progressão dos estudantes ao longo do processo de formação no trabalho.

Há necessidade de conhecer se os programas de residência seguem o que preconiza a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), nos seus artigos 13 e 14, da Resolução nº 02/2006, em que prevê a avaliação periódica do residente, no mínimo a cada trimestre, seja por prova oral ou escrita, prática, ou escala de atitudes, se exige ou não monografia para conclusão do curso, se excede o que é pedido pela CNRM (BRASIL, 2011). Ainda, com a LEI Nº 12.871/2013- MS/MEC (BRASIL, 2013) há mudanças na forma de realização da residência médica, com data prevista para adequações dos cursos de formação até 2018.

Segundo Botti (2009), o processo de ensino-aprendizagem durante a residência médica é ainda pouco estudado. O autor afirma que a maioria dos trabalhos existentes discute, quase exclusivamente, a titulação do corpo docente, as condições de trabalho dos residentes e a organização dos programas. O conteúdo da formação, como deve ser esse processo, como os residentes aprendem e o que eles aprendem ainda é pouco discutido, o que motiva a realização desse estudo.

Esta pesquisa busca responder se a avaliação médica durante o programa de residência é realizada, em que momento durante a formação, e como é feita.

2 OBJETIVOS

Geral:

Compreender o processo de avaliação do médico residente em programas de clínica médica sob o olhar dos distintos atores.

Específicos:

- Descrever as características dos programas de residência médica do estudo;
- Analisar as metodologias de avaliação do médico residente, adotadas pelos programas de residência em clínica médica do estudo;
- Comparar as distintas metodologias de avaliação adotadas entre os programas estudados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Breve histórico da residência médica como formação em serviço

Em 1889 iniciou-se a formação médica em serviço a título de especialização no formato residência médica, no departamento de cirurgia da Universidade John's Hopkins, sendo considerada a primeira residência médica. Em 1927, a Associação Médica Americana instituiu a residência médica (BOTTI, 2009). Atualmente, no Brasil, a residência médica é considerada padrão ouro nos cursos de especialização da área médica, pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2011).

A residência médica, segundo Machado (1997), pressupõe dedicação exclusiva, bem como trabalho e envolvimento no cotidiano do local em que se desenvolve a formação. A ideia desse tipo de formação implica envolvimento integral com as atividades realizadas rotineiramente pelo staff médico e acompanhadas pelo residente, possibilitando, assim, a vivência clínica. A importância da residência pode ser compreendida pelo papel central que a experiência clínica tem na formação desse profissional e pela reconhecida deficiência das escolas médicas na promoção dessa prática.

No país, o primeiro programa oficial de residência médica estabeleceu-se no departamento de ortopedia da Universidade de São Paulo (USP), e no Rio de Janeiro, em 1948, no hospital dos servidores do Estado do Rio de Janeiro. Em função da baixa remuneração, no máximo 10% dos recém-formados procuravam a residência médica (BOTTI, 2009). Depois desse período inicial, houve crescimento progressivo e descontrolado, com os residentes sendo usados como mão de obra, sem preocupação com sua formação, como era a ideia original (HORII, 2013).

Na década de 1970 houve expansão dos cursos superiores e grande desenvolvimento técnico-científico. Em consonância, havia baixa remuneração do médico generalista, pressão da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, resultando em maior "status" profissional para os especialistas com residência médica (BOTTI, 2009).

Como decorrência do aumento no número de escolas, o qual não veio acompanhado de treinamento prático nas faculdades, devido a debilidade das escolas

novas e a fragmentação do ensino e da formação, houve incentivo oficial do setor educação para expansão dos serviços de residência. Isto ainda na década de 1970, devido ao aumento do número de cursos de graduação, provocou o surgimento de alguns bons programas, outros totalmente desvirtuados, que apareceram devido a não regulamentação das residências médicas e não regulação e ao próprio crescimento desordenado. Na verdade, em alguns hospitais eram oferecidas oportunidades de “trabalhar” para os recém-formados, supostamente sob supervisão e com baixa remuneração (BOTTI, 2009).

Entretanto, todo esse movimento em direção à especialização, ao mesmo tempo em que trouxe aprofundamento do conhecimento técnico, trouxe também a fragmentação do atendimento, não privilegiando a atuação integral no cuidado ao paciente (RIBEIRO, 2011).

Na década de 1970 os médicos residentes iniciaram uma intensa luta política pelo aprimoramento da residência, mirando com isso a sua função primordial, que é o ensino e trabalho, reafirmando sua característica peculiar de ser, ao mesmo tempo, modalidade de trabalho e de formação (BOTTI, 2009). Em 1977, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) pelo Ministério da Educação (MEC), que passou a regulamentar a residência médica, atendendo a reivindicação dos próprios médicos residentes, mostrando a residência médica como uma questão social e de trabalho, não apenas de ensino (RIBEIRO, 2011).

No artigo primeiro do decreto 80.281, de 1977 (BRASIL, 1977), que criou a CNRM, a modalidade é descrita da seguinte forma: “a residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação a médicos, sob forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde universitárias ou não, sob a orientação de professores médicos de elevada qualificação ética e profissional”.

Em julho de 1981, foi sancionada a Lei 6.932 que dispõe sobre as atividades do médico residente, suprime a expressão “em regime de dedicação exclusiva”, torna obrigatório o processo de seleção para ingresso nos programas, regulamenta o contrato de matrícula, o valor da bolsa, a obrigatoriedade de alojamento e de alimentação, a licença maternidade, a carga horária prática e teórica, a folga semanal, estabelecendo ainda a conferência de título de especialista aos egressos do programa, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais de Medicina (CRM) (BRASIL, 1981).

A CNRM, em 1987, criou as comissões estaduais de residência médica, compartilhando as responsabilidades de gestão e coordenação dos programas (RIBEIRO, 2011). A partir desse ato, constituem-se as Comissões de Residência Médica (COREME), nos municípios em que havia residências médicas. Essas comissões, segundo a autora citada, constituíram-se de médicos residentes, supervisores dos programas e direção das instituições.

A partir de então, surgiram várias resoluções no sentido de estabelecer os requisitos mínimos para os programas. Essas normas são relativas ao tempo de duração, aos conteúdos mínimos, as atividades teórico-complementares, à estrutura, equipamento e organização necessários a instituição, ao treinamento em urgências e emergências, ao sistema de avaliação periódico dos residentes e a supervisão do treinamento (BOTTI, 2009).

Em 2011 tem-se a publicação do decreto nº. 7.562, em 15 de setembro (BRASIL, 2011), o qual atualiza o decreto nº 80.281, de 1977, dispondo sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica, sendo a regulamentação vigente para as residências médicas no país.

A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada a médicos, caracterizada como treinamento em serviço, cujo funcionamento é responsabilidade das instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de um preceptor, definido como um profissional médico capacitado. Esta formação é coordenada pela CNRM, instância credenciadora dos programas nacionais de residência médica, a qual tem as seguintes competências, de acordo com Ribeiro (2011, p. 11):

I) Interpretar o Decreto nº 80.281 e estabelecer normas visando a sua aplicação; II) Adotar e propor medidas visando a adequação da Residência Médica ao Sistema Nacional de Saúde; III) Adotar e propor medidas visando a qualificação, consolidação ou expansão de programas de Residência Médica; IV) Adotar e propor medidas visando a melhoria das condições educacionais e profissionais de Médicos Residentes; V) Adotar e propor medidas visando a valorização do Certificado de Residências; VI) Promover e divulgar estudos sobre a Residência Médica; VII) Adotar e propor medidas visando a articulação da RM com o internato e com outras formas de pós-graduação.

De acordo com o decreto 7.562 (BRASIL, 2011, p. 3), o qual dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica, compete a CNRM:

I - credenciar e recredenciar instituições para a oferta de programas de residência médica; II - autorizar, reconhecer e renovar o reconhecimento de programas de residência médica; III - estabelecer as condições de funcionamento das instituições e dos programas de residência médica; e IV - promover a participação da sociedade no aprimoramento da residência médica no País.

A CNRM é vinculada à Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC). Integrando a estrutura institucional coordenadora das residências médicas no país, está a Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), com poder de decisão sobre os assuntos desse tipo de formação nos estados e distrito federal (RIBEIRO, 2011).

Em outubro de 2013, institui-se o Programa Mais Médicos, por meio da Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013), a qual altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, com impacto na formação por meio das residências médicas, pois estabelece a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa Lei determina a

reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos (BRASIL, 2013, p. 1).

Assim, em seu artigo quinto, define que os programas de residência médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas

equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior, meta a ser atingida até 2018, ofertando vagas nas seguintes modalidades: I) Medicina Geral de Família e Comunidade; e II) especialidades, com ingresso direto: “a) Genética Médica; b) Medicina do Tráfego; c) Medicina do Trabalho; d) Medicina Esportiva; e) Medicina Física e Reabilitação; f) Medicina Legal; g) Medicina Nuclear; h) Patologia; e i) Radioterapia” (BRASIL, 2013, p. 4).

Segundo a lei, o Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de dois anos, sendo que, o primeiro ano deste programa será obrigatório, a partir de 2018, para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica: “I - Medicina Interna (Clínica Médica); II - Pediatria; III - Ginecologia e Obstetrícia; IV - Cirurgia Geral; V - Psiquiatria; VI - Medicina Preventiva e Social” (BRASIL, 2013, p.5).

Segundo Chaves, Borges e Guimarães et al. (2013), os quais analisaram dados relativos a 2011, são ofertadas anualmente 4.222 vagas de residência médica no país, nas mais diversas modalidades, com predominância da região Sudeste, com mais de 50% das vagas. Quatro especialidades concentraram mais de 57% das vagas sendo: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia/Obstetrícia.

Ribeiro (2011) informa que existem 3.500 programas de residência médica credenciados, sediados em todas as unidades da federação, com exceção do Tocantins, ofertando 28.500 vagas em seu conjunto, sendo a maioria por instituições públicas. Chaves, Borges e Guimarães et al. (2013) avaliou 362 instituições de ensino com oferta de residência e diz que, em 2011, nestas, foram ofertadas 7.931 vagas, predominantes na região sudeste (42,8% dos editais e 66,7% das vagas), seguido de nordeste (16,4% dos editais) e sul (15%).

Segundo a legislação que normatiza a residência médica, em relação ao ensino, este se caracteriza por ser teórico-prático, com uma carga horária de 60 horas semanais. Os programas dos cursos de Residência Médica compreendem, em um mínimo de 10% (dez por cento) e em um máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos (BRASIL, 1981).

Sobre o ensino teórico prático, Feuerwerker (1998) afirma que é no processo de combinar conhecimentos teóricos adquiridos com experiência clínica que se encontra o sucesso da prática médica. Acrescenta que somente a experiência

adquirida na prática pode completar a formação do médico, pois é pela experiência clínica que o profissional se apropria dos doentes, não apenas da doença.

A autora reflete que a formação em residência médica segue o que se iniciou no internato, combinando a aquisição de conhecimentos especializados mediante treinamento prático em serviço. Ou seja, a diversidade de experiências práticas que a residência médica proporciona, associada à atividade teórica sistematizada e níveis crescentes de autonomia compõe uma etapa eficaz do treinamento profissional médico (FEUERWERKER, 1998).

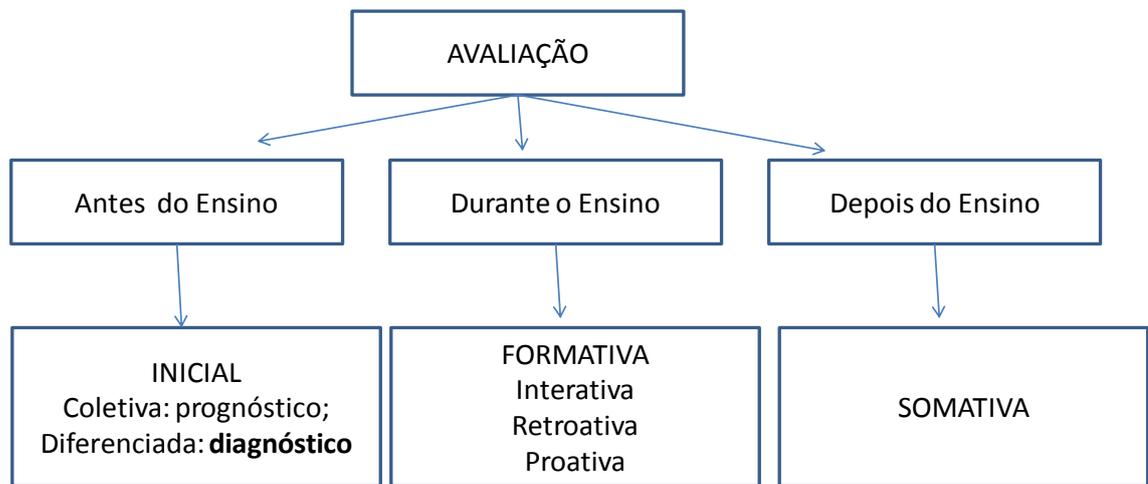
A oferta de vagas de residência médica no Brasil tem sido relevante a medida que complementa a formação, de acordo com Ribeiro (2011), pois tem havido um aumento no número de vagas em novos cursos de medicina, sem o correspondente e necessário aumento na qualidade da formação médica.

O perfil do profissional formado nas residências médicas é definido pelas características da instituição formadora, conectadas ao heterogêneo mercado de trabalho. As tendências do mercado interferem diretamente na demanda maior ou menor dos futuros residentes por determinadas especialidades. Tal fato implica em escassez de médicos em determinadas áreas e excesso de profissionais em outras (FEUERWERKER, 1998).

3.2 Estratégias de Avaliação Utilizadas nos Programas de Residência Médica

Antes de definir as estratégias de avaliação propriamente ditas, descreve-se as formas de avaliação, segundo Zeferino e Passeri (2007), as quais englobam a avaliação diagnóstica, a avaliação formativa e a avaliação somativa. Esta compreensão é corroborada por Jorba e Sanmartí (s/d), conforme a Figura 1.

Figura 1 – Formas de avaliação.



Fonte: ZEFERINO; PASSERI (2007).

A avaliação diagnóstica busca apreender se os alunos têm conhecimentos básicos e imprescindíveis às novas aprendizagens (ZEFERINO; PASSERI, 2007). Apreende-se os conhecimentos já adquiridos, as experiências pessoais, raciocínios e estratégias espontâneas, atitudes e hábitos adquiridos em relação à aprendizagem e as representações das tarefas propostas. Podem se utilizar estratégias de avaliação como: questionários abertos, de múltipla escolha, observação e entrevistas, entre outras possibilidades (JORBA; SANMARTÍ, s/d).

Especificamente sobre a avaliação médica, Troncon (2016), em seu ensaio sobre a avaliação programática no ensino médico, apresenta os domínios necessários na avaliação de sua educação, conforme Quadro 1.

QUADRO 1 – Conceitos básicos e considerações fundamentais sobre a avaliação do estudante de medicina.

AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE (Obtenção de informações para cumprir determinadas finalidades)		
ASPECTO	ELEMENTOS	CARACTERÍSTICAS
“O QUE?”	Conhecimentos, habilidades, competências, comportamento profissional.	Alinhamento com os processos de educação e treinamento e com os desfechos esperados.
“COMO?”	Escolha dos melhores métodos.	Atributos de validade, fidedignidade, equivalência, aceitabilidade, impacto educacional, efeito catalítico.
“ONDE?”	Considerar o ambiente e o contexto.	“Sala de aula”; “ambiente de simulação”; “ambiente de trabalho”.
“QUEM?”	Diferentes instâncias envolvidas.	Estudantes, professores, coordenadores de unidades curriculares, escola, instâncias externas.
“QUANDO?”	Em eventos específicos e a qualquer momento.	Continuidade, progresso, longitudinalidade.
“PARA QUÊ?”	Finalidades e funções.	Somativa, formativa, informativa ou diagnóstica.

FONTE: (TRONCON, 2016, p. 31).

A avaliação formativa é realizada no decorrer do curso para verificar se os alunos dominam gradativamente cada etapa desenvolvida. A concepção de ensino na qual se utiliza a avaliação formativa compreende que aprender é um processo por meio do qual o aluno vai reestruturando seu conhecimento a partir das atividades que executa. Pretende, principalmente, detectar pontos frágeis na aprendizagem, mais do que determinar quais os resultados obtidos com a aprendizagem ao seu final (JORBA; SANMARTÍ, s/d).

Somando-se a esse autor, Troncon (2016) apresenta a definição dos tipos de avaliação, no Quadro 2.

QUADRO 2 – Principais funções da avaliação do estudante.

FUNÇÃO	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
FORMATIVA	Os resultados da avaliação são utilizados para orientar a correção de deficiências e o reforço do aprendizado do estudante, bem como para estimular as capacidades de reflexão e de autoavaliação.	Eventos em que se observa o desempenho do estudante no cumprimento das suas atividades e tarefas, o que fornece elementos para discutir com ele os aspectos positivos e os que demandam aperfeiçoamento; caracterizada pela prática de comentários críticos construtivos (“devolutiva” ou “feedback”).
SOMATIVA	Os resultados dos procedimentos avaliativos são empregados para a tomada de decisões sobre o destino do estudante, em relação a sua progressão ao longo do curso.	Exames cujos resultados levam as instâncias competentes a decidir se o estudante concluiu satisfatoriamente uma determinada etapa da sua formação e se tem ou não condições de progredir para a etapa subsequente. Resultados de exames podem ser complementados por outras informações. Exames de seleção. Exames de licenciamento para exercício de funções a prática de profissões.
INFORMATIVA	Os resultados das avaliações servem para prover informações importantes sobre os processos educacionais e permitem atuar no controle da sua qualidade.	Exames cujos resultados são analisados com enfoque não no desempenho dos estudantes, mas no domínio dos conteúdos e das competências, de modo a permitir inferências sobre o ensino e, deste modo, poder levar a mudanças de rumos, visando seu aperfeiçoamento.

FONTE: (TRONCON, 2016, p. 32).

Por meio da avaliação formativa, se analisa se os alunos compreendem suas fragilidades e fortalezas e como se relacionam com elas. São diversos os tipos de instrumentos a disposição para essa forma de avaliação, tais como: *prova escrita* – verifica o domínio cognitivo adquirido; *prova oral* – identifica a capacidade reflexiva e crítica do estudante; *portfólio* – registra elementos significativos da progressão da aprendizagem, documentando as competências adquiridas ao longo do processo; *avaliações práticas* – avaliam o domínio psicomotor, observando a habilidade

apreendida por meio de simulações; *avaliação de competência na prática clínica* – observação de desempenho do estudante com pacientes reais, em que o professor acompanha o comportamento do estudante na prática clínica e emite uma avaliação conceitual; *conceito global* – ao final de um estágio, emite-se um conceito de forma retrospectiva, utilizando categorias para avaliar o desempenho, como conhecimentos, atitudes, valores e habilidades; *avaliação por pares* – fornece informações que não poderiam ser obtidas por outros métodos, no entanto é subjetiva e deve ser guiada por instrumento estruturado; e por fim, *a autoavaliação* – avalia a consciência da progressão da aprendizagem, desenvolve no aluno a habilidade para o pensamento crítico sobre suas atitudes no decorrer do curso (FRIEDMAN; RAIMO; SPIELMANN et al., 2016; IBLHER; ZUPANIC; OSTERMANN, 2015; KHAN; SIDDIQUI; THOTAKURA, et al., 2015; ORTIZ-SOLARTE; VENEGAZ-GÓMES; ESPINOZA-CONCHA, et al., 2015; PALAMARA; KAUFFMAN; STONE, et al., 2015; SANTOS, SALLES, 2015; SORDI; LOPES; DOMINGUES, et al., 2015; MAINTHIA; TARPLEY; DAVIDSON, et al., 2014; PIOVEZAN; CUSTÓDIO; CENDOROGLO, et al., 2010; SANDOVAL, VALENZUELA; MONGE, et al., 2010).

Na prática de aprendizagem médica, como no internato, o estudante desenvolve sua habilidade clínica durante o tempo do curso, sendo necessário observar não somente as habilidades cognitivas, mas também as habilidades práticas. Essa modalidade pode ser desenvolvida por meio da discussão de casos clínicos, em que a habilidade para realizar a história, o exame físico e a comunicação com o paciente são as mais importantes e eficazes ferramentas diagnósticas e terapêuticas (ZEFERINO; PASSERI, 2007).

A avaliação somativa é aquela realizada ao final do curso e que consiste em identificar se o estudante adquiriu competências necessárias para desenvolver novas etapas do processo de aprendizagem (ZEFERINO; PASSERI, 2007). Este tipo de avaliação tem a função de averiguar a aprendizagem efetivamente ocorrida, para a tomada de decisão sobre a progressão do estudante no processo de aprendizagem (WATANABE, 2002).

Ainda, a avaliação somativa é aquela que se realiza ao término de um processo de aprendizagem formal e classifica os alunos de acordo com níveis de aproveitamento preestabelecidos, tendo em vista sua progressão (UEL, 2016).

Destaca-se que as modalidades de avaliação se diferenciam mais pelos objetivos do que pelos instrumentos utilizados, pois o mesmo instrumento poderá ser

utilizado para diferentes modalidades de avaliação. A finalidade para que se coletou e analisou a informação é que determina o tipo de avaliação efetuada (JORBA; SANMARTÍ, s/d).

A avaliação, segundo Troncon (2016), apresenta atributos que devem ser observados, para avaliação do estudante de medicina, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Atributos dos métodos de avaliação do estudante.

ATRIBUTO	DEFINIÇÃO
VALIDADE	Caracterizada quando há evidências de que o que está sendo avaliado é exatamente aquilo que se pretende avaliar. É determinada pelo uso do método mais adequado, pelo alinhamento entre o que deve ser aprendido e o que é avaliado e pela amostragem de conteúdos e tarefas.
FIDEDIGNIDADE (CONFIABILIDADE)	Característica relacionada a objetividade, precisão e acurácia, que indicam a reprodutibilidade dos resultados. É determinada pelo adequado controle das variáveis internas e externas, capazes de influenciar os resultados da avaliação.
VIABILIDADE	É disponibilidade e boa utilização dos recursos materiais, humanos e de tempos existentes, necessários para que o emprego de um dado método de avaliação, nas melhores condições, seja bem-sucedido.
ACEITABILIDADE	Reconhecimento da avaliação por todos os partícipes como sendo pertinente, adequada e justa.
EQUIVALÊNCIA	Alta semelhança dos resultados de exames, mesmo quando o mesmo procedimento é aplicado para grupos diversos de estudantes, simultaneamente ou em curto intervalo de tempo.
IMPACTO EDUCACIONAL	Potencial de um procedimento avaliativo, pela sua própria existência ou pelo modo como é empregado, influenciar positiva ou negativamente os processos de ensino e aprendizado.
EFEITO CATALÍTICO	Potencial de os procedimentos avaliativos produzirem transformações positivas nas instituições, principalmente associadas à introdução de métodos ou sistemas inovadores, que exigem novos recursos ou capacitação e desenvolvimento docente.

FONTE: (TRONCON, 2016, p. 33).

Borges, Miranda e Santana et al. (2014) apresentam a avaliação formativa e somativa como formas complementares com objetivo de conhecer e garantir os melhores resultados de processos e programas educacionais. Abordam ainda que o *feedback* é atividade central da avaliação formativa, à medida que o retorno ao aluno, sobre seus avanços e dificuldades no processo de aprendizagem, o estimula às mudanças de comportamento necessárias para o progresso no processo educacional.

O *feedback* é apresentado como atividade estruturante da avaliação formativa, o qual deve ser compreendido como um processo no qual, tanto o professor quanto o aluno, se modificam nas atividades de ensinar e aprender, permitindo a criação de um ambiente propício a discussão de ideias e ao aprimoramento de habilidades. O *feedback* refere-se à informação que será dada ao aluno para descrever e avaliar seu desempenho em uma determinada atividade, comparando-se o resultado observado ao que era esperado que obtivesse, baseado em premissas pré-estabelecidas de competências a serem adquiridas (BORGES; MIRANDA; SANTANA, et al., 2014).

Entendendo a formação do especialista na residência médica como um processo de ensino-aprendizagem, todas essas possibilidades de avaliação poderão estar presentes. Santos, Silva e Magalhães et al. (2013), relataram a experiência do uso de portfólio como mecanismo de avaliação em programa de residência médica em medicina de família e comunidade, considerando essa uma forma de avaliação eficaz e abrangente, pois envolve os estudantes e professores de forma mais ampla e consegue mensurar habilidades e também as subjetividades do processo ensino-aprendizagem.

Como exemplo de instrumentos de avaliação em programas de residência médica, e considerando que uma medida válida de capacidade de desempenho operacional do médico residente requer observação direta, Williams, Verhulst e Mellinger et al. (2015), estudaram a aplicação de um instrumento com a finalidade de desenvolver avaliação de performance, denominado *Operative Performance Rating* (OPR). A finalidade do instrumento foi de simplificar as avaliações, atrapalhar minimamente o trabalho do avaliador e ser preenchido imediatamente após a observação. Foi testado num programa de residência médica em cirurgia, comparando esse tipo de avaliação, com avaliação padrão-ouro previamente estabelecida. Concluíram com a utilização do instrumento, que demorou menos tempo para completar, que deveria aumentar a amostra de procedimentos para observação e que os cirurgiões foram mais estimulados a completar imediatamente após a

observação do instrumento. A partir desses resultados devem fornecer o *feedback* aos estudantes.

Complementando as formas distintas de avaliação em programas de residência médica, Santos e Salles (2015) apresentam estudo que construiu e validou um instrumento para aferir a aquisição de habilidades técnicas na realização de operações de graus crescentes de dificuldades para ser utilizado em residência médica de cirurgia geral, o qual foi aprovado e pode ser utilizado como método de avaliação. Concluíram que o instrumento validado é útil para melhorar o processo de avaliação e contribui com a avaliação do ganho de habilidade técnica dos programas de residência médica em cirurgia geral no Brasil.

Outro estudo nessa direção foi apresentado por Goldflam, Bod e Della-Giustina et al. (2015), os quais publicaram resultado de pesquisa divulgando estratégia adotada por programa de residência médica em emergência comparando as autoavaliações dos residentes com os marcos da avaliação do programa de residência. Como resultado, evidenciou-se que os residentes se autoavaliaram de forma superestimada no tocante as suas habilidades, em todas as subcompetências avaliadas, quando comparado à avaliação dos docentes. Os autores ressaltam a importância do *feedback* e a transparência da avaliação. Ainda, que mais atenção deve ser dada aos métodos pelos quais é feita a avaliação pelos preceptores em relação às habilidades dos residentes e também na autoavaliação dos residentes sobre suas habilidades clínicas, para haver mais congruência entre a avaliação de ambos.

No exterior, as práticas de avaliação têm se mostrado relevantes, a exemplo do estudo de Iblher, Zupanic e Ostermann (2015), os quais desenvolveram e validaram um formulário de avaliação de médicos residentes denominado *Questionnaire D-RECT German (Dutch Residency Educational Climate Test)*, com o objetivo de mensurar o meio ambiente de aprendizagem clínica dentro do programa de treinamento de médicos especialistas o qual foi testado em 17 hospitais com 255 médicos residentes. Foi considerado adequado nas subescalas: supervisão, orientação e funções do atendimento, contudo recomendam mais testes com o formulário.

Corroborando o uso de alternativas de avaliação e a publicação de resultados com as metodologias de avaliação, Khan, Siddiqui e Thotakura et al. (2015) abordam a experiência do uso de escores de programas de avaliação como o *In-Training Examination (ITE)*, como indicador de desempenho no processo de avaliação da

American Board of Internal Medicine (ABIM). Como este tipo de avaliação é anual e detecta apenas a realidade estanque, os autores propuseram avaliações mensais. Assim, o estudo teve o objetivo de avaliar se a adoção de testes mensais (*Montly Tests – MTs*), de avaliação com os residentes poderia ser utilizada como preditor de capacidade para passar no teste da ABIM. Concluíram que a adoção de MTs foi valiosa para prever o desempenho no exame. Também auxiliou a identificar as fragilidades dos alunos e melhorar suas capacidades ao longo do processo.

Outro estudo foi desenvolvido por Mainthia, Tarpley e Davidson et al. (2014), em um programa de residência em cirurgia geral para comparar a associação entre o desempenho dos residentes e a compatibilidade com o recebimento de prêmios como melhor pesquisador residente, melhor educador e melhor residente geral. Os autores concluíram que aqueles que receberam a premiação tiveram menores escores na avaliação institucional, ou seja, nem sempre avaliações pontuais como as dos institutos de avaliação correspondem a realidade da atuação na residência.

No Brasil, a área de formação em cirurgia tem realizado mais estudos de avaliação, a exemplo do artigo de Nácul, Cavazzola e Melo (2015), que apresenta resultado de revisão de literatura sobre o ensino da videocirurgia em serviços que publicaram seus métodos. Recomendam que os treinamentos sejam realizados em simulações em laboratório e não diretamente com pacientes. Citam como exemplo, plataformas de ensino baseadas na solução de problemas, utilizadas no exterior e recomendam que se estabeleça um processo pedagógico mais adequado para o ensino da videocirurgia nas residências médicas. Essa recomendação intenciona conferir uma base educacional mais sólida, determinando atividade profissional estruturada e segura.

Esses são exemplos de formas de avaliação encontradas na literatura, que podem auxiliar na compreensão dos processos avaliativos em cursos de residência, nas modalidades de avaliação apresentadas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

A abordagem do estudo foi qualitativa, a qual, segundo Minayo (2014, p. 23), é aquela que permite "incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas".

Com base em seus objetivos, a pesquisa é exploratória e descritiva, a fim de obter maior proximidade com o problema do estudo e descrever as características de determinada população, no caso, residentes e preceptores quanto aos métodos de avaliação utilizados na formação do médico residente. Foi realizada pesquisa bibliográfica e documental (regulamento do programa e avaliações formais), de campo com entrevistas com os coordenadores individualmente, e por meio de grupo focal com preceptores e residentes.

4.2 Método para Revisão de Literatura

Para a revisão de literatura adotou-se a proposta de Sampaio e Mancino (2007), conforme Figura 2.

Figura 2 – Esquema de revisão de literatura

O que existe na literatura científica nacional e internacional acerca das propostas de avaliação na formação do médico residente?



Bases de dados consultadas: www.bireme.br - LILACS e MEDLINE
Palavras-chave: avaliação; residência; *evaluation, residency*.

Estratégias de busca:

- tipo de estudo;
- periodicidade;
- linguagem;
- assunto principal.

**Critérios para seleção de artigos:**

- artigos completos disponíveis online;
- artigos dos anos de 2014 a 2016;
- artigos em português, espanhol e inglês;
- artigos que abordassem avaliação em programas de residência.



Artigos encontrados na Bireme:
 Retorno da Busca: 2750
 Texto completo: 740
 Assunto principal: 67
 Idioma: inglês – 67 português - 1
 Período: 2015 – 6;
 2014 - 1
 Selecionado para leitura: 7



Análise dos artigos selecionados



Matriz de Análise:

Autores	Título	Periódico
Nácul; Cavazzola; Melo (2015)	Current status of residency training in laparoscopic surgery in Brazil: a critical review	Abcd Arq Bras Cir Dig
Khan, Siddiqui e Thotakura et al. (2015)	Evaluation and enhancement of medical knowledge competency by monthly tests: a single institution experience	Advances In Medical Education And Practice
Santos; Salles (2015)	Construção e validação de um instrumento de avaliação de habilidades técnicas para programas de residência em cirurgia geral	Rev. Col. Bras. Cir.
Goldflam, Bod, Della-Giustina et al. (2015)	Emergency medicine residents consistently rate themselves higher than attending assessments on ACGME Milestones	Western Journal Of Emergency Medicine
Ibher, Zupanic, Ostermann	The questionnaire D-RECT German: adaptation and testtheoretical properties of an	GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung

et al. (2015)	instrument for evaluation of the learning climate in medical specialist training	
Williams, Verhulst, Mellinger et al. 2015	Is a single-item operative performance rating sufficient?	Journal Of Surgical Education.
Mainthia, Tarpley, Davidson et al. (2014)	Achievement in surgical residency: are objective measures of performance associated with awards received in final years of training?	Journal Of Surgical Education.

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

4.3 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Cascavel, PR, em duas instituições de saúde, sendo uma pública e a outra privada,

O município de Cascavel situa-se na região Oeste do estado do Paraná, com uma área de 2.100,831 Km², população estimada de 316.226 habitantes (IBGE, 2016). Atua como sede da 10ª Região Administrativa de Saúde do Estado do Paraná, a qual é formada por 25 municípios, sendo estes: Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste. Constitui-se como município de referência para os demais no setor saúde (CASCAVEL, 2016).

As instituições da pesquisa de campo integram a rede de cuidados hospitalares deste município, sendo um hospital público de ensino, doravante denominado instituição A e um hospital de ensino privado, denominado instituição B. Os programas de residência são relacionados aos cursos de medicina de ambas as instituições.

A instituição A tem uma área construída de 26.011,77 m², e uma estrutura de 195 leitos, englobando ainda ambulatorios de especialidades, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), Pronto Socorro, Diagnóstico por

imagem (Hemodinâmica, tomografia computadorizada, mamografia, ecografia, endoscopia e eletrocardiograma), Serviço de radiologia, Banco de Leite Humano, distribuídos em VI Unidades, a saber: Prédio principal - Unidade I, Pronto Socorro - Unidade II, Ambulatório - Unidade III, Hemocentro - Unidade IV, LACEPE - Unidade V e Ensino/Banco de Leite/Setores Administrativos/CEAPAC - Unidade VI. Os serviços hospitalares prestados atingem uma gama de ações assistenciais na área da saúde, sendo referência regional em alta complexidade nas áreas de: gestação de alto risco, ortopedia/traumatologia, cirurgia vascular, neurologia/neurocirurgia e tratamento em portadores de HIV. O Hospital atende uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes, que são de regiões do Estado do Paraná e Mato Grosso do Sul, e de países como o Paraguai e Argentina (HUOP, 2016).

A instituição B ocupa uma área construída de 11.937 m², e uma estrutura de 168 leitos, englobando leitos, ambulatórios de especialidades, Centro Cirúrgico, UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, Pronto Socorro, Diagnóstico por imagem (Hemodinâmica, tomografia computadorizada, ressonância magnética, mamografia, ecografia, endoscopia, colonoscopia e eletrocardiograma), Serviço de radiologia. Os serviços hospitalares prestados abrangem ações assistenciais na área da saúde, sendo referência regional em alta complexidade nas áreas de: ortopedia/traumatologia, cirurgia cardiovascular, neurologia/neurocirurgia e obesidade mórbida. É hospital privado, com 60% de seus leitos destinados ao SUS. O Hospital atende a população de Cascavel e região (HSL/FAG, 2016).

O programa de residência em clínica médica da instituição A se caracteriza por ter a duração de dois anos, em regime especial de sessenta horas semanais, distribuídas em quarenta e oito semanas anuais, totalizando uma carga-horária mínima, anual, de 2.880 horas de atividades, e máxima de 3.200 horas. Oferta 6 vagas por ano, num total de 12 vagas, tem um coordenador, docente do curso de medicina da Unioeste. Foi aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica em 2003, sob parecer de aprovação número 103/2003 e iniciou sua primeira turma no ano de 2004, tendo formado até o momento 37 médicos especialistas em clínica médica (COREME HUOP, 2016; UNIOESTE, 2011).

O programa de residência em clínica médica da instituição B, caracteriza-se por ter a duração de dois anos, ofertar 2 vagas por ano, num total de 04 vagas, ter um coordenador, docente do curso de medicina do centro universitário. Foi aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica em 2012, sob parecer de aprovação

número 223/2012 e iniciou sua primeira turma no ano de 2012, tendo formado até o momento dois médicos especialistas em clínica médica. Foi recredenciada em 2015, com parecer nº 692/2015 (COREME SÃO LUCAS - FAG, 2016).

4.4 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os profissionais que atuam diretamente nos programas de clínica médica: coordenadores, preceptores e residentes, trabalhando-se com a população de indivíduos possíveis. Utilizou-se o critério de saturação acompanhado do alcance dos objetivos para definir o encerramento da coleta de dados.

Os participantes da pesquisa compreenderam os coordenadores dos dois programas de formação, os preceptores dos mesmos programas, os quais correspondiam, à época da coleta de dados, a 20 na instituição A e sete na B, sendo que, destes, aceitaram ou tiveram disponibilidade de tempo para participar dos grupos focais, efetivamente, cinco preceptores na A e três preceptores na B, totalizando oito preceptores.

Além disso, participaram os médicos residentes dos dois programas. Na instituição A, por ocasião da coleta de dados, haviam 12 residentes, dos quais oito participaram da pesquisa. Na instituição B, haviam três residentes e todos participaram da coleta de dados, sendo 11 residentes participantes no total. Ao todo, participaram do estudo 21 indivíduos.

Os participantes da atividade de grupo focal e/ou entrevista foram identificados de forma a garantir seu anonimato, conforme as abreviações a seguir: Entrevista com o Coordenador do serviço A (ECA), Grupo Focal com Preceptores do serviço A (GFPA), Grupo Focal com Residentes do serviço A (GFRA), e assim sucessivamente para todos os participantes.

4.5 Técnicas de Coleta de Dados

Para a coleta de dados com os coordenadores foi realizada entrevista semiestruturada, cujo roteiro adaptado de Botti (2009) e Castells (2014) está no Apêndice 1, a qual se caracteriza por conter questões centrais para início da discussão e permitir o acréscimo de novas questões a medida que a entrevista se desenvolve. Além de o entrevistado poder discorrer livremente sobre o tema investigado sem se prender a indagação formulada (MINAYO, 2014).

Para a coleta dos dados com os preceptores e pós-graduandos, foram realizados quatro grupos focais (dois de residentes, um em cada curso e dois de preceptores, também um em cada curso), com roteiro apresentado no Apêndice 2 e 3. Essa técnica consiste em um tipo de entrevista ou conversa em pequenos grupos, homogêneos, atuando de forma planejada para se obter informações relativas a um tema específico. Desenvolve-se seguindo um roteiro de perguntas do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador, capaz de conseguir a participação e obter, tanto os aspectos individuais quanto coletivos do grupo (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Ainda sobre entrevista utilizando-se de grupo focal, Barbour (2009) define-a como um exercício que visa entrevistar um grupo, o qual é detentor de uma visão consensual, assim, qualquer discussão de grupo pode ser chamada de grupo focal, desde que o pesquisador propicie a interação do grupo. O estímulo deve ser dado garantindo que os participantes conversem entre si, não somente com o pesquisador ou moderador.

Sobre a definição da técnica escolhida, pode se dizer ainda que a ênfase recai sobre o aspecto interativo da coleta de dados, ou seja, o que define o grupo focal, segundo Flick (2009) é o uso explícito da interação do grupo para a produção de dados, podendo ser aplicado como método em si mesmo ou na combinação com outros métodos, por exemplo a entrevista.

Tanto as atividades com os grupos focais, quanto as entrevistas com os coordenadores, foram gravadas, com auxílio de anotações de texto simultâneas. As entrevistas foram transcritas e analisadas, comparadas ao texto das anotações simultâneas e organizadas para análise por meio de análise de conteúdo.

4.6 Análise dos Dados

A opção para a análise de dados foi a análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2011, p. 50), a qual trabalha o significado da fala, levando em consideração as significações (conteúdo), a forma e a distribuição desses conteúdos (índices formais e análise de coocorrência). Assim, “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”.

Algumas etapas foram seguidas para análise dos dados: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A **pré-análise** é a fase de organização dos dados, na qual algumas especificidades orientam o trabalho, são elas (BARDIN, 2011):

- Leitura flutuante: É a primeira leitura do material, da qual podem surgir intuições para agrupamento inicial dos dados.
- Escolha dos documentos: em nosso estudo as transcrições das entrevistas;
- Formulação de hipóteses e dos objetivos: estabelecer uma formulação provisória do que nos propomos verificar e tentamos estabelecer associado ao objetivo, ou seja, a finalidade a que nos propomos.
- Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores: a partir de leituras subsequentes dos dados, a partir dos primeiros agrupamentos, busca-se o sentido no texto, organizando-o em indicadores, ou seja, a menção de um tema em uma mensagem. Pode surgir na forma de repetição (convergência) ou expressiva qualidade do dado, mesmo que surja apenas uma vez (divergência). Uma vez estabelecidos os índices, constrói-se indicadores precisos e seguros. Determinam-se as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e da modalidade de codificação para o registro dos dados.
- Preparação do material: é a edição do texto após as etapas anteriores.

A segunda etapa é a **exploração do material**, a qual consiste de leituras seguidas e organização dos dados a partir das codificações efetuadas previamente.

A terceira etapa diz respeito ao **tratamento dos resultados, inferência e interpretação**, caracterizada por tornar significativos os dados brutos. É o momento em que são organizados os núcleos temáticos que compõem a análise. A emergência das unidades de sentido nas falas permite seu agrupamento por convergência ou

divergência, possibilitando estabelecer à discussão dos dados a luz da literatura sobre o tema. Observa-se na Figura 3 o esquema analítico que foi utilizado nesse estudo.

Figura 3 - Esquema de Desenvolvimento de Análise.



Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de Bardin (2011).

4.7 Forma de Apresentação dos Resultados

A partir das leituras, reflexões e análise dos dados, os mesmos foram agrupados em duas unidades, cujos temas foram produzidos pelas convergências e/ou divergências nos depoimentos e a partir dos núcleos de sentido encontrados nas distintas leituras do material. Desse modo, os resultados estão apresentados em duas unidades: “a avaliação do médico residente sob os pontos de vista dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de avaliação” e “a subjetividade na avaliação de valores, atitudes e comportamentos”.

Antecedem a apresentação das unidades mencionadas, a caracterização dos serviços e participantes do estudo, traçando-se o perfil dos programas.

4.8 Questões Éticas

O projeto foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos ao qual o programa está vinculado, a Faculdade Pequeno Príncipe, e a pesquisa segue os preceitos éticos da resolução 466/12- CNS. Foi registrado junto ao CEP com a CAAE: 56350616.9.0000.5580 e aprovado sob parecer nº 1.677.860 (Anexo 1).

Os entrevistados foram informados sobre o caráter voluntário da participação na pesquisa, sobre o anonimato, sigilo das informações e da sua autonomia para desistir da pesquisa em qualquer momento que desejassem. Foi assegurado ainda que os dados serão utilizados estritamente para os fins desta pesquisa. Todos os entrevistados que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciá-la (Apêndice 4). Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa deu-se início a coleta dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos serviços e participantes do estudo

Elaborou-se o perfil dos sujeitos que participaram do grupo focal. Em relação aos residentes, apresentam-se suas características quanto ao sexo, idade, tempo de formação, atuação profissional antes da residência, se possui outro título de especialista, opção pela residência, intenção de seguir a especialidade e subespecialidades, entre outras, na Tabela 1.

Tabela 1 – Características dos residentes entrevistados.

Características	N (12)	%
Idade		
< ou = 25 anos	2	17
26 a 30 anos	8	67
>30 anos	2	17
Sexo		
Feminino	7	58
Masculino	5	42
Tempo de Formado		
Um ano	2	17
Dois anos	4	33
Três anos	4	33
Quatro anos	2	17
Instituição		
Pública	5	42
Privada	7	58
Possui outra residência		
Sim	0	-
Não	12	100
Outro título de especialista		
Sim	0	-
Não	12	100
Atuou como médico antes da residência		
Sim	9	75
Não	3	25
É sua primeira opção esta residência		
Sim	9	75
Não	3	25
Quantos concursos para residência prestou antes da atual		

Continua na próxima página

<i>Continuação</i>		
Nenhum	4	33
Um	1	8,3
Dois	2	17
Três	2	17
Quatro	2	17
Cinco	1	8,3
Pretende ingressar em outra residência após esta		
Sim	12	100
Não	0	-
Qual		
Hematologia	1	8,3
Endocrinologia	1	8,3
Nefrologia	1	8,3
Oncologia clínica	3	25
Gastroenterologia	1	8,3
Cardiologia	3	25
Medicina Intensiva	1	8,3
Indeciso	1	8,3

FONTE: Banco de Dados do pesquisador, 2017.

O perfil dos residentes demonstra que a maioria (n=8) tem idade entre 26 e 30 anos, são do sexo feminino (n=7), formados há dois ou mais anos (n=10), a maioria em instituição privada (n=7), cursando a primeira residência e sem outro título de especialização. A maioria (n=9) atuou como médico antes da residência, está cursando esta residência como primeira opção (n=9), prestou outras seleções para residência até a aprovação nesta (n=8), e pretende cursar uma subespecialidade (n=12).

Quanto aos coordenadores, apresentam-se suas características relativas ao sexo, idade, tempo de formação, residência que possui, há quanto anos a concluiu, se possui outro título de especialista, há quanto tempo trabalha como preceptor, há quanto tempo atua como coordenador da residência, outra experiência em docência, formação educacional, entre outras, na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 – Características dos coordenadores entrevistados.

Características	N (2)	%
Idade		
30 a 35 anos	1	50
36 a 40 anos	1	50
Sexo Masculino	2	100
Tempo de Formado		
10 anos	1	50
15 anos	1	50
Instituição Pública	2	100
Residência que possui		
Clínica Médica e Cardiologia	1	50
Clínica Médica e Gastroenterologia	1	50
Tempo de Conclusão da Residência em CM		
< 10 anos	1	50
>10 anos	1	50
Tempo de conclusão da residência na subespecialidade		
< 5 anos	1	50
> 5 anos	1	50
Tem outro título de especialista		
Sim	1	50
Não	1	50
Experiência em preceptoria		
Sim	2	100
Não	-	-
Tempo de atuação na coordenação de residência		
Um ano	1	50
Até 5 anos	1	50
Tem outra experiência em docência		
Sim	-	-
Não	2	100
Titulação em mestrado e/ou doutorado		
Sim	-	-
Não	2	100

FONTE: Banco de Dados do pesquisador, 2017.

O perfil dos coordenadores demonstra que são adultos jovens, do sexo masculino, com formação na mesma área que atuam como coordenadores, complementada por uma segunda especialização e obtenção de um terceiro título de especialista referendado pelas sociedades brasileiras das aéreas em que atuam. Tem tempo de experiência variável entre menos de dez anos e mais do que esse período. Além da coordenação atuam como preceptores dos programas, com tempo de experiência variável entre menos e mais de cinco anos, assim como o tempo na coordenação. Tem experiência na residência médica e não possuem outra

experiência como docentes, além da formação manter-se ao nível da especialização, sem mestrado ou doutorado.

Sobre os preceptores, apresentam-se suas características relativas ao sexo, idade, tempo de formação, residência que possui, há quanto anos a concluiu, se possui outro título de especialista, há quanto tempo trabalha como preceptor, se tem outra experiência em docência, formação educacional, entre outras, na tabela 3.

Tabela 3 – Características dos preceptores entrevistados.

Características	N (8)	%
Idade		
31 a 35 anos	3	37,5
36 a 40 anos	1	12,5
41 a 45 anos	2	25
46 a 50 anos	1	12,5
> de 50 anos	1	12,5
Sexo		
Feminino	1	12,5
Masculino	7	87,5
Tempo de Formado		
Até 10 anos	3	37,5
11 a 15 anos	2	25
>15 anos	3	37,5
Instituição		
Pública	7	87,5
Privada	1	12,5
Residência que possui		
Clínica Médica e Cardiologia	4	50
Clínica Médica e Terapia Intensiva	1	12,5
Clínica Médica e Infectologia	1	12,5
Clínica Médica e Endocrinologia	1	12,5
Clínica Médica e Hematologia e Oncologia	1	12,5
Tempo de Conclusão da Residência		
< 10 anos	4	50
>10 anos	4	50
Tem outro título de especialista		
Sim	-	-
Não	8	100
Experiência em preceptoria		
< 1 ano	1	12,5
2 a 5 anos	3	37,5
6 a 10 anos	1	12,5
>10 anos	3	37,5
Tem outra experiência em docência		
Sim	3	37,5
Não	5	62,5

Continua na próxima página

<i>Continuação</i>		
Titulação em mestrado e/ou doutorado	2	25
Sim	6	75
Não		

FONTE: Banco de Dados do pesquisador, 2017.

O perfil dos preceptores mostrou que 50% tem idade entre 30 e 40 anos e outra metade com mais de 40 anos, a maioria do sexo masculino (n=7), a maioria (n=5) formados a mais de 10 anos, predominantemente por instituições públicas (n=7), todos com residência em clínica médica e em uma subespecialidade; 50 % concluiu a residência a menos de dez anos e 50% a mais de dez anos. Não possuem outro título de especialista além da residência. Quanto a experiência na preceptoría, 50% tem menos de cinco anos e 50% mais de 5 anos. A maioria (n=5) não tem outra experiência em docência, nem titulação de mestrado ou doutorado (n=6).

Observando o conjunto das informações do perfil ressalta-se a diferença no tipo de instituição para os residentes e preceptores, pois para os primeiros predomina a escola privada e para os preceptores, com mais tempo de formação, houve predomínio da escola pública. Seguindo o perfil dos preceptores, todos os residentes intencionam realizar outra residência na subespecialidade desejada.

Os dois programas de residência em clínica médica que integraram o estudo têm suas características descritas no Quadro 4.

Quadro 4 – Características dos programas de residência em clínica médica, quanto a carga horária, tempo de duração, período de aulas, perfil do profissional e disciplinas.

Características	Programa A	Programa B
Carga Horária total	5760 h	5760 h
Tempo de Duração	2 anos	2 anos
Período de aulas	Integral, de segunda a domingo, das 07h30 às 18h	60 horas semanais das 07 às 18h, plantões inclusos
Perfil do Profissional que quer formar	<ul style="list-style-type: none"> • Formar médicos generalista, humanista, que seja crítico e reflexivo, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual, respeitando os princípios éticos e bioéticos, culturais do indivíduo e da coletividade. • Formar um profissional especialista em Medicina Interna capaz de realizar um 	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - centrar o foco de aprendizagem no paciente e seu problema; - buscar evidência científica em resposta a problemas não resolvidos; - capacitar o MR a tomar decisões baseada em evidências encontradas na literatura científica, no diagnóstico laboratorial, na

	<p>atendimento adequado, tanto na promoção de saúde quanto no tratamento e reabilitação do paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitá-lo a participar de um Programa de Residência de subespecialidade da Clínica Médica. 	<p>informação dos pares e, até mesmo, no exame clínico; Analisar a prática relativa ao diagnóstico, tratamento e prognóstico tendo como base os princípios descritos como avaliação crítica; e outros.</p>
Disciplinas	<p>Ambulatório I - R1 (384) Ambulatório II - R-2 (576) Atividades Científicas I - R1 (288) Atividades Científicas II - R2 (160) Enfermaria I - R1 (576) Enfermaria II - R2 (576) Estágio Externo - R2 (160) Metodologia da Pesquisa I - R1 (96) Nefrologia - R2 (160) Neurologia - R2 (160) Oncologia - R2 (160) Plantões I - R1 (576) Plantões II - R2 (460) Pronto Socorro I - R1 (576) Seminário - R2 (20) Unidade Básica de Saúde I - R1 (192) Unidade Básica de Saúde II - R2 (128) Unidade de Terapia Intensiva I - R1 (192) Unidade de Terapia Intensiva II - R2 (160)</p>	<p>Ambulatório – R1 (288) UBS – R1 (288) Enfermaria – R1 (864) Plantão enfermaria – R1 (288) Plantão PS – R1 (432) Pronto atendimento – R1 (264) UTI - R1 (168) Atividades teóricas R1 Atividades científicas (20) Aula (132) Estudos dirigidos (66) Estudos preparatórios (48) Protocolos HSLC (22) Ambulatório Geral - R2 (152) Ambulatório Especialidades – R2 (640) Enfermaria – R2 (508) Plantão enfermaria – R2 (288) Estágio opcional externo – R2 (200) Pronto socorro – R2 (288) Pronto-atendimento - R2 (192) UTI – R2 (200) Atividades teóricas R2 Atividades científicas (12) Estudos avançados (148) Estudos preparatórios (44) Metodologia do trabalho científico e epidemiologia clínica (84)</p>

FONTE: Banco de Dados do Pesquisador, 2017.

5.2 Unidade 1 – Resultados: A avaliação do médico residente sob os pontos de vista dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de avaliação

Ilustra-se uma semana padrão típica dos dois programas de residência, a fim de conhecer o processo de ensino-aprendizagem dos cursos de formação, pois a avaliação é resultado do modelo de ensino construído. As atividades estão mencionadas nas falas dos participantes, abaixo. Na semana do residente de primeiro ano (R1), as atribuições estão distribuídas entre avaliação de pacientes em enfermaria e pronto-socorro, alternando com o ambulatório. O residente do segundo ano (R2), além dessas mesmas atividades, tem sua experiência profissional em outras especialidades e serviços. É usual que passem períodos em enfermaria, unidade de terapia intensiva, clínicas de especialidades (nefrologia, oncologia) e outros. Os depoimentos a seguir ilustram essa realidade.

Começa na enfermaria, onde passamos quatro meses do ano, entre PS e enfermaria. Chegamos as 7:00 horas da manhã, normalmente pegamos o plantão, caso haja paciente novo ou algum que teve uma intercorrência, após isso, vamos para os nossos setores, seja ele o PS ou para a ala. Fazemos evolução dos pacientes, passamos no leito, evolui, conversa com o paciente e com a família, vemos com os acadêmicos as evoluções e se eles têm alguma dúvida. Temos uma preceptora para discutir todos os casos da clínica médica, essa preceptora é na terça e quinta-feira, na quarta e na sexta vem dois preceptores de especialidades diferentes e eles tiram dúvidas das especialidades deles. No período da tarde, em alguns dias, temos ambulatório, onde saímos do nosso setor e vamos para esse ambulatório e retornamos para a ala, onde atendemos intercorrências, admitimos pacientes, resolvemos as pendências da manhã, checamos exames laboratoriais, fazemos as prescrições do dia seguinte. O R1 tem uma aula na segunda à noite, após as 19h. Na quarta pela manhã tem aula do PS, que é um residente que apresenta. Na quinta temos aula de antibiótico, as 07h30 da manhã, que o preceptor apresenta. As 17h tem o 'visitão', onde os acadêmicos apresentam. E temos uma aula na sexta a tarde. Essas são as aulas que tem horário fixo. Tem os grandes temas que tentamos encaixar. [...] O R2 participa apenas do 'visitão' e do grandes temas. As aulas teóricas é só para os R1 (GFRA).

Em relação ao programa desse serviço, percebe-se que os residentes explicitam suas atividades de acordo com o plano curricular de sua residência, diferindo o horário diurno, cujo programa prevê das 07h30 às 18h, e os sujeitos mencionam iniciar as sete horas e permanecer no serviço até as 19h e também a existência de aulas noturnas. De modo similar, o segundo serviço é descrito pelos residentes, conforme relato do grupo focal, a seguir.

Como é rotativo, não temos todo mês fixo uma rotina, então, a gente tem rodízios mensais de locais da prática clínica. Temos a rotina da parte da UTI, basicamente entramos às 7 horas da manhã, ficamos até as 19 horas, fixamente de segunda a sexta, obrigatoriamente. Salvo por uma reunião de quinta-feira a tarde que participamos, onde dura cerca de uma hora, logo após retornamos para a UTI. Neste mês de UTI, nos fins de semanas, fazemos rodízio de enfermaria, tanto R1 como R2, passamos visita pela manhã, com os preceptores na maioria das vezes, a tarde ficamos com sobreaviso de internamentos e intercorrências, a noite não temos plantões presenciais, dividimos os plantões noturnos em três, cada dia um, porém temos uma escala fixa quanto a isso. [...] A rotina de enfermaria, fixamente, passamos visitas todas as manhãs, menos o residente da enfermaria, e a tarde temos ambulatorios e a noite temos a mesma escala de plantão. Na enfermaria seria de segunda a segunda, o período da manhã ocorre as visitas dos pacientes internados, junto com a preceptoria e os acadêmicos, já no período da tarde, durante a semana, existe alguns dias de ambulatorio e das especialidades, onde roda na área de cardiologia, pneumologia, da clínica médica, reumatologia e outras especialidades. No período da noite, todas as segundas-feiras temos uma reunião onde um residente ou preceptor apresenta um assunto dentro da especialidade de clínica médica. Na quinta a tarde existe uma reunião com os acadêmicos e preceptoria, que chamamos de "visitão", onde é discutido artigos científicos, os pacientes internados, casos clínicos, nos períodos da noite os médicos ficam de sobreaviso para qualquer intercorrência nas enfermarias e nas alas, nos finais de semanas ocorre as visitas rotineiras, no sábado e domingo pela manhã nas enfermarias e durante o dia e finais de semana o médico fica de sobreaviso (GFRB).

Ambos os serviços mantem uma rotina similar de carga horária semanal, de segunda a segunda, doze horas por dia, no período diurno, com finais de semana alternados em esquema de plantão, alternando atividades teórico-práticas. Mencionam ainda, uma atividade conjunta entre todos os residentes e preceptores, a qual denominaram "visitão". Ainda, relatam aulas no período noturno.

Quanto aos preceptores, percebe-se que estes supervisionam as atividades dos residentes de modo intermitente, realizando visitas conforme escala de divisão de

tarefas e de acordo com sua especialidade clínica, principalmente no acompanhamento das atividades ambulatoriais. Basicamente, nos dois serviços, há um encontro semanal de preceptores e residentes nas atividades teóricas, conforme depoimentos a seguir.

Passo visita na enfermaria terça e quinta de manhã e quinta a tarde tenho a reunião geral, que é o visitão. [...] A minha é supervisão diária na UTI, tem sempre um residente passando, isso em todos os meses do ano por lá. Eu supervisiono esses alunos que estão em treinamento lá. [...] Reunião clínica na segunda e quarta-feira, quinta-feira a tarde ambulatório, sexta de manhã ambulatório, sexta a tarde tenho aula. [...] Visita na enfermaria sábado de manhã, ambulatório segunda e quarta, e visitão na quinta. [...] A finalidade do visitão é mostrar um caso que é diferente, raro ou então discutir um caso que apresentou dificuldades(GFPA).

Destarte, percebe-se que em um dos serviços não há clareza da rotina do preceptor em relação ao seu papel de supervisor da prática clínica. O grupo focal demonstra isso.

Pra mim é enfermaria, o ambulatório realmente é mais complicado, sendo uma posição minha, mas a enfermaria sempre tem casos novos. [...] A minha preferência também é enfermaria, onde é possível discutir os casos, pois os pacientes que estão internados são doentes mesmo. [...] A gente, muitas vezes, consegue tirar discussão de casos de pacientes que estão há mais de 30 dias (GFPB).

Em relação à forma como o médico residente é avaliado, a qual incluiria a existência de instrumentos formais de avaliação, amplo conhecimento sobre os métodos de avaliação, sobre a sua periodicidade, a respeito do recebimento de retorno do preceptor quanto a evolução destes, os depoimentos dos participantes nos grupos focais evidenciam como aspectos convergentes, a existência de provas

teóricas, sendo duas ao ano em um dos serviços e trimestral em outro, somada a avaliação subjetiva, a qual inclui relacionamento interpessoal, responsabilidade, conhecimento adquirido, assiduidade e interesse, num dos serviços. Enquanto no outro serviço os residentes desconhecem os quesitos de avaliação, e mencionam a avaliação do dia-a-dia. Esse aspecto da existência de avaliação objetiva, por meio de provas e subjetiva, por meio da observação de aspectos comportamentais, foi corroborada por todos os sujeitos, dos residentes aos preceptores e coordenadores.

[...] avaliação que é considerada subjetiva, [...] quatro subjetivas e uma teórica. [...] notas são divididas em relacionamento interpessoal, responsabilidade, conhecimento adquirido, assiduidade e interesse. [...] Quanto a essas notas, somos avisados que já está na Coreme para assinarmos, mas não sabemos como fomos avaliados, nem quem foi que nos avaliou. [...] Na parte teórica somos avaliados apenas duas vezes durante o ano, objetivamente. [...] Sabemos que tem a nota e apenas nos avisam que devemos assinar a nota. [...] não sabe nos informar como é dado as notas e quem nos deu a nota. [...] porque nós perdemos nota em assiduidade, sendo que nenhum de nós nunca faltamos, na residência é 100% de presença [...] Temos alguns meses que rodamos fora do hospital, praticamente não temos contato com os preceptores só que a nota é gerada da mesma forma (GFRA).

[...] provas escritas e através do conhecimento do dia-a-dia, sendo avaliações diárias da preceptoria. [...] Existe um feedback principalmente depois de apresentações na aula, depois de discussões de casos, existe o feedback de como está a evolução ao longo dos meses. [...] provas teóricas escritas e constantemente através de apresentações em aula, há o feedback de onde fomos positivos e negativos [...] As provas teóricas são em torno de 3 meses e os métodos de avaliação objetiva é a prova e subjetiva é através de apresentação em aula, desempenho em ambulatório e também, em pratica de clínica medica. [...] há avaliação objetiva e subjetiva, a objetiva é mais fácil de identificar, [...] provas e apresentações de aulas, a subjetiva, para mim, é um pouco “obscuro” o que é avaliado. Sei que existe mas não sei exatamente como é feita, no feedback também, sendo melhor na parte objetiva do que na subjetiva [...] Não nos dizem no que precisamos melhorar ou naquilo que precisamos evoluir (GFRB).

As transcrições acima revelam que ambos os grupos de residentes não sabem como são avaliados, ou seja, não recebem retorno sobre o modo como são avaliados. Um dos serviços recebe o resultado das notas teóricas por meio da secretaria do programa, mas ambos não obtêm retorno da preceptoria. Ainda, nos aspectos subjetivos, como a assiduidade, questionam a avaliação, pois mesmo tendo

frequência obrigatória e assiduidade recebem a nota menor do que o esperado nesse aspecto. Do mesmo modo, mencionam receber avaliação dos preceptores mesmo não estando sob supervisão direta dos mesmos.

Por outro lado, de forma diferente, um dos serviços menciona o retorno dos avaliadores, principalmente após as atividades teóricas, nas discussões de caso e apresentações de temas, contudo, sem uma ferramenta formal de avaliação, também é realizada de forma subjetiva e verbal. Os residentes relatam não receber retorno sobre em que precisam melhorar.

Inclusive os preceptores concordam com a inexistência de instrumento formal de avaliação, que esta é tanto subjetiva quanto objetiva, que a divulgação da nota ocorre por meio da secretaria, e com os aspectos avaliados de forma subjetiva, conforme extratos de grupo focal a seguir:

Mas cada um dá a nota que acha mais adequada, mas não temos um instrumento. [...] Existe cinco itens dos quais devemos colocar a nota. [...] Eles recebem essa pontuação, essa nota é publicada na Coreme. [...] Temos uma avaliação objetiva trimestral. [...] avaliação vinda de todos os preceptores, avaliamos pontualidade, comprometimento, conhecimento, resolutividade, postura (GFPA).

Não existe uma avaliação objetiva, com prova escrita, oral. [...] A avaliação é no dia-a-dia, é na discussão dos casos [...] Eu acho que a gente não avalia o residente. Não existe um script, um roteiro [...] Eu acho que o coordenador aplica uma prova (GFPB).

Em um dos serviços, inclusive, os preceptores desconhecem a forma como e se avaliação objetiva é realizada. Mencionam não avaliar o residente e a inexistência de roteiro ou instrumento formal de avaliação. De forma divergente, para a coordenação, a avaliação está ocorrendo de forma apropriada, com organização e planejamento, num dos serviços. Para o outro, ainda precisa melhorar a interação com os preceptores. Reconhece-se, em ambos os serviços, não haver uma ferramenta que auxilie na avaliação subjetiva.

Avaliamos conforme recomenda a CNRM, avaliação objetiva trimestral, todos os preceptores que estiveram em contato com os residentes dão uma nota subjetiva, avaliando principalmente cinco itens, dos quais a responsabilidade, o interesse, o conhecimento adquirido, a assiduidade e o relacionamento, são os cinco itens que avaliamos, deve ser dado uma nota de 0 à 10 ou 100 e faz a média disso, essa é a avaliação que é padronizado para todos. Também fazemos uma avaliação teórica obrigatória anual, uma prova de múltipla escolha, todos os residentes fazem e essa nota anual é somada com as outras quatro subjetivas, então se faz uma média dessas cinco notas e o residente precisa ter no mínimo 70 para ser aprovado (ECA).

[...] prova teórica a cada três meses, de múltipla escolha e mais uma avaliação subjetiva, que é somada a essa prova teórica, por enquanto está sendo feita por mim, podemos melhorar essa avaliação prática, assim unindo todos os preceptores. [...] Não tenho nada formalizado quanto a essa avaliação, é uma avaliação subjetiva, não há nada escrito quanto aos quesitos que são avaliados, não é disponibilizado aos próprios residentes. [...] assiduidade dos residentes, sua presença e seus horários de chegada, e além do dia-a-dia e seus conhecimentos teóricos (ECB).

Sobre a abordagem da avaliação com os residentes, algumas vezes ela ocorre de forma individual e em outras de forma coletiva. Por exemplo, provas teóricas são individuais, para os dois serviços estudados.

Na verdade não sabemos, a única que temos certeza é a prova teórica que é individual (GFRA).

Acredito que a avaliação é individual quanto a conhecimento técnico e científico, postura, acho que é nesse aspecto (GFRB).

É individual. Mas quando necessário, fazemos uma abordagem em grupo (GFPA).

Sobre a avaliação para aquisição de habilidades específicas, os residentes não percebem de que forma são avaliados, relatam desconhecer como essa avaliação ocorre.

Acho que não somos avaliados [...] Eles nunca estão com a gente, então eles não sabem se nós estamos aprendendo a realizar as técnicas. [...] A gente entra na residência procurando por alguém que esteja ali para nos mostrar qual é o caminho que devemos seguir e nos diga o que devemos evitar. Fica o subentendimento que sabemos fazer as coisas. [...] Muitas vezes é o R2 quem ensina o R1 (GFRA).

[...] é mais informal mesmo, sentimos mais quanto a confiança do preceptor ao invés de uma avaliação propriamente dita (GFRB).

Capacidade de reprodução. Conhecimento prático e teórico. [...] A prática a gente ensina, mas acredito que eles não estão indo buscar a teoria (GFPA).

Especificamente não temos um norte e esse norte de determinar as habilidades específicas é fundamental na avaliação técnica. [...] E é onde entra a importância dos enfermeiros, onde este pode nos comunicar se o residente está participando e cumprindo suas funções (GFPB).

Ao contrário, os preceptores esperam dos residentes que já tenham habilidades específicas para a prática clínica, e complementem essas habilidades buscando teoricamente complementar seus saberes. Ainda, transferem a responsabilidade da avaliação aos enfermeiros, os quais esperam que relatem quando o residente não cumpre com as expectativas do serviço.

Sobre esse mesmo aspecto, e em diálogos dissonantes, para os coordenadores, existe avaliação individual, de habilidades técnicas e estas estão bem estruturadas, atendendo as normas mínimas da CNRM, conforme mencionado anteriormente e no depoimento a seguir.

A avaliação é feita através de prova teórica a cada três meses, onde são submetidos a uma prova de múltipla escolha e mais uma avaliação subjetiva, que é somada a essa prova teórica, por enquanto está sendo feita por mim mas creio que somada esse um ponto a todos os preceptores, podemos melhorar essa avaliação prática, assim unindo todos os preceptores (ECB).

Ademais, procurou-se compreender como são abordadas os valores e atitudes a partir de situações prática vividas, e abordagem de questões éticas. Enquanto em um dos serviços os residentes acreditam que o tema é abordado apenas em situações de conflito, no outro, os residentes creem que o tema é abordado, discutido e cobrado

diariamente, principalmente, em situações que envolvam a postura profissional frente a pacientes e familiares, apresentação pessoal, abordagem do paciente, quando solicitar ou não exames, questões de relacionamento médico-paciente e posicionamento frente ao paciente terminal.

Em situações conflitantes, sim. Mas no dia-a-dia não (GFRA).

Isso é cobrado diariamente. É cobrado o posicionamento diante dos pacientes, a conversa com os familiares, a boa relação, a apresentação, recebemos orientações todos os dias dos preceptores quanto a isso. Com relação ao aspecto ético também. [...] mas é abordado a questão de postura, questão de exames, quando pedir ou não, quando solicitar exames sem conscientização do paciente, acho que tudo isso entra na parte de ética (GFRB).

Acho que conversar pessoalmente com o residente, junto com o paciente e depois chamar o familiar, e ensinar essa postura para o residente, para se ter noção do que falar, como falar e para quem falar (GFPA).

Reafirmando as atitudes e comportamentos em relação a avaliação, enquanto um dos serviços acredita que existe essa avaliação, mas não sabem como é realizada, além de crerem que somente os pontos negativos são avaliados, no outro, os residentes não se sentem avaliados quanto a esse aspecto. Percebem que assiduidade, pontualidade, relação médico-paciente são itens que contam, mas pensam que a avaliação é informal.

Acreditamos que sim, mas não sabemos como. [...] Nunca nos dizem se o que fazemos é certo ou errado [...] Tivemos um feedback negativo da avaliação e do nosso comportamento, mas não em nível individual (GFRA).

São avaliadas informalmente, não temos um checklist, mas assiduidade, pontualidade, relação médico-paciente é abordado (GFRB).

Corroborando a percepção dos residentes, os depoimentos dos preceptores no grupo nos levam a entender que essa avaliação é realizada por intermédio de informações obtidas com terceiros e não da avaliação realizada diretamente pelo supervisor do residente, o preceptor que acompanha a prática.

[...] são avaliados pelo feedback, pelo que chega à nós, seja por reclamações, elogios, tanto da equipe de enfermagem, quanto dos pacientes, internos, alunos e entre eles. [...] muitas vezes os internos nos passam como estão indo os residentes, se fazem as coisas de formas corretas. O médico residente é avaliado de todos os ângulos e maneiras (GFPA).

Quanto a atribuição de valor a comportamentos e atitudes, comparado a aquisição de conhecimento e habilidades técnicas, em que medida uma dimensão influencia a outra, obteve-se que a empatia do preceptor para com o residente é preponderante sobre a aquisição de habilidades, comportamento e atitudes. Acreditam que a dimensão atitudes e comportamento pode sobressair numa pior avaliação em relação as habilidades clínicas e técnicas.

Acho que até mais do que comportamento, o que conta é o teu relacionamento com os preceptores [...] mas se você não for tão próxima do seu preceptor, terá uma nota pior. [...] se houver empatia entre o residente e o preceptor, a nota será boa (GFRA).

O médico é um conjunto, tanto de conhecimento técnico quanto pessoal. Acredito que se ele peca em um desses aspectos acaba tendo uma avaliação mediana ou, se ele é muito bom em uma e muito ruim em outra, acaba tendo um desvio padrão muito grande do que uma pessoa mais homogênea. [...] o residente que pode ter tido muito conhecimento e não ter o comportamento mínimo, ele peca sim, acho que no mínimo tem que ser ponderado os dois, tanto o conhecimento clínico e prático plausível, [...] o médico não trabalha bem sozinho, e deve ter uma relação boa médico-paciente [...]. Concordo também, muitas vezes o médico pode acertar 90%, ser um excelente profissional, mas o comportamento e atitude podem prejudicar (GFRB).

Os preceptores de ambos os serviços concordam que a postura, relacionamento, habilidade moral, respeito pelo paciente e responsabilidade são mais importantes que conhecimento técnico.

[...] mais viável você ter menos conhecimento e ter mais postura. [...] Conhecimento você adquire o resto da vida e ao longo da formação. [...] mas o relacionamento com os colegas, a responsabilidade, temos percebidos comportamentos imaturos (GFPA).

[...] mais importante não seja a habilidade técnica, mas uma habilidade moral, o respeito com os pacientes, o cuidado que ele tem. [...] O conhecimento e a habilidade clínica não é o principal fator para a pessoa ser realmente bom, ainda mais no mundo de hoje, de cobrança, de relação, a ética sendo cobrada, a ausência de relação, então se a pessoa não for esperta e não for cuidadoso com esse aspecto ele “cai do cavalo” (GFPB).

Por outro lado, a afirmação de que menos conhecimento poder ser compensado por uma postura ética remete a reflexões. A ética, moral, respeito, atitude humanista são importantes, mas não em detrimento do saber técnico-científico, há que se estabelecer uma relação de harmonia entre saberes na construção da identidade desses sujeitos.

5.3 Unidade 1 – Discussão: A avaliação do médico residente sob os pontos de vista dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de avaliação

O decreto presidencial nº 7.562 (BRASIL, 2011, p. 7), o qual dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica, em seu artigo 18, parágrafo primeiro, inciso oitavo, informa a

descrição do corpo docente devidamente constituído para o desenvolvimento dos programas propostos, destacando a experiência acadêmica, administrativa e profissional de cada um dos docentes na especialidade oferecida, em especial a do coordenador da COREME, dos supervisores por programa e dos preceptores por área.

Além disso, no mesmo decreto, artigo 18, parágrafo quarto, inciso primeiro, apresentam-se características do projeto pedagógico do programa: “informando número de residentes, objetivos gerais e específicos, conteúdo programático e demais elementos acadêmicos pertinentes, inclusive metodologia de avaliação” (BRASIL, 2011, p8). Os dados mencionados não foram encontrados nos projetos pedagógicos de ambos os cursos, os quais são similares e não contemplam as especificidades descritas na legislação.

Os entrevistados manifestaram ser esta sua primeira residência e que pretendem dar continuidade aos estudos nessa modalidade para adquirir conhecimentos numa área específica. Esse fato segue orientação da CNRM, pois para algumas subespecialidades, cursar a residência em clínica médica primeiro é obrigatório. Outra diferença percebida nesse estudo é em relação ao grupo de residentes com maioria feminina em relação aos preceptores, cuja maioria foi masculina, evidenciando a mudança no perfil da graduação atualmente, com maioria de mulheres.

Em contraponto ao definido pela legislação, ambos os programas não descrevem em seus projetos pedagógicos acessados na pesquisa, a metodologia de avaliação. Ainda, percebe-se pelos depoimentos nos grupos focais, que os preceptores desconhecem a forma como a avaliação é realizada no programa, mencionando-a como subjetiva, o que nesse caso representa informalidade e ausência de critérios e instrumentos claros e conhecidos por todos, com exceção da avaliação objetiva preconizada pelo decreto mencionado, pois os coordenadores relatam sua existência.

A dificuldade encontrada para avaliar os residentes nesta pesquisa pode estar relacionada ao próprio conceito de avaliação, a qual é considerada por Demo (2002), sempre como um ato difícil e complexo, pois envolve modos de agir culturalmente estabelecidos, implicando em comparações, classificações e seleção. Essa lógica precisa ser invertida para avaliação educativa, diagnóstica, processual, no sentido de garantir o aprendizado. Como vimos neste estudo, identificou-se uma das crenças apontadas pelos autores, de que a avaliação que não se mede por números é subjetiva. Assim, estabelecer critérios torna as regras explícitas para fundamentar um juízo. Critérios de avaliação previamente negociados permitem ao professor acompanhar não só a atividade, mas a aprendizagem dos alunos, identificando a construção das capacidades.

Botti (2009), dentre todos os papéis do preceptor que menciona em seu estudo, aborda como função deste, avaliar o residente nas questões morais e técnicas da prática profissional, possibilitando-lhe retorno sobre o seu desenvolvimento e demonstrando se o médico em formação percorre ou não o caminho esperado. Relata como ação do preceptor em sua plenitude, atuar cotidianamente como médico e educador, na interrelação com pacientes e residentes, preocupando-se com a formação técnica e ética e ofertando retornos constantes aos residentes, sobre suas ações.

Castells (2014), em seu estudo sobre a preceptoria em residência médica, aborda a falta de preparo pedagógico refletindo na prática dos preceptores, pois a carência de preparo pedagógico influencia nas competências da preceptoria, uma vez que, se espera que este assuma o lugar de exemplo direto de observação do aprendiz, assim é necessário que se aproprie do processo ensino-aprendizagem junto ao residente. Evidencia ainda que qualquer um pode se tornar docente, basta que seja especialista na área, sem necessidade de formação didático-pedagógica. Estas

afirmações condizem com a realidade dos programas estudados nesta pesquisa, pois nenhum dos profissionais envolvidos na formação dos residentes tem o preparo pedagógico necessário e mencionado na legislação.

Ainda sobre o processo de formação do médico residente, Botti e Rego (2010) abordam a necessidade de trabalhar com o conhecimento prévio do aluno, de adotar como foco do ensino desde a atividade, o processo de produção e o produto, estimulando a execução de determinadas tarefas, sob supervisão da quantidade e qualidade deste trabalho, passando pelo foco da aprendizagem ao desempenhar a tarefa, até chegar ao foco na percepção de todo o processo por quem está aprendendo, com especial atenção ao retorno para o estudante, sobre todo o processo de aprendizagem e sobre qual o propósito de execução da tarefa.

Assim sendo, uma vez que o papel do preceptor não está sendo desempenhado com a formação pedagógica necessária na formação do médico residente, esse fato reflete-se na ausência de instrumentos de avaliação do aprendizado prático, ético, de valores e atitudes, desenvolvido cotidianamente.

Diferente da realidade brasileira, estudos internacionais apresentam instrumentos de avaliação para a formação do residente. Nos Estados Unidos, a adoção de mentor na execução de uma profissão costuma ser uma prática cotidiana. Estudo de Cohee, Koplín e Shimeal et al (2015), sobre a adoção de um mentor formal pelo residente, em programa de formação de residentes em medicina interna da The Walter Reed National Military Medical Center (WRNMMC), comparou a evolução do residente em sua formação após a adoção de um programa formal de mentoria, pois mentores informais já existiam no serviço. Os resultados demonstraram que haver um mentor formal propiciou relacionamento similar aos informais pré-existentes, ou seja, não houve mudança. Modelo que os programas de residência nacional poderiam adotar, com o preparo de preceptores como mentores dos residentes, melhorando o processo de formação.

Balwan, Fornari e Dimarzio et al (2015), apresentam estudo sobre a adoção da pedagogia problematizadora em programa de residência médica em medicina interna, na prática ambulatorial, adotado em 2012. Realizaram estudo de coorte comparando os residentes em formação sob esta metodologia, com os demais do currículo tradicional. Concluíram que a adoção da metodologia teve sucesso, com foco da aprendizagem no cuidado do paciente no ambulatório. Houve o engajamento ativo dos residentes, aprendizagem em grupo agiu como facilitador no processo de

aquisição de conhecimento, levando ao aumento da satisfação dos residentes e da escola médica. Esta é uma proposta de formação diferenciada na residência médica que poderia contribuir com o processo ensino-aprendizagem em nossa realidade.

Em outro estudo, de Palamara, Kauffman e Stone et al. (2015), foi avaliado um programa de residência em que foi implementado um programa de desenvolvimento profissional com orientador (*coach*). Este programa incluiu o currículo desenvolvido, a interrelação entre orientador-aluno e as métricas de avaliação. As dimensões avaliadas nos encontros incluíram participação, programa e atividades profissionais, síndrome de *burnout*, habilidade para lidar com dificuldades e comunicação entre orientadores e estudantes. A maioria dos estudantes (94%) avaliou o programa como bom ou excelente e 96% recomendaram o programa para outras residências.

Friedman, Raimo e Spielmann et al. (2016) apresentaram em seu estudo o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação do médico residente desenvolvida num serviço de residência médica americano para melhorar o desenvolvimento de competências do médico residente por meio da mensuração de indicadores quantitativos e qualitativos. A cada troca de ambiente de aprendizagem, tanto o residente quanto os preceptores, equipe do serviço e pacientes avaliam a performance deste, numa plataforma *online (dashboard)*, que compila todos os dados e emite uma síntese que possibilita a avaliação sobre a atuação deste residente naquele serviço, propiciando saber se ele atingiu os objetivos esperados e aspectos em que precisa melhorar. Sua principal função é exibir os dados ao residente, de modo que possa perceber seu progresso. O objetivo é fazer com que o residente se torne mais consciente dos componentes que influenciam em sua avaliação. Esta é uma possibilidade que poderia ser implementada nos serviços de residência do estudo para o *feedback* tanto aos residentes quanto aos preceptores.

Outro aspecto importante a destacar diz respeito a forma de atuação do preceptor, especificamente no que diz respeito ao objeto deste estudo, a avaliação, que demonstrou não se sentir preparado para avaliar, mencionando que avalia o residente no dia-a-dia, nas ações cotidianas, contudo, sem uma metodologia de avaliação, mesmo que informal.

Estudo de Castells (2014), sobre o trabalho do preceptor, para compreender sua agenda de trabalho e como percebia as atribuições da preceptoria, demonstrou que nos programas estudados, uma agenda de trabalho pouco organizada produzia demanda excessiva de trabalho. Além disso, o preceptor se envolve com a gestão dos

serviços e muitas vezes também com a responsabilidade técnica por estes. Percebeu-se também centralidade no trabalho dada ao atendimento médico individual, em detrimento de outras atividades de atenção à saúde. Os preceptores do estudo verbalizaram responsabilidade com o serviço de saúde e os usuários deste serviço, não apenas com o residente e o ensino. Ainda, quanto as atribuições necessárias para a preceptoria, percebeu-se uma falta de apropriação conceitual em relação a discussão pedagógica, o que repercute em sua prática como preceptor. Este fato é similar ao encontrado nessa pesquisa, pois a ausência de formação pedagógica influencia na avaliação dos residentes.

Sobre a função do preceptor, Botti e Rego (2010) mencionam como essenciais orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhoram a competência clínica e ajudem o residente a se adaptar ao exercício da profissão que vive em constante transformação. Sua principal função é ensinar a clinicar, por meio de instruções formais, com objetivos e metas, o que inclui as avaliações formais como parte do trabalho do preceptor. Diferente do encontrado na pesquisa, pois os preceptores não têm uma metodologia de avaliação, mencionando-a como subjetiva. Para os residentes também não está claro como ocorre a avaliação por parte do preceptor, ou seja, os objetivos e metas citados não são claramente estabelecidos, a não ser no projeto pedagógico.

A CNRM menciona a obrigatoriedade de avaliações periódicas trimestrais e anuais, as quais são realizadas nos programas estudados por meio de provas objetivas. Contudo, sobre a avaliação do residente em sua prática clínica, estes e seus preceptores não souberam precisar como ela ocorre. Assim sendo, faz-se necessário estabelecer propostas metodológicas que utilizem ferramentas de avaliação, como as mencionadas na literatura, a seguir.

Botti e Rego (2010) apresentam conceitos da formação médica para o aprendizado do estudante, abrangendo as estratégias utilizadas na solução de problemas clínicos, que depende da dificuldade encontrada e do conhecimento adquirido, cujas conclusões vão depender desse conhecimento e da força das evidências. A intuição clínica e a teoria das responsabilidades são utilizadas nesse processo, sendo três as principais teorias para explicar o raciocínio clínico: estruturada em protótipos (abstração a partir da experiência), estruturada em exemplos (atendimentos de casos anteriores ficam memorizados), estruturada numa rede

semântica (unidades de conhecimento conectadas). No encontro clínico, o profissional vai construindo questões e tecendo respostas que levam a determinada direção.

Desse modo, a educação médica necessita estimular o pensamento, a leitura crítica, a expressão clara e contundente de ideias e opiniões e a solução de problemas reais. Nesse ambiente, o residente observa os preceptores, tomando-os como modelos de habilidade técnica e conhecimento e espelho de comportamento e atitudes, na formação da identidade profissional. Assim, o primeiro passo no caminho do ensino-aprendizagem na residência é explicitar o que deve ser compreendido e o que o aprendiz deve ser capaz de fazer com o que aprendeu, deixando bem claros os objetivos da aprendizagem (BOTTI; REGO, 2010).

Ainda, de acordo com Panúncio-Pinto e Troncon (2014), a avaliação desempenha um papel importante na formação. Avaliar significa obter informações que vão ajudar nas tomadas de decisões, sendo necessário que o planejamento e a execução da avaliação considerem as suas múltiplas finalidades, com destaque para a de reforçar o aprendizado (avaliação formativa). Deve-se concentrar não somente no conhecimento adquirido (habilidades cognitivas), mas também nos domínios psicomotor e afetivo. De acordo com os autores, no cenário atual brasileiro das profissões da saúde, prevalece o foco exclusivo na avaliação cognitiva, privilegiando a função somativa, em detrimento da formativa, o que ficou evidente nos resultados desta pesquisa.

Assim, a avaliação do profissional já formado, no seu ambiente de trabalho também é conhecida como avaliação de desempenho. Existe uma variedade de métodos que podem ser aplicados a esta avaliação. Estes métodos incluem os que se baseiam na análise do processo de trabalho, como o modo de preenchimento dos prontuários, as prescrições, os pedidos de exames e os encaminhamentos. Incluem também a análise de desfechos, ou seja, a verificação dos indicadores relativos às pessoas assistidas (morbidade, mortalidade, qualidade de vida). Uma forma de avaliar o trabalho do profissional consiste na simulação de caso, em que o relato do que foi feito permite que se avalie a adequação da abordagem. Outra forma consiste no cotejo da autoavaliação feita pelo avaliado com aquela feita pelos seus pares, outros profissionais envolvidos, pacientes e pelos supervisores (PANÚNCIO-PINTO; TRONCON, 2014).

Tonhom, Higa e Pinheiro et al. (2014) desenvolveram estudo para avaliar, na formação em saúde, um método de avaliação construído com a finalidade de

mensurar, por meio da aquisição de competências, o conhecimento dos estudantes. Elaboraram indicadores para avaliar o processo de ensino-aprendizagem na área do cuidado individual. Os indicadores contemplaram os desempenhos de realização da história clínica, exame físico e raciocínio clínico, a partir da compreensão de que, no desenvolvimento dessas atividades, é dada a oportunidade aos estudantes de realizar o cuidado na perspectiva da integralidade, como preconizado no SUS e nas DCN. Esse estudo demonstra uma possibilidade de avaliação formativa na realidade brasileira, que pode ser aplicado nas residências deste estudo.

Sandoval, Valenzuela e Monge et al. (2010) relatam resultados de análise de avaliação do uso de três instrumentos na avaliação de internos de medicina ao longo de sete anos, no Chile. As ferramentas foram as seguintes: exame clínico objetivo estruturado (*objective structured clinical examination*, OSCE), exame escrito e diretrizes de observação de prática clínica diária (DOPCD). Todos os modelos foram considerados efetivos, complementares entre si e geraram bons resultados, sendo mais uma possibilidade de avaliação para a realidade ora estudada.

Nesta pesquisa, evidenciou-se que existe uma dificuldade no retorno aos alunos sobre sua avaliação. Essa dificuldade parece transcender do fato de não estar claro, nem para os preceptores, nem para os residentes, os métodos utilizados. Assim, quando não há método, não se consegue avaliar. Ademais, o retorno aos estudantes não acontece em decorrência disso, e quando acontece, é apenas da avaliação objetiva formal (somativa), demonstrando a inexistência da avaliação formativa.

O *feedback* aos profissionais ou estudantes, de acordo com Borges, Miranda e Santana et al. (2014) é um dos componentes principais da avaliação formativa. O *feedback* regula o processo de ensino-aprendizagem, fornecendo, continuamente, informações para que o estudante perceba se está distante ou próximo dos objetivos almejados. Isso significa que o estudante deve ser estimulado a desenvolver a autoavaliação e a autorregulação do seu aprendizado. Assim, o aluno se compromete com o esforço necessário para reduzir a distância entre o que sabe e o que é capaz de fazer, entre o nível de aprendizado que está e o nível de capacitação a ser atingido. É neste ponto que o *feedback* do professor pode produzir o maior benefício.

Outro aspecto que emergiu das falas diz respeito a não saber como e porque estão sendo avaliados os residentes, caracterizando essa avaliação como subjetiva. Ora, os processos subjetivos não se encontram ao lado, como componente interveniente ou indesejável do/no processo avaliativo, segundo Santos-filho, Souza

e Gonçalves (2011 apud SORDI; LOPES; DOMINGUES et al., 2015). Eles compõem o objeto avaliado e compõem as práticas de humanização: a produção de serviços (inovados) dá-se de forma inseparável da produção de sujeitos e essa produção de novos sujeitos singulares passa, necessariamente, pela construção de um novo plano de subjetivação, ou seja, também requer método.

As experiências na prática clínica são situações de incerteza na avaliação do raciocínio clínico, por isso considerada subjetiva pelos participantes do estudo. Piovezan, Custódio e Cendoroglo et al. (2010) apresentam um modelo de avaliação para estas situações, no qual validaram um instrumento que permite avaliar o estudante na prática clínica, em contextos de incerteza, a partir da teoria de *scripts*. Este potencial de raciocínio provém de “redes” ou interligações de conhecimentos e dados diretamente ligados a tarefas práticas e regulares do exercício profissional. Estas interligações são conhecidas como *scripts*, cujos conceitos são provenientes de princípios da psicologia cognitiva sobre o raciocínio profissional. Portanto, a avaliação padronizada do raciocínio em contextos de incerteza, ou o teste de concordância de *scripts*, parece ser uma proposta interessante para o estudo e a avaliação do processo de aprendizagem do raciocínio genuinamente profissional e surge como mais uma possibilidade de avaliação para a realidade do estudo.

Ainda, na dimensão de avaliação de valores éticos e atitudinais, cujos sujeitos não sabem dizer como esta avaliação ocorre, esperar-se-ia que o residente pudesse adquirir níveis crescentes de autonomia, para isso necessita do *feedback* do preceptor, a fim de construir seu saber e atingir os objetivos que se espera dele no processo de aprendizagem. Castells (2014) aborda que o preceptor vai desenvolvendo a habilidade em relação a dinâmica de ensino-aprendizagem por tentativa e erro, o que resulta em práticas pedagógicas distintas entre preceptores de um mesmo programa de residência. Por outro lado, alguns preceptores compreendem que o exercício desta função deva ser centrado nas características e necessidades singulares do residente, com foco na autonomia, sem uma abordagem padronizada, o que pode levar a certo experimentalismo, segundo a autora.

Outro aspecto que emerge das falas é o ambiente pouco democrático em relação a avaliação dos residentes, pois as notas são informadas via secretaria do programa, sem contato direto com os avaliadores para que os estudantes saibam exatamente em que não estão atingindo seus objetivos. Castells (2014), afirma que, quanto mais autoritário um ambiente de ensino e pouco participativo, menor será a

capacidade de promover espaços de diálogo e o desenvolvimento de autonomia para decisões éticas do aprendiz. Espaços mais democráticos favorecem reflexões sobre atitudes, regras e produzem consensos, que levam ao comportamento autônomo, cuja participação do preceptor é fundamental. A autora menciona que essa responsabilidade pela formação moral e ética do residente é uma dificuldade para os preceptores, a exemplo dos relatos de nossa pesquisa.

Os residentes desse estudo mencionam dificuldade de abordagem das questões atitudinais, morais e éticas por parte dos preceptores, relatando que, por vezes, se sentem expostos desnecessariamente, quando as discussões ocorrem nos grupos, ou junto a pessoas que não estão diretamente ligadas a sua prática clínica, por exemplo, quando outros profissionais de saúde ou mesmo estudantes de medicina, reportam situações sobre sua conduta, pelas quais são avaliados pelo preceptor. Essa dificuldade é mencionada por Castells (2014), pois os preceptores tendem a realizar *feedbacks negativos*, que não promovem autonomia dos médicos, quando deveriam ser identificadas e problematizadas as situações problema, na relação preceptores/residentes.

5.4 Unidade 2 – Resultados: A subjetividade na avaliação de valores, atitudes e comportamentos

Os integrantes dos programas avaliados definem a forma como a avaliação é realizada, principalmente no que diz respeito a aquisição de conhecimento, valores, atitudes, comportamentos, relacionamento interpessoal e com os pacientes, assiduidade, qualidade nas ações médicas, como sendo subjetiva. Os depoimentos a seguir ilustram essa afirmação.

Avaliação que é considerada subjetiva, no período de um ano, quatro subjetivas e uma teórica (GFRA).

Há avaliação objetiva e subjetiva [...] subjetiva, para mim, é um pouco “obscuro” o que é avaliado. Sei que existe, mas não sei exatamente como é feita.[...] Não nos dizem no que precisamos melhorar ou naquilo que precisamos evoluir. Então, no final das contas, se não recebemos puxão de orelha é porque está tudo certo (GFRB).

A subjetividade está presente também na fala dos preceptores, corroborando a percepção dos residentes, de que a avaliação não é clara, com instrumento conhecido por todos, mas pela relação que se estabelece no cotidiano de ensino-aprendizagem. Os depoimentos dos participantes, abaixo, demonstram essa característica.

Avaliação vinda de todos os preceptores, avaliamos pontualidade, comprometimento, conhecimento, resolutividade, postura.[...] Mas cada um dá a nota que acha mais adequada, mas não temos um instrumento (GFPA).

Não existe uma avaliação objetiva [...] A avaliação é no dia-a-dia, é na discussão dos casos [...] subjetivamente.[...] Eu acho que a gente não avalia o residente. Não existe um script, um roteiro como em outros serviços. Estou há quatro anos e nunca fiz uma avaliação, nem uma questão de uma prova, nem mesmo sei se eles fazem prova ou TCC. [...] Eu acho que o coordenador aplica uma prova (GFPB).

Contrariamente, a coordenação de um dos programas acredita que a avaliação é clara, está bem definida, e é de conhecimento de todos, mencionando o que se espera que seja avaliado, a nota atribuída e o peso da nota subjetiva em relação a objetiva.

Todos os preceptores que estiveram em contato com os residentes dão uma nota subjetiva. [...] Também fazemos uma avaliação teórica obrigatória anual, uma prova de múltipla escolha [...] é somada com as outras quatro subjetivas (ECA).

Para o outro programa, fica evidente que não há critério definido para a avaliação subjetiva, conforme também enunciaram os participantes.

Não tenho nada formalizado quanto a essa avaliação, é uma avaliação subjetiva, não há nada escrito quanto aos quesitos que são avaliados, não é disponibilizado aos próprios residentes. Mas nessa subjetividade, eu avalio a assiduidade dos residentes, sua presença e seus horários de chegada, e além do dia-a-dia e seus conhecimentos teóricos (ECB).

Em relação a aquisição de habilidades específicas, o residente também pensa ser avaliado de forma subjetiva.

Então é muito subjetivo a forma como eu acho que sou avaliado. Você acaba tendo a confiança dos chefes para realizar determinadas atividades que antes você não tinha, é percebido que de certa forma temos uma autonomia, é como sabemos que estamos progredindo no ponto de vista técnico (GFRB).

A avaliação de valores e atitudes também emerge como subjetiva na fala dos preceptores e coordenador de um dos programas.

Acho que novamente entra no campo da subjetividade. [...] Subjetividade total (GFPB).

Não há nada organizado [...] o conceito ético é avaliado de uma maneira subjetiva (ECB).

Ainda, quanto a avaliação de comportamentos e atitudes, a subjetividade está presente nos grupos focais de todos os sujeitos, além de os residentes desconhecerem o processo de avaliação desses atributos.

Acreditamos que sim, mas não sabemos como. [...] Nunca nos dizem se o que fazemos é certo ou errado. [...] Tivemos um feedback negativo da avaliação e do nosso comportamento, mas não em nível individual. [...] Foram colocados da seguinte forma “não estou visivelmente presente para vocês porém eu escuto coisas nos corredores, tenho contatos, inclusive dos acadêmicos”, ou seja, os acadêmicos é quem nos avaliam?. [...] Se para a preceptoria nós somos bons em algo, não sabemos. [...] Eles nos dizem que somos ruins por isso ou por aquilo. Você é ruim porque você é ruim. Dizem-nos que somos irresponsáveis, sem comprometimento, sem interesse. [...] A minha impressão é a seguinte, se você fizer a sua obrigação, e fazer a prova certinha, cumprir com o TCR, você será aprovado, mas não saberá qual foi sua evolução durante esses dois anos (GFRA).

São avaliadas informalmente, não temos um checklist, mas assiduidade, pontualidade, relação médico-paciente é abordado [...] A parte de respeito com preceptoria, pois temos uma hierarquia a ser seguida [...] acho que é avaliado, mas não sei se existe uma reunião da preceptoria para avaliar nós quanto a essa questão de postura e de comprometimento (GFRB).

Os preceptores demonstram a mesma subjetividade em suas falas.

Subjetivamente, dia-a-dia de enfermagem. [...] avaliação do dia-a-dia, é puramente e simplesmente o dia-a-dia (GFPB).

Sobre a interrelação entre conhecimentos e habilidade técnica versus comportamentos e atitudes, a avaliação demonstrou-se mais uma vez subjetiva, sem critérios claros para os residentes, preceptores e coordenadores. Depoimentos retratam essa realidade.

Acho que até mais do que comportamento, o que conta é o teu relacionamento com os preceptores [...] mas se você não for tão próxima do seu preceptor, terá uma nota pior. [...] meu comportamento e nem meu trabalho não farão minha nota, o que fará ela, será meu relacionamento com o preceptor, se houver empatia entre o residente e o preceptor, a nota será boa (GFRA).

Acredito que se ele peca em um desses aspectos acaba tendo uma avaliação mediana ou, se ele é muito bom em uma e muito ruim em outra, acaba tendo um desvio padrão muito grande do que uma pessoa mais homogênea (GFRB).

Acho que é mais viável você ter menos conhecimento e ter mais postura (GFPA).

O mais importante não seja a habilidade técnica, mas uma habilidade moral, o respeito com os pacientes, o cuidado que ele tem (GFPB). Isso eu avalio bem e levo em consideração na nota subjetiva (ECB).

Nos depoimentos percebe-se uma relação de dependência quanto ao que o preceptor considera importante no processo ensino-aprendizagem, a questão da empatia, da proximidade, do relacionamento, cuja importância para um bom relacionamento professor-aluno mostram-se necessárias, mas não devem prevalecer como imposição ou relação de poder de um para com o outro, nesse caso do preceptor para o residente.

5.5 Unidade 2 – Discussão: A subjetividade na avaliação de valores, atitudes e comportamentos

No que tange a subjetividade da avaliação quanto a aquisição de conhecimentos, valores, atitudes, comportamentos, relacionamento interpessoal e com os pacientes, assiduidade, qualidade nas ações médicas, evidenciado nas falas dos sujeitos desse estudo, contrariamente, Venturelli (2015, p. 45) enfoca no papel do orientador/supervisor/preceptor, a necessidade de se “*llevar al estudiante a enfrentar un conjunto de importantes conceptos, ideas y técnicas que provoquen contradicciones e inquietudes significativas como para desplegar su creatividad, flexibilidad, y reflexión metacognitiva*”.

Ainda, que para isto acontecer, são necessárias formas claras de avaliação, trazendo como exemplos, as ferramentas

aprendizaje basado en problemas (ABP), simulación en docencia clínica (SDC), para la evaluación, portafolios, una evaluación de práctica clínica estructurada conocida por la sigla derivada del término en inglés, OSCE (Objective Structured Clinical Examination), 360° que nació en el mundo empresarial con el propósito de darle al empleado la retroalimentación necesaria y estimularlo a mejorar su desempeño, comportamiento o ambos, y dar a la gerencia la información necesaria para tomar decisiones en el futuro (VENTURELLI, 2015, p.43).

A ausência de instrumentos de avaliação foi corroborada nos grupos focais com os preceptores. Ao contrário da realidade estudada, a adoção de estratégias claras e precisas de avaliação deve contemplar a utilização de métodos específicos para a obtenção de informações, devendo-se considerar os seus atributos de validade, fidedignidade, viabilidade, equivalência, aceitabilidade, impacto educacional e efeito catalítico, de acordo com Troncon (2016).

Ademais, reporta-se a necessidade de um programa de avaliação no qual deve-se explicitar sua definição e descrever de forma transparente qual a filosofia, estratégia, procedimentos e métodos empregados, assim como o modo como os dados são analisados e as decisões tomadas. Sendo estas informações, acessíveis a

todos os participantes dos processos de ensino-aprendizagem: estudantes, professores, coordenadores e equipe de apoio administrativo (TRONCON, 2016).

Embora a coordenação de um dos programas acredite que a avaliação é clara, bem definida e de conhecimento de todos, não foi o encontrado nos depoimentos dos preceptores e residentes. Em relação a dar conhecimento aos avaliados sobre a avaliação, Troncon (2016) menciona que é usual na avaliação de estudantes de medicina, como modelo predominante, a avaliação do aprendiz, quando deveria ser a avaliação para o aprendiz. Afirma que, mais do que aumentar a frequência com que os estudantes recebem *feedback*, é preciso melhorar também a sua qualidade e efetividade, o que não está ocorrendo nos programas avaliados, visto que, apenas a coordenação de um serviço a percebe como tal. Reporta ainda, que deve constituir meta da avaliação programática, o desenvolvimento das competências de aprendiz permanente autodirigido e o fomento à reflexão e à capacidade de autoavaliação, que possam regular continuamente este aprendiz. Práticas não encontradas nos programas de residência do estudo.

Sobre a aquisição de habilidades com auxílio da preceptoria, tanto preceptores quanto residentes relataram a dificuldade de avaliação, pois os residentes não percebem sobre o que estão sendo avaliados e os preceptores mencionam uma avaliação do cotidiano, sem precisar no que ela consiste. Ao contrário, no estudo de Sant'Ana e Pereira (2016), sobre a supervisão do preceptor, estas constataram que os médicos entrevistados consideraram a preceptoria fundamental para o processo ensino-aprendizagem e que ser preceptor significa transmitir conhecimentos e se responsabilizar pela formação profissional. Concluíram que, na perspectiva dos médicos, a preceptoria contribuiu para a formação dos futuros profissionais. A preceptoria mal estruturada e mal desempenhada poderá causar uma redução na aprendizagem e, conseqüentemente, grande prejuízo na formação prática, humana e ética dos futuros profissionais de saúde.

Por outro lado, quando os preceptores afirmam avaliar os residentes no dia a dia, no cotidiano das atividades, Castells, Campos e Romano (2016) corroboram essa afirmação, dizendo que a preceptoria é um conjunto de habilidades a serem aprendidas, e que professores clínicos aprenderam essas habilidades por tentativa e erro. O estudo, baseado na realidade do dia a dia de ensino, integra e sintetiza uma riqueza de experiências dos alunos e preceptores a partir da qual outros professores podem aprender.

Os residentes mencionam imaginar que os preceptores saibam que eles sabem desempenhar atividades técnico-científicas com habilidade e desenvoltura, pois não recebem *feedback* sobre suas práticas. Sobre isso, menciona-se Sordi, Lopes e Domingues et al. (2015, p. 732), os quais introduzem o tema avaliação dizendo que “vivemos tempos marcados pelo culto à avaliação, que, muitas vezes, tem sido confundida com mera mensuração dos resultados descolados dos processos que os originam e dos fatores que nestes interferem”.

É preciso refletir sobre a prática avaliativa encontrada em nossa pesquisa, pois retratou-se descolada das propostas avaliativas mais modernas e responsáveis, com avaliação processual e não somente avaliação ao término do processo, pois, posturas avaliativas voltadas para o controle dos resultados influenciam negativamente na avaliação formativa, a qual provoca reflexão e discussão sobre as intencionalidades no processo, as finalidades deste e a negociação entre sujeitos em nome da aprendizagem (SORDI; LOPES; DOMINGUES et al., 2015).

Sobre a prática da subjetividade na avaliação, Sordi, Lopes e Domingues et al. (2015) afirmam que esta precisa reconfigurar-se para não haver constrangimento entre os sujeitos que estão situados de modo diferente no processo, pois que valorizam a comunicação e a participação plural, o que significa respeito a alteridade, ou seja, a capacidade de colocar-se no lugar de outrem, e contratualização de estratégias que possibilitem as mudanças coletivamente assumidas. Assim, os processos subjetivos não estão à margem, como componente estranho ao processo avaliativo, uma vez que compõem as práticas de humanização, quer dizer, a produção de serviços não se dissocia dos sujeitos que os produzem, que por sua vez, são também subjetivados nessa produção.

No que diz respeito aos comportamentos e atitudes, os residentes dizem ser avaliados por olhos ocultos, ou seja, não há avaliação do preceptor, com retorno sobre aspectos em que precisam melhorar, mas a avaliação feita a partir das informações de terceiros, incluindo-se aí a equipe da unidade, outros alunos de medicina e outros profissionais que não integram a preceptoria. Ao contrário do discutido por Pricinote e Pereira (2016), as quais afirmam a importância de dar retorno ao sujeito avaliado, o denominado *feedback*, o qual é definido como a resposta dada ao avaliado sobre a performance desempenhada e aquela que era a esperada, para que possa haver reflexão sobre o processo e transformação da prática.

Sobre a avaliação de atitudes e comportamentos, Maldonado-Rojas, Vidal-Flores e Royo-Urrizola et al. (2015), em estudo sobre o processo de formação do médico no Chile, descrevem a importância do que denominaram competências genéricas, na formação deste profissional e quais aspectos devem ser avaliados nesse sentido, a saber, o trabalho em equipe, a comunicação assertiva, a capacidade de organizar o tempo e priorizar as tarefas para lidar com as pressões e situações estressantes, entre outras. Acreditam que, mais do que boa formação acadêmica tem a responsabilidade de formar cidadãos críticos, além de profissionais competentes. Estes aspectos poderiam também ser incluídos nos programas de formação médica na modalidade residência em nosso país.

Desse modo, propõem a organização de estratégias para desenvolver estas habilidades, definidas como competências: instrumentais (técnico-científicas), interpessoais (relações sociais), de cidadania (responsabilidade social). Concluem que é necessário continuar avaliando e fortalecendo essa dimensão no ensino médico, pois este tipo de habilidade permite a formação de um profissional integral (MALDONADO-ROJAS; VIDAL-FLORES; ROYO-URRIZOLA et al., 2015). Enquanto nessa realidade o currículo médico prevê o ensino desses valores de forma sistematizada, aqui em nossa pesquisa, na formação do residente, a avaliação não contempla esses aspectos de forma organizada e clara para que o médico saiba quais as habilidades e competências estão sendo requeridas para sua formação.

Ortiz-Solarte, Venegas-Gómez e Espinoza-Concha (2015), em estudo sobre a qualidade do processo de formação profissional, abordam que é necessário determinar se existe correspondência entre metodologias, processos, critérios e instrumentos de avaliação, para determinar as carências do processo educativo. Referem-se a necessidade de associar a aplicação de métodos combinados que facilitem a avaliação do processo formativo e que retornem as avaliações nos tempos devidos, a fim de que se possa implantar as medidas necessárias para corrigir os aspectos que não foram bem avaliados. Ou seja, o que precisa ser adotado na realidade de nosso estudo, pois ao contrário, essas estratégias não estão sendo adotadas no processo de formação/avaliação do médico residente.

A exemplo do que dizem os residentes deste estudo, e que precisa ser superada como prática, a avaliação se assemelha a descrita no estudo de Oliveira, Melo e Rouiller et al. (2015), refletindo que a avaliação no ensino superior tem sido feita de forma limitada, utilizando estratégias/procedimentos da avaliação somativa,

aplicadas ao término de um período de ensino, remetendo à manutenção de uma antiga e persistente cultura avaliativa, que prioriza a utilização de provas escritas com a função de avaliar os alunos. Este fato foi relatado por todos os sujeitos de nossa pesquisa.

Outro aspecto mencionado pelos residentes no tocante a avaliação, diz respeito as relações. E nessas relações aparece a dominação dos sujeitos avaliadores para com os avaliados. No processo de aprendizado em saúde, cujo foco é o cuidado, a ética do cuidado verbaliza-se como uma voz de razão, emoção e parte da condição humana, pois que somos relacionais e interdependentes. Sendo assim, a ética do cuidado é fundamentada nos relacionamentos, na importância de todos terem voz, com uma lógica indutiva, portanto, psicológica (MAYERNYIK; OLIVEIRA, 2016). Nesse espaço, ao contrário do que se encontrou, nesse estudo, não cabe a relação de superioridade e dependência dos sujeitos avaliados em relação ao avaliador e menos ainda, estar à mercê do modo de relacionar-se com o preceptor para obter uma boa avaliação.

Os depoimentos dos preceptores indicam uma tendência a considerar as habilidades éticas e relacionais mais importantes do que as habilidades técnico-científicas. A esse respeito, cita-se Mayernyik; Oliveira (2016), os quais abordam que, na área médica, inclui-se esforços conscientes para o desenvolvimento de habilidades empáticas, o que é valioso tanto para os médicos quanto para os pacientes, num mundo cada vez mais fragmentado e tecnológico da medicina moderna. Contudo, chama-se a atenção para o necessário equilíbrio nessa prática, uma vez que habilidades empáticas e relacionais, assim como técnico-científicas deveriam ser intrínsecas, sem que um aspecto sobressaia em relação ao outro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pressuposto desse estudo, de que as formas de avaliação nos programas de residência em clínica médica não estão claramente estabelecidas, em relação às possibilidades teóricas (avaliação diagnóstica, formativa, processual e somativa) e ao retorno dado aos médicos residentes, bem como quanto ao uso de instrumentos estabelecidos para avaliação da progressão dos estudantes ao longo do processo de formação no trabalho, se confirmou.

Foi possível a compreensão quanto ao processo de avaliação do médico residente, nos programas de clínica médica estudados, observando as diferentes perspectivas dos atores envolvidos, ou seja, compreender que não há um processo avaliativo do conhecimento de todos. Ainda, descreveu-se as características das residências médicas, percebendo as metodologias de avaliação desse programas comparando-as, evidenciando as afinidades e diferenças, atingindo-se o cumprimento de todos os objetivos do estudo.

Desse modo, a avaliação médica durante o processo de formação nos programas de residência estudados é realizada apenas ao fim de um período de formação, denominada somativa, selecionando o profissional para mudança de etapa, conforme determina a normatização. Ainda, não há clareza quanto a avaliação subjetiva, decorrente, principalmente, da inexistência de ferramentas de avaliação conhecidas e adotadas por todos os sujeitos.

Percebe-se a necessidade de realizar mais estudos, de modo a abranger a realidade nacional e evidenciar se este é um problema recorrente nesse cenário, inclusive com outras metodologias que não apenas a qualitativa, para iluminar a questão e possibilitar reflexão que induza a mudança na formação e avaliação desta modalidade de ensino.

A realidade sobre a avaliação em programas de residência em clínica médica mostrou-se preocupante. Requer discussões a respeito de mudanças em sua operacionalização, a exemplo do que já ocorre em outros países, com a adoção de critérios claros para todos os envolvidos.

No estudo, discutiu-se estratégias para avaliação durante um processo de ensino profissional adotadas em outros países e escolas nacionais. Sugere-se que os programas que integraram o estudo reflitam sobre sua prática de formação em serviço, especificamente no tocante ao objeto desse estudo, a avaliação, a fim de transformar sua prática.

Para que isso ocorra, a formação do médico como professor é interessante e necessária, pois este profissional forma-se como um excelente técnico para a prática clínica, contudo, não recebe formação pedagógica para ser também um ótimo professor. Não se ater apenas a reproduzir sua formação poderá traduzir-se em bons resultados, assim, é mister investir em formação pedagógica para os médicos.

7 REFERÊNCIAS

BALWAN, S.; FORNARI, A.; DIMARZIO, P.; et al. Use of Team-Based Learning Pedagogy for Internal Medicine Ambulatory Resident Teaching. **Journal of Graduate Medical Education**, December, p. 643-648, 2015.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN; L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORGES, M. C; MIRANDA, C. H.; SANTANA, R. C. et al. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais de saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v. 47, n. 3, p. 324-31, 2014.

BOTTI; S. H. O. **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Rio de Janeiro: s.n., 2009. 104 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 34, n. 1, p. 132 – 140, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto Nº 80.281 de 5 de setembro de 1977. **Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências**. Brasília (DF): MEC, 1977.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981. **Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências**. Brasília (DF): MEC, 1981.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto No. 7.562, de 15 de setembro de 2011. **Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica**. Brasília (DF): MEC, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde e da Educação. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências**. Brasília (DF): MS/MEC, 2013.

CASCAVEL. Portal do município de Cascavel. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/> Acesso em: 16 Abr 2016.

CASTELLS, M. A. Estudo dos programas de residência médica em medicina da família e comunidade: a questão da preceptoria. **Dissertação** (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. 83 f.

- CASTELLS, M. A.; CAMPOS, C. E. A.; ROMANO, V. F. Residência em medicina de família e comunidade: atividades da preceptoría. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 40, n. 3, p. 461-469, 2016.
- CHAVES; H. L; BORGES; L. B; GUIMARÃES D. C. et al. Vagas para residência médica no Brasil: onde estão e o que é avaliado. **Rev. Bras. Educação Médica**. v. 37, n. 4, p. 557 – 565, 2013.
- COHEE, B. M.; KOPLIN, S. A.; SHIMEALL, W. T; et al. Results of a Formal Mentorship Program for Internal Medicine Residents: Can We Facilitate Genuine Mentorship? **Journal of Graduate Medical Education**, March, p. 105-108, 2015.
- COREME HOSPITAL SÃO LUCAS/FAG. Informações de arquivo. Cascavel: HSL/FAG, 2016.
- COREME HUOP. Informações de arquivo. Cascavel: HUOP, 2016.
- DEMO, P. Pesquisa e construção de conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 2002.
- FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v.3, s/n, p. 57-70, 1998.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FRIEDMAN, K. A.; RAIMO, J; SPIELMANN, K.; et al. Resident dashboards: helping your clinical competency committee visualize trainees' key performance indicators. **Medical Education Online**, v. 21. n.1, 7 telas, 2016.
- GOLDFLAM, K.; BOD, J.; DELLA-GIUSTINA, D. et. al. Emergency medicine residents consistently rate themselves higher than attending assessment on ACGME milestones. **West J Emerg Med**. v. 16, n. 6, p.931-935, 2015.
- HORII, C. L. Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores. **Dissertação** (Mestrado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. 96 f.
- HOSPITAL SÃO LUCAS FAG. Portal FAG. Disponível em: <http://www.saolucascascavel.com/> Acesso em: 16 Abr 2016.
- HUOP. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ. Portal do HUOP. Disponível em: <http://www.unioeste.br/hospitaluop/> Acesso em: 16 Abr 2016.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Dados demográficos. Cascavel, PR. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/cascavel/panorama>. Acesso em 27 Jun 2017.
- IBLHER, P.; ZUPANIC, M.; OSTERMANN, T. The questionnaire D-RECT German: adaptation and test theoretical properties of an instrument for evaluation of the learning climate in medical specialist training. **GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung**. v. 32, n. 5, p. 1-14, 2015.

- JORBA, J.; SANMARTÍ, N. **A função pedagógica da avaliação**. Disponível em: professor.ufop.br/sites/default/files/danielmatos/files/a_funcao_pedagogica_da_avaliacao.pdf. Acesso em: 21 Abr 2016.
- KHAN, A. R.; SIDDIQUI, N. S.; THOTAKURA, R. et al. Evaluation and enhancement of medical knowledge competency by monthly tests: a single institution experience. **Advances in Medical Education and Practice**. v. 6, s/n, p. 571-575, 2015.
- LUCKESI, C. C. Avaliação da aprendizagem escolar: estudo e proposições. São Paulo: Cortez, 2013.
- MACHADO, MH. (Coord.) Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.
- MAYERNYIK, M. A.; OLIVEIRA, F. A. G. O Cuidado Empático: Contribuições para a Ética e Sua Interface com a Educação Moral na Formação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 40, n. 1, p. 11-20, 2016.
- MAINTHIA, R.; TARPLEY, M. J.; DAVIDSON, M. et al. Achievement in surgical residency: are objective measures of performance associated with awards received in final years of training? **Journal of Surgical Education**. v. 71, n. 2, p. 176-181, 2014.
- MALDONADO-ROJAS, M.; VIDAL-FLORES, S.; ROYO-URRIZOLA, P. et al. Evaluación de competencias genéricas en egresados de tecnología médica de la Universidad de Talca, Chile. **FEM** v. 18, n. 5, p. 353-359, 2015.
- MINAYO; M. C. de S. **O desafio conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MINAYO; M. C. de S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- NÁCUL, M. P.; CAVAZZOLA, L. T.; MELO, M. C. Current status of residency training in laparoscopic surgery in Brazil: a critical review. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. v. 28, n.1, p. 81-85, 2015.
- OLIVEIRA, L. B.; MELO, V. F. A.; ROUILLER, A. P. T. et al. Estratégias de avaliação da aprendizagem aplicadas no ensino de graduação em enfermagem no Brasil. **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería**. v. 5, n. 1, p. 57-62, 2015.
- ORTIZ-SOLARTE, A. M.; VENEGAS-GÓMEZ, M. P.; ESPINOZA-CONCHA, M. X. Diseño de un sistema para la verificación del desarrollo de una competencia del perfil del egresado. **FEM** v. 18, n. 1, p. 71-77, 2015.
- PALAMARA, K.; KAUFFMAN, C; STONE, V. E.; et al. Promoting Success: A Professional Development Coaching Program for Interns in Medicine. **Journal of Graduate Medical Education**, December, p. 630-637, 2015.
- PANÚNCIO-PINTO, M. P.; TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante – aspectos gerais. **Medicina** (Ribeirão Preto). v. 47, n. 3, p. 314-23, 2014.

PIOVEZAN, R. D.; CUSTÓDIO, O.; CENDOROGLO, M. S. et al. Teste de Concordância de Scripts: uma proposta para a avaliação do raciocínio clínico em contextos de incerteza. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 34, n. 1, p. 5-12, 2010.

PRICINOTE, S. C. M. N.; PEREIRA, E. R. S. Percepção de discentes de medicina sobre o feedback no ambiente de aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 40, n. 3, p. 470-480, 2016.

RIBEIRO; M. A. A. **Apontamentos sobre a residência médica no Brasil**. Brasília (DF): Câmara dos Deputados/consultoria Legislativa, 2011.

SAMPAIO, R.; MANCINO, M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese. **Rev. Bras. de Fisioterapia**, v.11, s/n, p. 83-89, 2007.

SANDOVAL, G. E.; VALENZUELA, P. M.; MONGE, M. M. et al. Analysis of a learning assessment system for pediatric internship based upon objective structured clinical examination, clinical practice observation and written examination. **Pediatr (Rio J)**. v. 86, n. 2, p. 131-136, 2010.

SANT'ANA, E. R. R. B.; PEREIRA, E. R. S. Preceptoria médica em serviço de emergência e urgência hospitalar na perspectiva de médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 40, n. 2, p. 204-215, 2016.

SANTOS, E. G.; SALLES, G. F. C. M. Construção e validação de um instrumento de avaliação em habilidades técnicas para programas de residência em cirurgia geral. **Rev. Col. Bras. Cir.** v.42, n.6, p. 407-412, 2015.

SANTOS, I. X. et al. Construção de portfólio de avaliação de residência médica de MFC da UFPE. In: **Anais do 12º Congresso Brasileiro de medicina de Família e Comunidade**. Maio, v. 12, p. 1076, 2013.

SORDI, M. R. L.; LOPES, C. V. M.; DOMINGUES, S. M. et al. The potential of formative evaluation on the change processes of professional healthcare education. **Interface (Botucatu)**. v. 19, Supl 1, p. 731-42, 2015.

TONHOM, S. F. R.; HIGA, E. F. R.; PINHEIRO, O. L. et al. Indicadores de Avaliação do Cuidado Individual: Subsídios para a Formação Médica Orientada por Competência. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 38, n. 3, p. 331-336, 2014.

TRONCON, L. E. A. Estruturação de sistemas para avaliação programática do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 40, n. 1, p. 30-42, 2016.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. Metodologia de avaliação de aprendizado. Disponível em: www.uel.br/ccs/medicina/pages/-curso/08-metodologia-de-avaliacao-da-aprendizagem.php Acesso em: 21 Abr 2016.

UNIOESTE. Resolução nº 053/2011-CEPE, de 26 de abril de 2011. Alterada pela res. nº 161/2011-CEPE, de 4 de agosto de 2011. **Aprova o Regulamento do Programa de Residência Médica, do Centro de Ciências Médicas e**

Farmacêuticas, do campus de Cascavel, para os ingressantes a partir do ano de 2011. Cascavel: Unioeste, 2011.

VENTURELLI, J. Nuevas metodologías de evaluación de pre y postgrado. **Rev. Ped. Elec.** [en línea] v. 12, n. 1., p. 43-46, 2015.

WATANABE, L. M. **Manual de avaliação:** curso de Medicina. Brasília: Fundação de ensino e Pesquisa em ciências da Saúde, 2002.

WILLIAMS, R. G.; VERHULST, S.; MELLINGER, J. D. et al. Is a single-item operative performance rating sufficient? **Journal Of Surgical Education**, v. 72, n. 6, p. e212-e217, 2015.

ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI, S. M. R. R. avaliação da aprendizagem do estudante. **Cadernos ABEM.** v. 3, s/n, p. 39-43, 2007.

APÊNDICE 1
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COORDENADOR

Perfil do Coordenador:

Idade: _____ Sexo: _____

Coordenador de qual residência: _____

Tempo de formado? _____ Instituição Formadora: _____

Qual residência possui? _____

Concluída há quantos anos? _____ Instituição Formadora: _____

Possui outra residência? _____ Qual? _____

Tem outro título de especialista? _____ Instituição Formadora: _____

Trabalha como preceptor/médico na instituição atual? _____ Há quanto tempo?

Tem experiência em preceptoria médica? _____

Há quanto tempo atua como coordenador da residência? _____

Tem outra experiência em docência? _____

Qual? _____ Tempo De Duração: _____

Tem mestrado? _____ Qual? _____

Tem Doutorado? _____ Qual? _____

Questões de Entrevista com o coordenador

- 1) Como é o processo de escolha do coordenador da residência em seu programa?
- 2) Quais são as funções do coordenador?
- 3) Como é sua relação de trabalho com os preceptores e com os residentes?
- 4) Como são planejadas as atividades da residência para o período letivo?
- 5) Como é feita a avaliação dos residentes no programa em que coordena?
- 6) Todos os preceptores participam da avaliação dos residentes?
- 7) Na avaliação são contemplados os aspectos éticos, além dos técnicos?
- 8) O relacionamento do residente com preceptores e equipe da instituição faz parte da avaliação?
- 9) Existe uma avaliação sistematizada utilizada pela instituição? Qual é o tipo de avaliação adotado?

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PRECEPTOR

Perfil do Preceptor:

Idade: _____ Sexo: _____

Preceptor de qual residência: _____

Tempo de formado? _____ Instituição Formadora: _____

Qual residência possui? _____

Concluída há quantos anos? _____ Instituição Formadora: _____

Possui outra residência? _____ Qual? _____

Tem outro título de especialista? _____ Instituição Formadora: _____

Há quanto tempo trabalha como preceptor/médico na instituição atual? _____

Quanto tempo de experiência em preceptoria médica? _____

Tem outra experiência em docência? _____

Qual? _____ Tempo De Duração: _____

Tem mestrado? _____ Qual? _____

Tem Doutorado? _____ Qual? _____

Questões de Entrevista para o grupo focal de preceptores (adaptado de BOTTI, 2009 e CASTELLS, 2014):

- 1) Como você avalia o médico residente (instrumentos de avaliação, métodos de avaliação, periodicidade da avaliação, é feito o feedback aos alunos, como é feito)?
- 2) Como é feita a supervisão das atividades do médico residente? Como avalia a aquisição de autonomia por parte do médico residente?
- 3) Descreva uma semana padrão das suas atividades como preceptor na residência?
- 4) O que é competência? Quais competências são esperadas, adquiridas pelo residentes?
- 5) A avaliação é individual ou em grupo? Como aborda questões individuais?
- 6) Como avalia a aquisição de habilidades específicas?
- 7) Como aborda/trabalha valores e atitudes a partir de situações práticas vividas pelo residente? Utiliza estratégias para abordar questões éticas?
- 8) As atitudes e comportamentos dos residentes são avaliados? Como?

- 9) Um residente que demonstre ter adquirido excelentes conhecimentos e habilidades clínicas durante seu treinamento, pode ter pior avaliação devido a seus comportamentos e atitudes? (O que ele sabe como médico é tão importante quanto quem ele é como médico?)

APÊNDICE 3

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS RESIDENTE

Perfil do Residente:

Idade:_____ Sexo: _____

Aluno de qual residência: _____

Tempo de formado?_____ Instituição Formadora:_____

Possui outra residência? _____ Qual?_____

Tem outro título de especialista? _____ Instituição Formadora:_____

Atuou como médico antes do início da residência? _____ em qual área? _____

Essa residência é sua primeira opção profissional? _____

Quantos concursos de residência prestou antes de ingressar neste curso? _____

Pretende prestar outra prova de residência após o término desta? _____

Se sim, qual? _____ Por quê? _____

Questões de Entrevista para o grupo focal de residentes (adaptado de BOTTI, 2009 e CASTELLS, 2014):

- 1) Como você é avaliado (tem instrumentos de avaliação, conhece os métodos de avaliação, periodicidade da avaliação, recebe feedback do preceptor, como é feito)?
- 2) Descreva uma semana padrão das suas atividades como médico residente?
- 3) A avaliação é individual ou em grupo? Como são abordadas questões individuais?
- 4) Como você é avaliado em relação à aquisição de habilidades específicas?
- 5) Como são abordados/trabalhados pelos preceptores os valores e atitudes a partir de situações práticas vividas? São abordadas questões éticas?
- 6) Suas atitudes e comportamentos são avaliados? Como?
- 7) Um residente que demonstre ter adquirido excelentes conhecimentos e habilidades clínicas durante seu treinamento, pode ter pior avaliação devido a seus comportamentos e atitudes?

APENDICE 4**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Título do Projeto: Estudo sobre a avaliação em programas de residência em clínica médica

Pesquisador responsável: Luiz Carlos Toso e Juliano Mendes

Telefones de contato: (45) 9972-2850

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem como objetivo geral, identificar quais os tipos de avaliação, seus objetivos e quais as transformações na formação do residente ao longo da duração de sua preparação em serviço. E ainda, como objetivos específicos: Descrever o perfil de residência médica avaliado; Analisar as metodologias utilizadas na avaliação dos programas de residência tanto pelos preceptores quanto pelos residentes; e, Comparar as distintas metodologias de avaliação adotadas entre os programas estudados, evidenciando as afinidades e diferenças. Esperamos, com este estudo, saber se os programas de residência seguem o que preconiza a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), nos seus artigos 13 e 14, da resolução nº 02/2006, em que prevê a avaliação periódica do residente, no mínimo a cada trimestre, seja por prova oral ou escrita, prática, ou escala de atitudes, se exige ou não monografia para conclusão do curso, se excede o que é pedido pela CNRM. Ainda, esta pesquisa busca responder se a avaliação médica durante o programa de residência é realizada, em que momento durante a formação, e como é feita. Para tanto, você participará de uma entrevista sozinho ou em grupo focal, a qual será gravada. É possível que você se sinta constrangido durante esse procedimento de entrevista. Nesse caso, você pode desistir de participar a qualquer momento. Não há outros riscos em sua participação, além do constrangimento ou ocasional desconforto em relatar sua experiência. Caso haja algum dano decorrente de sua participação no estudo será devidamente indenizado na forma da lei.

Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas fins científicos. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo. Além disso, você poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você pode contatar os pesquisadores pelos telefones mencionados acima ou o Comitê de Ética pelo número (41) 3310- 1512.

Este documento será assinado em duas vias, sendo uma delas entregue a você.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Eu, Luiz Carlos Toso, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável, obtive de forma apropriada o consentimento livre e esclarecido deste participante de pesquisa, para a participação nesse estudo e atesto a veracidade das informações contidas nesse documento de acordo com a resolução 466/12 do conselho Nacional de Saúde.

Assinatura: _____

Cascavel, _____ de _____ de 2016.

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo sobre a avaliação em programas de residência em clínica médica

Pesquisador: Luiz Carlos Toso

Área Temática:

Versão: 2

CAA E: 56350616.9.0000.5580

Instituição Proponente: Faculdade Pequeno Príncipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.677.860

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do mestrado em ensino onde através da pesquisa exploratória descritiva pretende investigar quais metodologias de avaliação são utilizadas em dois programas distintos de residência médica. A pesquisa será desenvolvida no município de Cascavel, PR, em duas instituições de saúde, sendo uma pública e outra privada, mais especificamente em dois programas de residência médica de Medicina Interna (Clínica Médica). Como sujeitos da pesquisa serão os coordenadores dos programas (2), os preceptores dos programas de residência médica sendo 20 do Hospital Universitário do Oeste do Paraná e 07 do Hospital São Lucas /FAG, e os médicos residentes dos dois programas em número de 22 do Hospital Universitário e 03 do Hospital São Lucas, totalizando 44 sujeitos de pesquisa. Os coordenadores serão entrevistados e os demais sujeitos da pesquisa participaram de grupo focal, com questões pré definidas, tudo será gravado e depois transcrito. A análise será pelo metodologia análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar quais os tipos de avaliação, seus objetivos e quais as transformações na formação do residente ao longo da duração de sua preparação em serviço.

Objetivos Específicos:

Endereço: Av. Itaipu
Bairro: Rebouças CEP: 80.230-020
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (+55)3310-1512 E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer - 1.017.200

- Descrever o perfil de residência médica avaliado;
- Analisar as metodologias utilizadas na avaliação dos programas de residência tanto pelos preceptores quanto pelos residentes;
- Comparar as distintas metodologias de avaliação adotadas entre os programas estudados, evidenciando as afinidades e diferenças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: É possível que haja constrangimento durante o procedimento de entrevista. Nesse caso, será assegurada a desistência de participar a qualquer momento. Não há outros riscos na participação, além do constrangimento ou ocasional desconforto em relatar a experiência pessoal, contudo, haverá exposição pessoal, perda de privacidade e risco de quebra de sigilo. Asseguramos, porém, que os dados serão utilizados estritamente para os fins desta pesquisa, mantendo-se a confidencialidade. Caso haja algum dano decorrente da participação no estudo será devidamente indenizado na forma da lei. A identidade não será divulgada e os dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas fins científicos. Os participantes não serão pagos nem receberão para participar do estudo. Além disso, poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento.

Benefícios: Reflexos na avaliação dos médicos residentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante tendo em vista a evolução que a educação em seus vários patamares vem alcançando. A inclusão de novas metodologias requer novas fontes de avaliação para torná-las dinâmicas e confiáveis, em busca de melhores resultados e mais confiáveis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão em conformidade.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem

Endereço: Av. Itaipu
Bairro: Rebouças CEP: 80.230-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (+55) 41-3340-1512 Email: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer - 1.07.2016

como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatórios de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-FPP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_711584.pdf	11.07/2016 22:58:29		Aceito
Outros	CARTARESPOSTAAPENDENCIAS.pdf	11.07/2016 22:58:07	Luiz Carlos Toso	Aceito
T.CLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	20.06/2016 16:29:42	Luiz Carlos Toso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOestradoLuizmaio2016.pdf	20.06/2016 16:27:24	Luiz Carlos Toso	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	09.05/2016 19:46:20	Luiz Carlos Toso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOHUOP.pdf	05.05/2016 19:19:55	Luiz Carlos Toso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOHSIFAG.pdf	05.05/2016 19:19:42	Luiz Carlos Toso	Aceito
Outros	TCUD.pdf	04.05/2016 22:46:02	Luiz Carlos Toso	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	04.05/2016 22:42:03	Luiz Carlos Toso	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	04.05/2016 22:41:36	Luiz Carlos Toso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. GUSQU
Bairro: Rebouças CEP: 80.230-020
UF: PR Município: CURUMBA
Telefone: (+55)31-4512 E-mail: comite-etic@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer - 1.077.2016

CURITIBA, 15 de Agosto de 2016

Assinado por:
Leide da Conceição Sanches
(Coordenador)

Endereço: Av. Iguaçu
Bairro: Rebouças CEP: 80.230-020
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (+5531) 3512 Email: comite-etic@fpp.edu.br

Página 02 de 02