

DIFERENTES PONTOS DE VISTA NA AVALIAÇÃO DO MÉDICO RESIDENTE EM PROGRAMAS DE CLÍNICA MÉDICA¹

Luiz Carlos Toso*
Juliano Mendes de Souza**
Elaine Rossi Ribeiro***

RESUMO

Introdução: Este estudo enfoca a avaliação do médico residente em seu processo de formação profissional. Objetivo: compreender o processo de avaliação do médico residente em programas de clínica médica, sob o olhar dos distintos atores. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, descritiva, desenvolvida em dois programas de residência em clínica médica, com os coordenadores dos dois programas, oito preceptores e 15 médicos residentes, totalizando 21 participantes. Coleta de dados com grupo focal e entrevistas gravadas, analisadas por meio de análise de conteúdo, em duas categorias temáticas. Apresenta-se nesse artigo o tema “a avaliação do médico residente sob os pontos de vista dos diferentes atores envolvidos no processo de avaliação”. **Resultados:** Encontrou-se disparidade na percepção da avaliação entre os diferentes atores, subjetividade na avaliação, inexistência de regras claras e de conhecimento de todos, remetendo a fragilidade no processo avaliativo. **Considerações Finais:** Recomenda-se adotar na formação em residência médica, estratégias de avaliação estruturadas e que permitam aos envolvidos conhecer o processo avaliativo.

Palavras-chave: Avaliação educacional. Avaliação de desempenho profissional. Capacitação profissional. Internato e residência.

INTRODUÇÃO

A fragilidade da formação médica no Brasil tem sido estudada, evidenciando-se ao longo dos anos aumento de cursos, sem a necessária qualidade acompanhando o número de vagas. As deficiências da formação, em parte, têm sido supridas com as residências médicas. 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⁽¹⁻²⁾.

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)⁽³⁻⁴⁾ e ao retorno dado aos médicos residentes, bem como quanto ao uso de instrumentos formalmente estabelecidos para avaliação da progressão dos profissionais ao longo do processo.

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) preconiza, nos seus artigos 13 e 14, da

resolução nº 02/2006, a avaliação periódica do residente, no mínimo a cada trimestre, seja por prova oral ou escrita, prática, ou escala de atitudes, além da realização de monografia para conclusão do curso⁽⁵⁾. Soma-se a isso as mudanças na forma de realização da residência médica, descritas na Lei nº 12.871/2013-MS/MEC⁽⁶⁾, com data prevista para adequações dos cursos até 2018. Assim, evidenciar a forma de operacionalização dos programas frente à avaliação é importante para contribuir com a formação profissional.

O processo de ensino-aprendizagem durante a residência médica é ainda pouco estudado. A maioria dos trabalhos existentes discute, quase exclusivamente, a titulação do corpo docente, as condições de trabalho dos residentes e a organização dos programas⁽⁷⁾. Como ocorre a formação, o que e como aprendem os residentes, como acontece o processo de avaliação, ainda é pouco discutido, o que motivou a realização do estudo. Desse modo, essa pesquisa buscou responder se a avaliação dos profissionais médicos residentes nos programas de residência é realizada, em que

¹Manuscrito originário de dissertação de mestrado intitulada: Os Olhares dos Distintos Atores no Processo de Avaliação do Médico Residente em Programas de Clínica Médica, defendida em 2017, junto ao programa de mestrado Educação em Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe.

*Médico. Mestre em Educação em Ciências da Saúde – Faculdades Pequeno Príncipe. Hospital São Lucas FAG. Diretor Clínico. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: tosoluiz@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7247-3139>.

**Médico. Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Paraná. Professor do Mestrado de Educação em Ciências da Saúde – Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: prof.julianomendes@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4100-5444>

***Enfermeira. Doutora em Medicina pela Universidade Federal do Paraná. Professora do Mestrado de Educação em Ciências da Saúde – Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: elaine.rossi@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3492-217X>.

momento durante a formação, e como ocorre. Assim, teve como objetivo compreender o processo de avaliação do médico residente em programas de clínica médica sob o olhar dos distintos atores.

METODOLOGIA

A abordagem do estudo foi qualitativa, exploratória e descritiva, permitindo proximidade com o problema e a descrição das características da população pesquisada, no caso,

coordenadores, residentes e preceptores quanto aos métodos de avaliação utilizados no processo de formação profissional do médico residente.

A pesquisa foi desenvolvida no oeste do Paraná, em duas instituições de saúde, as quais integram a rede de cuidados hospitalares da região, sendo um hospital público de ensino, doravante denominado instituição A e um hospital de ensino privado, denominado instituição B. Os programas de residência são vinculados aos cursos de Medicina de ambas as instituições.

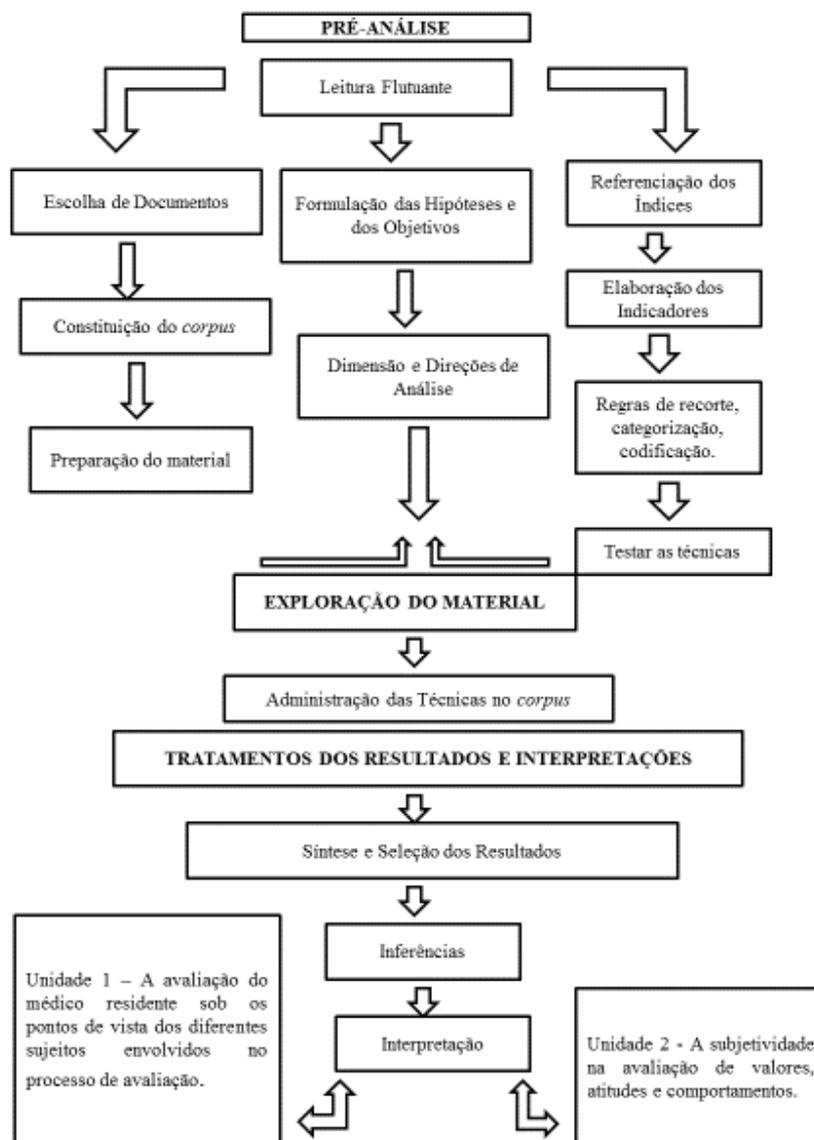


Figura 1. Esquema de Desenvolvimento de Análise.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O programa de residência em clínica médica da instituição A tem duração de dois anos, carga-

horária mínima anual de 2.880 horas de atividades e total de 5760 horas. Oferta seis

vagas por ano, foi aprovada pela CNRM em 2003, iniciou sua primeira turma no ano de 2004, tendo formado 37 médicos especialistas em clínica médica. O programa de residência em clínica médica da instituição B, caracteriza-se por ter a duração de dois anos, carga horária total de 5.760 horas, ofertar duas vagas por ano, ter sido aprovada pela CNRM em 2012, tendo formado até o momento da coleta de dados, dois médicos especialistas em clínica médica.

Os participantes da pesquisa foram todos os profissionais que atuavam nos programas de clínica médica, e aceitaram ou tiveram disponibilidade de tempo para participar, sendo os dois coordenadores, cinco preceptores na A e três preceptores na B e os médicos residentes, sendo oito na instituição A e três na B, totalizando 21 participantes. Tanto os coordenadores quanto os preceptores atuam nos programas desde sua aprovação.

Para a coleta de dados com os coordenadores foi realizada entrevista semiestruturada, com roteiro adaptado⁽⁷⁻⁸⁾. Para a coleta dos dados com os preceptores e pós-graduandos, foram realizados quatro grupos focais (dois de residentes e dois de preceptores, sendo um em cada curso), com duração média de uma hora. 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 a análise.

Os participantes 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.

A opção para a análise de dados foi a análise de conteúdo⁽⁹⁾, 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 ocorrência). Seguiu-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A partir das leituras, reflexões e análise dos dados, os mesmos foram agrupados em duas categorias

temáticas, das quais, nesse artigo, apresenta-se: “a avaliação do médico residente sob os pontos de vista dos diferentes atores envolvidos”. O esquema analítico encontra-se na Figura 1.

A pesquisa foi aprovada por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, com CAAE:56350616.9.0000.5580 e parecer nº 1.677.860. Todos os entrevistados que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A avaliação do médico residente sob os pontos de vista dos diferentes atores envolvidos

Os preceptores supervisionam as atividades dos residentes de modo intermitente, realizando visitas conforme escala de divisão de tarefas e de acordo com sua subespecialidade clínica, principalmente no acompanhamento das atividades ambulatoriais. Basicamente, nos dois serviços, há um encontro semanal de preceptores e residentes nas atividades teóricas:

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. [...] 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. [...] (GFPA).

Destarte, percebe-se que em um dos serviços não há clareza da rotina dos preceptores em relação ao papel de supervisores 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. [...] (GFPA).

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 e o retorno do preceptor quanto a evolução destes, os depoimentos 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.

[...] avaliação 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 (equipe administrativa) como é dado as notas e quem nos deu a nota [...] (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 [...] 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).

O discurso revela 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. Do mesmo modo, mencionam receber nota 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.

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 do programa, e com a subjetividade da avaliação:

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, os preceptores desconhecem a forma como ocorre e se a avaliação objetiva é realizada. Mencionam não avaliar o residente e relatam 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 [...]. 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).

Quanto a avaliação sobre a 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 que os residentes que já tenham habilidades específicas para a prática clínica, e complementem essas habilidades buscando teoricamente aprimorar seus saberes. Além do mais, transferem a responsabilidade da avaliação aos enfermeiros, dos quais se espera que relatem quando o residente não cumpre com as expectativas do serviço.

Ademais, procurou-se compreender como são abordados os valores e atitudes a partir de situações práticas 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, 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 preceptores dão a entender que essa avaliação é realizada por intermédio de informações obtidas com terceiros e não da avaliação realizada diretamente pelo 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 entre preceptor e 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. [...] 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 percebido 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” (GFPA).

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.

DISCUSSÃO

O decreto presidencial nº 7.562^(5:7-8), artigo 18, parágrafo quarto, inciso primeiro, apresenta características do projeto pedagógico da residência: “informando número de residentes, objetivos gerais e específicos, conteúdo programático e demais elementos acadêmicos pertinentes, inclusive metodologia de avaliação”. Em contraponto ao definido pela legislação, ambos os programas não descrevem em seus projetos pedagógicos a metodologia de avaliação. Ainda, percebe-se 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.

A dificuldade encontrada para avaliar os residentes nesta pesquisa pode estar relacionada ao próprio conceito de avaliação⁽¹⁰⁾, um ato difícil e complexo, pois envolve modos de agir culturalmente estabelecidos, implicando em comparações, classificações, seleção. Essa lógica precisa ser invertida para avaliação educativa, diagnóstica, processual, no sentido de garantir o aprendizado⁽³⁾. Neste estudo, identificou-se a crença 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.

Dentre todos os papéis do preceptor, está a função de 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. Define-se 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⁽⁷⁾.

Estudo sobre a preceptoria em residência médica abordou a falta de preparo pedagógico refletindo na prática dos preceptores. Esta carência influencia nas competências da preceptoria, pois é necessária apropriação do processo ensino-aprendizagem junto ao residente⁽⁸⁾. Esse achado condiz com a realidade estudada, pois nenhum dos profissionais envolvidos na formação dos residentes tem o preparo pedagógico necessário e mencionado na legislação.

Ademais, há 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 e qual o propósito de execução da tarefa⁽²⁾.

Diferente da realidade brasileira, estudos internacionais apresentam instrumentos de avaliação na formação do residente. Nos Estados Unidos, a adoção de mentor na execução de uma profissão costuma ser uma prática cotidiana e estudos sobre a adoção de um mentor pelo residente, em programa de formação, são desenvolvidos⁽¹¹⁾, modelo que os programas de residência nacionais poderiam adotar, qualificando o processo de formação.

Outro exemplo é a adoção da pedagogia problematizadora em residência de medicina interna, na prática ambulatorial, que comparou 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⁽¹²⁾. Esta é uma proposta de formação diferenciada na residência médica que poderia contribuir com o processo ensino-aprendizagem em nossa realidade.

Em outro estudo, 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, o qual foi bem avaliado⁽¹³⁾.

Estudo sobre o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação do médico residente de um serviço 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, em que, tanto o residente quanto os preceptores, equipe do serviço e pacientes avaliaram a performance deste, numa plataforma online (*dashboard*), propiciou saber se ele atingiu os objetivos esperados e aspectos em que precisava melhorar⁽¹⁴⁾. Esta é uma possibilidade que poderia ser implementada nos serviços de residência do estudo para o *feedback* tanto aos residentes quanto aos preceptores.

Em relação ao trabalho do preceptor, estudo⁽⁸⁾ 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. Percebeu-se falta de apropriação conceitual em relação a discussão pedagógica, o que repercutiu na 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, menciona-se 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⁽²⁾. 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.

Assim sendo, faz-se necessário estabelecer propostas metodológicas que utilizem

ferramentas de avaliação. Conceitos da formação médica para o aprendizado do estudante, abrangem as estratégias utilizadas na solução de problemas clínicos, que dependem da dificuldade encontrada e do conhecimento adquirido, cujas conclusões vão prescindir desse conhecimento e da força das evidências. No encontro clínico, o profissional vai construindo questões e tecendo respostas que levam a determinada direção⁽²⁾.

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 comportamentos 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⁽²⁾.

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. No cenário atual brasileiro das profissões da saúde, prevalece o foco exclusivo na avaliação cognitiva, privilegiando a função somativa, em detrimento da formativa⁽¹⁵⁾, o que ficou evidente nos resultados desta pesquisa.

Estudo de avaliação com indicadores para avaliar o processo de ensino-aprendizagem na área do cuidado individual, contemplou os desempenhos de realização da história clínica, exame físico e raciocínio clínico, dando a oportunidade aos estudantes de realizar o cuidado na perspectiva da integralidade⁽¹⁶⁾.

Nessa pesquisa, evidenciou-se que existe uma dificuldade no retorno aos alunos sobre sua avaliação, a qual parece transcender do fato de não estarem claros os métodos utilizados, para ambos preceptores e residentes. Assim, quando não há método, não se consegue avaliar. Ademais, o retorno aos estudantes, quando

acontece, é apenas da avaliação objetiva formal (somativa), demonstrando a inexistência da avaliação formativa.

O *feedback* aos profissionais estudantes, é um dos componentes principais da avaliação formativa e regula o processo de ensino-aprendizagem, fornecendo, continuamente, informações para que estes percebam se estão distantes ou próximos dos objetivos almejados. 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 atual e aquele almejado⁽¹⁷⁾.

Ainda, na dimensão de avaliação de valores éticos e atitudinais, cujos participantes 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. Estudo⁽¹⁸⁾ 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.

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. Quanto mais autoritário um ambiente de ensino e pouco participativo, menor será a capacidade de promover espaços de diálogo e o desenvolvimento de autonomia. Espaços mais democráticos favorecem reflexões sobre atitudes, regras e produzem consensos, que levam ao comportamento autônomo, cuja participação do preceptor é fundamental. Os autores⁽¹⁸⁾ mencionam que essa responsabilidade pela formação moral e ética do residente é uma dificuldade para os preceptores, a exemplo dos relatos dessa pesquisa. Os preceptores tendem a realizar *feedbacks negativos*, que não promovem autonomia dos sujeitos, quando deveriam ser identificadas e problematizadas as situações problema, na relação preceptores/residentes⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação nos programas de residência em clínica médica, em relação às possibilidades teóricas (diagnóstica, formativa, processual e somativa) e ao retorno dado aos médicos residentes, bem como quanto ao uso de instrumentos para avaliação da progressão dos estudantes ao longo do processo de formação no trabalho não foi identificada, apenas aquela que ocorre ao fim de um período de formação, conforme determina a normatização. Ainda, não há clareza quanto a avaliação subjetiva, decorrente da inexistência de ferramentas de avaliação.

Sem pretensão de esgotar o tema, o estudo propõe iniciar uma discussão que possa fomentar mudanças. Esta 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.

Percebeu-se a necessidade de realizar mais estudos de modo a abranger a realidade nacional e perceber 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 Teoria do Cuidado Transpessoal evidencia que a prática do cuidado em enfermagem, no que tange à dimensão espiritual dos pacientes, necessita ser aprimorada para atender essa lacuna. Para isso, é necessário avançar nas pesquisas e introduzir a temática na formação e na capacitação dos profissionais, estimulando para que se sensibilizem e promovam o cuidado na perspectiva da integralidade do ser humano, incluindo a espiritualidade. Enfim, cabe à enfermagem mostrar-se disponível a isso e abordar o assunto na prática diária do cuidado, na formação acadêmica, na pesquisa e na extensão.

DIFFERENT POINTS OF VIEW IN THE EVALUATION OF THE RESIDENT PHYSICIAN IN MEDICAL CLINIC PROGRAMS

ABSTRACT

Introduction: This study focuses on the evaluation of the resident physician on professional training process. **Objective:** To understand the evaluation process of the physician residing in medical clinic programs, under the eyes of different actors. **Methods:** Qualitative, descriptive research developed in two residency programs in medical clinic, with coordinators of the two programs, eight preceptors, and 15 resident physicians, totaling 21 participants. Data collection with focus group and recorded interviews, analyzed through content analysis, in two thematic categories were performed. This article presents the theme "the evaluation of the physician resident from the points of view of the different actors involved in the evaluation process". **Results:** There was a disparity in the perception of the evaluation among the different actors, subjectivity in the evaluation, inexistence of clear rules and knowledge of all, indicating fragility in the evaluation process. **Final Considerations:** It is recommended to adopt structured assessment strategies in medical residency training and to allow those involved to know the evaluation process.

Keywords: Educational Measurement. Employee Performance Appraisal. Professional Training. Internship and residency.

DIFERENTES PUNTOS DE VISTA EN LA EVALUACIÓN DEL MÉDICO RESIDENTE EN PROGRAMAS DE CLÍNICA MÉDICA

RESUMEN

Introducción: Este estudio enfoca la evaluación del médico residente en su proceso de formación profesional. **Objetivo:** comprender el proceso de evaluación del médico residente en programas de clínica médica, bajo la perspectiva de los distintos sujetos. **Métodos:** Investigación cualitativa, descriptiva, desarrollada en dos programas de residencia en clínica médica, con los coordinadores de los dos programas, ocho preceptores y 15 médicos residentes, totalizando 21 participantes. Recolección de los datos con grupo focal y entrevistas grabadas, analizados por medio de análisis de contenido, en dos categorías temáticas. Se presenta en este artículo el tema "la evaluación del médico residente bajo los puntos de vista de los diferentes sujetos involucrados en el proceso de evaluación". **Resultados:** Se encontró disparidad en la percepción de la evaluación entre los diferentes sujetos, subjetividad en la evaluación, inexistencia de normas claras y de conocimiento de todos, mostrando la fragilidad en el proceso evaluativo. **Consideraciones Finales:** Se recomienda adoptar en la formación en residencia médica, estrategias de evaluación estructuradas y que permitan a los involucrados conocer el proceso evaluativo.

Palabras clave: Evaluación educacional. Evaluación de desempeño profesional. Capacitación profesional. Internado y residencia.

REFERÊNCIAS

- 1 Campos VDG. Residência médica: desafios e perspectivas. *Comunicação em Ciências da Saúde* [on-line]. 2018 [citado em 2018 Out]; 26(editorial):03-04. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciaasdaude/article/view/187>.
- 2 Berger CB, Dallegre D, Castro Filho ED, Pekelman R. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *RevBrasMedFam Comunidade* [on-line]. 2017 [citado em 2019 jan]; 12(39):1-10. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1399](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12(39)1399).
- 3 Rodrigues SG, Neves MGC. Avaliação formativa: vivências em metodologia ativa de ensino aprendizagem na visão docente e discente. *Comunicação em Ciências da Saúde* [on-line]. 2018 [citado em 2018 jan]; 28(26):03-04. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciaasdaude/article/view/304>.
- 4 Salci MA, Silva DMGV, Meirelles BHS. Evaluation in the brazilian health system. *CiencCuidSaude* [on-line]. 2018 [citado em 2019 jan]; 17(2): 06. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v17i2.41937>.
- 5 Brasil. Ministério da Educação. Decreto 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7562.htm.
- 6 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.
- 7 Botti SHO. O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Rio de Janeiro; 2009. 104 f. Doutorado [Tese] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2582>.
- 8 Castells MA. Estudo dos programas de residência médica em medicina da família e comunidade: a questão da preceptoria. Rio de Janeiro; 2014. Mestrado [Dissertação] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14860>.
- 9 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 10 Figueira APC. Avaliação/intervenção dinâmica: o seu valor interno bruto (VIB). *Educação & Realidade* [on-line]. 2018 [citado em 2019 jan]; 43(1):187-199. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623661470>.
- 11 Cohee BM, Koplin SA, ShimeallWT, Quast TM, Hartzell JD. Results of a formal mentorship program for internal medicine residents: can we facilitate genuine mentorship? *J Grad. Med. Educ.* [on-line] 2015 [citado em 2018 out]; 105-108. doi: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00315.1>.
- 12 Balwan S, Fornari A, Dimarzio P, Verbsky J, Pekmezaris R, Stein J, et al. Use of team-based learning pedagogy for internal medicine ambulatory resident teaching. *J Grad. Med. Educ.* [on-line] 2015 [citado em 2018 out]; 643-648. doi: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00790.1>.
- 13 Palamara K, Kauffman C, StoneVE, Bazari H, Donelan K. Promoting success: a professional development coaching program for interns in medicine. *J Grad. Med. Educ.* [on-line] 2015 [citado em 2018 out]; 630-637. doi: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00791.1>.
- 14 Friedman KA, Raimo J, SpielmannK, Chaudhry S. Resident dashboards: helping your clinical competency committee visualize trainees' key performance indicators. *Medical Education* [on-line]. 2016 [citado em 2018 out]; 21(1):7. doi: <https://doi.org/10.3402/meo.v21.29838>.
- 15 Panúncio-Pinto MP, Troncon LEA. Avaliação do estudante – aspectos gerais. *Medicina (Ribeirão Preto)*. [on-line] 2014 [citado em 2018 out]; 47(3):314-23. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/10_valiacao-do-estudante-aspectos-gerais.pdf.
- 16 Tonhom SFR, Higa EFR, Pinheiro OL, Hafner MLMB, Moreira HM, Taieiro EF, et al. Indicadores de avaliação do cuidado individual: subsídios para a formação médica orientada por competência. *Rev. Bras. Educ. Méd.* [on-line] 2014 [citado em 2018 out]; 38(3):331-336. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000300007>.
- 17 Borges MC, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais de saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. [on-line] 2014 [citado em 2018 out]; 47(3):324-31. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86685>.
- 18 Castells MA, Campos CEA, Romano VF. Residência em medicina de família e comunidade: atividades da preceptoria. *Rev. Bras. Educ. Méd.* [on-line] 2016 [citado em 2018 out]; 40(3):461-469. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e02862014>

Endereço para correspondência: Luiz Carlos Toso. Rua Mato Grosso, 1637, apto 1401. Cascavel, Paraná, Brasil. Fone: (45) 3219-6464. E-mail: tosoluiz@gmail.com

Data de recebimento: 29/08/2018

Data de aprovação: 30/01/2019